



Solicitud para la Educación Temprana

¡Bienvenidos! Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos requeridos.

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de la solicitud.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto entregue su solicitud lo antes posible!

La información de su solicitud es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Educación Temprana.

No requerimos, revisamos ni reportamos estado migratorio ni estado de DSHS.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Por favor comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.



Solicitud: Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un bolígrafo de tinta negra o azul.



Comprobante de Ingreso: Adjunte una copia del comprobante de sus ingresos familiares.

Utilice todos los que correspondan:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de pago de los pasados 12 meses
- Cartas de adjudicación de beneficios de SSI/TANF de los pasados 12 meses
- Subsidio por cuidado de acogida temporal
- Manutención infantil
- Carta de su empleador en la que se indique su ingreso bruto total de los pasados 12 meses



Comprobante del Tamaño de la Familia: Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Puede ser cualquiera de estos:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Contrato de arrendamiento o de vivienda
- Cartas de adjudicación de beneficios (TANF, SSI, etc.)
- Registros escolares
- Un documento judicial o legal



Comprobante de la Edad del Niño: Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Carta de Autorización para Cuidado de Acogida Temporal
- Registro de Vacunas actualizado
- Lista de crianza residencial del DOC



Comprobante de Tutela Legal: Adjunte una copia del comprobante de la tutela legal.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Registro de Cuidado de Acogida Temporal
- Acuerdo escrito, fechado y firmado por uno de los padres y por la persona que asume responsabilidad sobre la custodia

- Por favor asegúrese de incluir el comprobante de su ingreso. No podemos procesar su solicitud si no tenemos esta información.
- Llame a nuestra oficina si usted recibe otro tipo de documentos que no aparecen listados anteriormente.
- Sería útil incluir también una copia de lo siguiente:
 1. Una copia del registro de vacunas de su hijo al corriente
 2. El IFSP/IEP actual, si corresponde
 3. Examen de salud infantil más reciente
 4. Examen dental más reciente

Entregue su solicitud debidamente llenada, junto con sus documentos a:

Dirección: *Sudipta B Young*
 Head Start Preschool ORSH
 16600 NE 80th Street
 Redmond, WA 98052

Número Telefónico: *(425) 936-2812*

EFTN: 52847

Solicitud para la Educación Temprana 2022-2023

Información Sobre el Niño – General

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Apellido(s):	Nombre Preferido:

Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año):	Género del Niño: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---	--

¿Cuál es el idioma natal de este niño?	2 ^{do} idioma:
Este niño habla <input type="checkbox"/> Solamente inglés <input type="checkbox"/> Mayormente inglés y otro idioma <input type="checkbox"/> *Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma <input type="checkbox"/> Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) <input type="checkbox"/> *Solamente un idioma diferente al inglés	

¿Este niño es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:
¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia?
¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Programa de Visita Domiciliaria/Birth-to-Three <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington	
¿Cuándo asistió este niño?	Nombre y ubicación del Programa
¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa.	
¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente?	
¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? \$	<input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI
# de niños cubiertos por la cantidad del subsidio:	<input type="checkbox"/> Tribu <input type="checkbox"/> Otro
¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño fue adoptado después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes o en un orfanato en otro país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia recibe servicios a través de Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR), de Bienestar del Niño Indígena (Indian Child Welfare, ICW), servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR?	
<input type="checkbox"/> Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana?	<input type="checkbox"/> No
¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información Sobre el Niño – Salud

¿Este niño cuenta con seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo?	
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Cobertura Médica Militar
¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular?	
<input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor:	Nombre del profesional médico:
<input type="checkbox"/> No	
¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores?	
<input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida	
¿Este niño cuenta con seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo?	
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> Cobertura Médica Militar
¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular?	
<input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor:	Nombre del profesional dental:
<input type="checkbox"/> No	
¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores?	
<input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida	
¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo?	
<input type="checkbox"/> Completamente vacunado <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Ni completamente vacunado ni exento <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
¿Un proveedor de atención médica le ha diagnosticado al niño una enfermedad crónica (puede incluir afecciones mentales, asma, cáncer, diabetes, convulsiones, TDAH, autismo, espina bífida, anemia falciforme o alergias potencialmente mortales)?	
<input type="checkbox"/> Sí – Por favor descríbalos:	La afección de salud se considera:
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve
	¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información Sobre el Niño – Desarrollo

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo?

 Sí – marque a continuación todas las que correspondan No Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.) Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas Afectado por drogas/alcohol Audición Motricidad fina/ motricidad gruesa Dolor/caries dentales/encías que sangran Visión Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa:

¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) actual y activo?

 Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud. No – Marque si corresponde alguna de estas opciones: Mi hijo ha sido diagnosticado con un retraso en el desarrollo o con una discapacidad, no tiene un PEI, o lo ha referido para ser evaluado. Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad.**Información Sobre el Padre/Madre/Tutor**

Este niño vive con

 Unos de los padres/tutores (llene Padre/Madre/Tutor 1) Dos padres/tutores en el mismo hogar (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) Dos padres/tutores en dos hogares (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2)

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
Nombre		
Relación con el Niño	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastró o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastró o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Otro:
Género	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección (incluir ciudad, estado y código postal)		
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
Teléfono Alternó	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
Dirección de Correo Electrónico		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Qué idioma(s) habla?		
¿Necesita intérprete para este idioma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, no diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, no diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno
¿Cuenta actualmente con empleo?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Nombre & # de teléfono del empleador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Nombre & # de teléfono del empleador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No

Inquietudes Familiares

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar <input type="checkbox"/> Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar <input type="checkbox"/> Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar <input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad | <input type="checkbox"/> La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo <input type="checkbox"/> La familia tiene inquietudes legales <input type="checkbox"/> El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio <input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño es un trabajador migrante o de temporada con más de la mitad de los ingresos familiares provenientes del trabajo agrícola | <input type="checkbox"/> Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión <input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño <input type="checkbox"/> Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso <i>en útero</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso <i>en útero</i> | | |

Situación Familiar de Vivienda

¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo? Sí No

¿Cuál es la situación actual de su familia? La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios a los que su hijo puede ser elegible para recibir.

- Dueños En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia
- Alquilan Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.)
- En un motel Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar
- En un refugio Vivienda de Transición
- En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Otro – Por favor describa:

Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia

Marque todas las que correspondan, si el niño u otra persona que viva en su hogar, pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción reciben estos tipos de Asistencia Pública:

- SSI por discapacidad, recibido por: el Niño el Padre/Madre/Tutor
- Otro – Relación con el Niño:
- Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- SNAP

Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente:

- TANF solo para el niño WorkFirst Subsidio para Guardería de Working Connections WIC

¿Fue remitido a este programa por una agencia?

Sí – Nombre:

No

A continuación, por favor nombre a las personas adicionales que viven en su hogar, la cual es la residencia principal de este niño, no se incluya a usted ni a este niño.

Nombre [Nombre y Apellido(s)]	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Relación con el niño	¿Usted mantiene económicamente a esta persona?	¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cuál es el número total de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo?
¿Cuál es su ingreso familiar total aproximado para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses?

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia como lo requieren los Programas de la Educación Temprana. Si deliberadamente proporciono información falsa, comprendo que existe la posibilidad de que a mi familia no le sea posible continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, puede ser que tenga que reembolsar la cantidad de dinero gastada en él.

Comprendo que la información en esta solicitud se ingresa a varias bases de datos de la Educación Temprana, operadas por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF por sus siglas en inglés) y por Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos a proteger la información confidencial y personal que pudiera identificar a un niño o a una familia. No se ingresa ninguna información relacionada con el estado migratorio en las bases de datos, ni se comparte con las agencias estatales o federales. La información en las bases de datos puede ser utilizada para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si participar en la Educación Temprana ayuda a los niños más adelante en la vida.
- Comprobar que el Estado de Washington gasta una cantidad de su propio dinero en programas para las familias, lo cual es un requisito para recibir dinero del programa de Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas del gobierno federal.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____

Fecha _____ (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.	
Reviewed and received verbal verification on (date): (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)	Staff Initials:

PSESD Early Learning Staff Only			
Section 1: Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	
Date staff reviewed application with family:		Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):	
EHS Only - Is this child a newborn taking the family's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, family's name:			
Section 2: For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.			
<input type="checkbox"/> Childcare resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	<input type="checkbox"/> Other:	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate		
Staff Name & Signature:			Date:

