

Solicitud para la Educación Temprana 2023-2024

Early Learning Application 2023-2024

Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:
-----------------------------------	-----------------

Información Sobre el Niño – General | Child Information – General

Primer Nombre First Name:	Inicial del Segundo Nombre Middle Initial:
Apellido(s) Last Name:	Nombre Preferido Preferred Name:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year):	
Género Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Chica trans Trans girl <input type="checkbox"/> Chico trans Trans boy	
Identidad de género (opcional) Gender Identity (optional):	
Pronombres preferidos (opcional) Preferred pronouns (optional):	

¿Cuál es el idioma natal de este niño? What is this child's home language?	2^{do} idioma 2nd language:
Este niño habla This child speaks: <input type="checkbox"/> Solamente inglés Only English <input type="checkbox"/> Mayormente inglés y otro idioma Mostly English and another language <input type="checkbox"/> Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> *Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma *Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> *Solamente un idioma diferente al inglés *Only a language other than English

¿Este niño es hispano/latino? Is this child Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan. What is this child's race? Check all that apply. <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro African/African American/Black <input type="checkbox"/> Asiático Asian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco White <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior Not listed above:
¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia? What is your family's heritage/tribe/country of origin?
¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje? Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No

¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent. <input type="checkbox"/> Ninguno None <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Intervención temprana desde el nacimiento hasta los tres años Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County	<input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
¿Cuándo asistió este niño? When did this child last attend?	Nombre y ubicación del Programa Name and location of program:	
¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No		
¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando? Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No		

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? Sí | Yes No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente? | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? | What is the monthly grant/payment amount and source? DSHS SSI
 \$ Tribu | Tribe Otro | Other

de niños cubiertos por la cantidad del subsidio | # of children covered by grant amount:

¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención? | Is this child in kinship care **without** a grant amount?
 Sí | Yes 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? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? Sí | Yes No

¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes? | Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? Sí | Yes 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? | Does your family currently receive services /support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system? Sí | Yes No

¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente? | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Sí | Yes No

¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?
 Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? | Yes – How many approved hours per week? No

¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? Sí | Yes No

Información Sobre el Niño – Salud | Child Information – Health

¿Este niño cuenta con seguro médico? | Does this child have medical insurance? Sí | Yes No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? | If yes, what type? Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado | Private Insurance Tribal Cobertura Médica Militar | Military Medical Coverage

¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?
 Sí – Nombre de la clínica/proveedor | Yes - Name of clinic/provider: **Nombre del profesional médico | Name of medical professional:**
 No

¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?
 Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) | Yes – Date of last exam (month/day/year):
 No Fecha desconocida | Date Unknown



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

¿Este niño cuenta con seguro dental? Does this child have dental insurance? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? If yes, what type?	
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Seguro Privado Private Insurance
<input type="checkbox"/> Tribal	<input type="checkbox"/> ABCD
<input type="checkbox"/> Cobertura Dental Militar Military Dental Coverage	
¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular? Does this child have a regular dentist or dental clinic?	
<input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor Yes - Name of clinic/provider:	
Nombre del profesional dental Name of dental professional:	
<input type="checkbox"/> No	
¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores? Did this child have dental exam within the last 6 months?	
<input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) Yes – Date of last exam (month/day/year):	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida Date Unknown	

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo? What is your child’s immunization status?
<input type="checkbox"/> Completamente vacunado Fully immunized
<input type="checkbox"/> Exento Exempt
<input type="checkbox"/> Ni completamente vacunado ni exento Not fully immunized or exempt
<input type="checkbox"/> No estoy seguro Not sure

¿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)? Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bífida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?	
<input type="checkbox"/> Sí – Por favor descríballo Yes – Please describe:	
La afección de salud se considera The health condition is considered:	
<input type="checkbox"/> Severa Severe	
<input type="checkbox"/> Moderada Moderate	
<input type="checkbox"/> Leve Mild	
<input type="checkbox"/> No	
¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección? Has a Health Care Provider diagnosed this condition?	
<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	

Información Sobre el Niño – Desarrollo | Child Information - Development

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo? Do you have concerns about this child’s health?		
<input type="checkbox"/> Sí – marque a continuación todas las que correspondan Yes – check all that apply below		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.) Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)	<input type="checkbox"/> Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas Preterm birth less than 37 weeks	<input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol Drug/alcohol affected
<input type="checkbox"/> Audición Hearing	<input type="checkbox"/> Motricidad fina/ motricidad gruesa Fine motor/gross motor	<input type="checkbox"/> Dolor/caries dentales/encías que sangran Tooth pain/decay/bleeding gums
<input type="checkbox"/> Visión Vision		
<input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa Food intolerance/special diet – Please describe:		

¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) actual y activo? Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?	
<input type="checkbox"/> Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud. Yes – Please provide a copy with your application.	
<input type="checkbox"/> No – Marque si corresponde alguna de estas opciones No – Check if any of these apply:	
<input type="checkbox"/> Mi hijo ha calificado para los servicios de educación especial de la Parte B, pero no tiene un IEP por escrito. My child has qualified for Part B special education services but does not have a written IEP.	
<input type="checkbox"/> Mi hijo ha tenido un IFSP en el pasado pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar. My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.	
<input type="checkbox"/> 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. My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.	
<input type="checkbox"/> Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad. My child has a suspected developmental delay or disability.	
<input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo. I have concerns about my child’s development.	



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Información Sobre el Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian Information

Este niño vive con | This child lives with:

Unos de los padres/tutores (llene Padre/Madre/Tutor 1) | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)

Dos padres/tutores en el mismo hogar (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)

Dos padres/tutores en dos hogares (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
Nombre Name		
Relación con el Niño Relationship to child	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida Foster Parent <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela Grandparent <input type="checkbox"/> Tío/Tía Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Otro Other:	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida Foster Parent <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela Grandparent <input type="checkbox"/> Tío/Tía Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Otro Other:
Género Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Mujer trans Trans woman <input type="checkbox"/> Hombre trans Trans man	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Mujer trans Trans woman <input type="checkbox"/> Hombre trans Trans man
Identidad de género (opcional) Gender Identity (optional)		
Pronombres preferidos (opcional) Preferred pronouns (optional)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year)		
Dirección (incluir ciudad, estado y código postal) Address (include City, State, Zip)		
Teléfono Phone	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work
Teléfono Alternativo Alternate Phone	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work
Dirección de Correo Electrónico Email		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño? Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Qué idioma(s) habla? What language(s) do you speak?		



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Necesita intérprete para este idioma? Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
¿Eres hispana / latina? Are you Hispanic/Latino?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro African/African American/Black <input type="checkbox"/> Asiático Asian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco White <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior Not listed above:	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro African/African American/Black <input type="checkbox"/> Asiático Asian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco White <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior Not listed above:
¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> 6º grado o menos 6 th grade or less <input type="checkbox"/> 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior Associate degree <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Ninguno None	<input type="checkbox"/> 6º grado o menos 6 th grade or less <input type="checkbox"/> 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior Associate degree <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Ninguno None
¿Cuenta actualmente con empleo? Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes – How many hours per week (including travel)? <div style="text-align: center;"> Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #: </div> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Por temporada Seasonal	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes – How many hours per week (including travel)? <div style="text-align: center;"> Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #: </div> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Por temporada Seasonal
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando? Are you currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <div style="text-align: center;"> Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: </div> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <div style="text-align: center;"> Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: </div> <input type="checkbox"/> No



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? Are you in an approved WorkFirst activity?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> No
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.? Are you or have been in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Sí, veterano Yes, veteran <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Sí, veterano Yes, veteran <input type="checkbox"/> No

Inquietudes Familiares | Family Concerns

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

<input type="checkbox"/> Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: <input type="checkbox"/> Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Unable to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar Somewhat able to engage in work/school/ family life <input type="checkbox"/> Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Mostly able to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad Child’s parent/guardian has learning difficulties, no disability <input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso en útero Household domestic violence (past or current), including <i>in utero</i>	<input type="checkbox"/> Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso en útero Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including <i>in utero</i> <input type="checkbox"/> La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo Child’s parent/guardian concern for getting or keeping a job <input type="checkbox"/> La familia tiene inquietudes legales Family has legal concerns <input type="checkbox"/> El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio Child has a family member who attended Indian Boarding School <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 Child’s parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work	<input type="checkbox"/> Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing) <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) Recent immigrant/refugee (past 5 years) <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión Child’s parent/guardian is incarcerated <input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño Child’s parents/guardians divorced or separated during child’s life <input type="checkbox"/> Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) Family previously homeless (in the last 12 months) <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda Family concerns with housing
---	--	--



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Situación Familiar de Vivienda | Family Living Situation

¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? Sí | Yes 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. | What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

Dueños | Own Militar – esperando vivienda permanente | Military – waiting for permanent housing
 Alquilan | Rent En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia (seleccione una opción a continuación) | In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.) | By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
 Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar | Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

En un motel | In a motel Vivienda de Transición | Transitional Housing
 En un refugio | In a shelter Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón | Moving from place to place/couch surfing
 En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar | A car, park, campsite, or similar location En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

Otro – Por favor describa | Other – Please describe:

Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia | Family Income and Family Size

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 | Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance:

SSI por discapacidad, recibido por | SSI for disability received by: el Niño | Child el Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian
 Otro – Relación con el Niño | Other – Relationship to child:
 Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash
 SNAP

Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente | Check all that apply if your family receives the following:

TANF solo para el niño | Child-only TANF WorkFirst Subsidio para Guardería de Working Connections | Working Connections Child Care subsidy WIC

¿Fue remitido a este programa por una agencia? | Were you referred to this program by an agency?
 Sí – Nombre | Yes - Name: No

Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño. | Please list all people living in this child's primary household.

Nombre [Nombre y Apellido(s)] Name (First and Last)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Birthdate (month/day/year)	Relación con el niño Relationship to child	¿Usted mantiene económicamente a esta persona? Do you financially support this person?	¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño. | Please list all people living in this child's primary household.

Nombre [Nombre y Apellido(s)] Name (First and Last)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Birthdate (month/day/year)	Relación con el niño Relationship to child	¿Usted mantiene económicamente a esta persona? Do you financially support this person?	¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <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? | What is the total number of family members living in your home, including yourself and this child?

¿Cuál es su ingreso familiar total aproximado para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? | What is your total estimated household income for the last calendar year or the last 12 months?

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.

I promise that the information on this form is true and correct. I have reported all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in the databases or shared with state or federal agencies. Information in the databases may be used for the following:

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

Firma del Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian Signature _____

Fecha | Date _____ (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)	
EHS Only - Is this a newborn taking a pregnancy slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, pregnant participant'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: