

**\* Por favor use bolígrafo para llenar la aplicación \***

Los niños son elegibles para el programa de ECEAP si tienen por lo menos tres años, pero todavía no han cumplido cinco años antes del 31 de agosto del año escolar, y viven dentro de los límites del Distrito Escolar de Kennewick.

**LA SIGUIENTE INFORMACION ES NECESARIA PARA LA INSCRIPCION:**

1. Verificación de ingresos del año anterior indicando cantidad que recibe, todas las que aplican. (Si corresponde):
  - Declaración de Impuestos (1040) o Transcripción del IRS o W-2s o Talones de Cheque de 12 meses.
  - Carta de desempleo.
  - Manutención de niños recibida (**Solo** se requiere si es legalmente por orden judicial).
  - Carta del DSHS, mencionando la cantidad de dinero que recibe/Beca de cuidado de crianza.
  - Ingresos por discapacidad, incluyendo SSI.
  - Ingresos por Autoempleo.
  - Compensación al Trabajador (L&I).
  - Ingresos tribales (sujetos a impuestos).
  - Cualquier otro ingreso no mencionado anteriormente.
2. Registro de vacunas del niño/a que está inscribiendo. **DEBE DE ESTAR COMPLETO.**
3. Acta de nacimiento del niño/a que está inscribiendo / **Prueba de edad.**
4. Verificación de Custodia/ Autorización para inscribir al niño(a) **Si es que no tiene acta de nacimiento**
5. Verificación de domicilio. **Recibo del PUD /contrato de arrendamiento.**
6. Tarjeta de seguro de salud (Proveedor Uno/ Molina) o seguro privado.
7. Plan de Crianza/Cuidado de Crianza – certificado o firmado por el juez (**si corresponde**).
8. IEP del niño/a- Plan de Educación Individualizado (**si corresponde**).

**Para inscribirse o más información comuníquese con:**

Erika Sanchez, Secretaria de ECEAP  
Email: [erika.sanchez@ksd.org](mailto:erika.sanchez@ksd.org)  
123 S Kent St. **Portable 4**  
Kennewick, WA 99336  
Telefono: 509-222-5027  
Fax: 509-222-5037





## 2024-2025 Preselección y Solicitud de ECEAP

Complete el formulario y regrese a: Oficina de ECEAP  
123 S Kent St. Poratable 4 Kennewick, WA. 99336  
Ph: (509)222-5027 Fax: (509)222-5037

Sesión de Clase Preferida	
<input type="checkbox"/> Sesión AM 8:20 AM to 11:20 AM	<input type="checkbox"/> Día Completo 8:20 AM to 3:35 PM
<input type="checkbox"/> Sesión PM 12:35 PM to 3:35 PM	<input type="checkbox"/> Día Completo Lenguaje Dual 8:20 AM to 3:35 PM

Sección 1: Información del Niño		
Nombre legal	Segundo nombre	Apellido legal
Fecha de Nacimiento del niño(a):	Apodo:	Identidad de género:

<b>Nación Tribal</b> - ¿Es el niño miembro de una tribu indígena, como se define en WAC 110-425-0030?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>IEP</b> - ¿Tiene este niño un plan de educación individualizado (IEP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se determinó que el niño era elegible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>CPS</b> - ¿La familia de este niño está involucrada activamente con, o recibiendo apoyos de, sistemas tribales o estatales como Servicios de Protección para Niños (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR), Bienestar de Niños Indígenas (ICW), servicios tribales comparables o con el sistema policial o judicial, ¿en referencia a maltrato, descuido o agresión sexual contra niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Cuidado de crianza</b> - ¿Este niño está en cuidado de crianza oficial? <i>Esto significa que hay una autorización de un estado o una tribu a un cuidador que establece que esta es una colocación de cuidado de crianza.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Familiares</b> - ¿Este niño está en cuidado de familiares con un pariente u otra persona apropiada, con o sin subsidio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Adopción después de cuidado de crianza/familiar</b> - ¿Este niño fue adoptado después de cuidado de crianza, cuidado de familiares o después de vivir en un orfanato en otro país ( <i>no incluye otras adopciones</i> )?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>SNAP</b> - ¿Este niño pertenece a una familia que es elegible para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o SNAP del Departamento de Agricultura de EE. UU., llamado Alimentos Básicos en Washington?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Vivienda (seleccione una opción)	
<input type="checkbox"/>	Alquilan o poseen una residencia adecuada
<input type="checkbox"/>	Comparten vivienda en un acuerdo de vivienda cooperativa con familiares o amigos
<input type="checkbox"/>	Comparten vivienda con otra familia debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas o motivos similares
<input type="checkbox"/>	Está en un albergue de emergencia o de transición
<input type="checkbox"/>	Duermen en un hotel, motel, automóvil, parque, campamento o lugar similar
<input type="checkbox"/>	Se mudan de un lugar a otro (con distintos amigos)
<input type="checkbox"/>	Vivienda inadecuada con falta agua, calefacción o electricidad; moho excesivo; o no hay instalaciones para cocinar

Idioma Este niño habla (seleccione solo una opción)		
<input type="checkbox"/>	Solo inglés	Idioma principal del niño:
<input type="checkbox"/>	Principalmente inglés, y algo de otro idioma familiar	
<input type="checkbox"/>	Algo de inglés, y principalmente otro idioma familiar	Idioma secundario del niño:
<input type="checkbox"/>	Inglés y otro idioma al nivel apropiado para su edad (bilingüe)	
<input type="checkbox"/>	Solamente el idioma familiar, distinto al inglés	

¿Este niño es Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Argentino	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Boliviano	<input type="checkbox"/> Guatemalteco	<input type="checkbox"/> Salvadoreño
<input type="checkbox"/> Chileno	<input type="checkbox"/> Hondureño	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Colombiano	<input type="checkbox"/> Mexicano o Mexicoestadounidense (Chicano)	<input type="checkbox"/> Uruguayo
<input type="checkbox"/> Costarricense	<input type="checkbox"/> Nicaragüense	<input type="checkbox"/> Venezolano
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Panameño	<input type="checkbox"/> Latinoamericano
<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Peruano	<input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino _____

¿A qué raza(s) considera que pertenece este niño? (Marque todas las que correspondan)		
<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b>	<input type="checkbox"/> <b>Indígena Americano</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacifico</b>
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Fiyiano
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chinook	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Aleut (Unangan)	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Kosraense
<input type="checkbox"/> Athabaskan	<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Mariano
<input type="checkbox"/> Esquimal (Inupiaq or Yupik)	<input type="checkbox"/> Duwamish	<input type="checkbox"/> Marshalés
<input type="checkbox"/> Eyak	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Melanesio
<input type="checkbox"/> Haida	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Micronesio
<input type="checkbox"/> Tlingit	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii
<input type="checkbox"/> Tsimshian	<input type="checkbox"/> Kikiallus	<input type="checkbox"/> Palauano
<input type="checkbox"/> Other Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Papú
	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Ponapeño
<input type="checkbox"/> <b>Asiático</b>	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Salomonense
<input type="checkbox"/> Bangladesi	<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Butanés	<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Tarawense
<input type="checkbox"/> Burmano	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Tokelauense
<input type="checkbox"/> Camboyano/Kampucheano	<input type="checkbox"/> Puyallup	<input type="checkbox"/> Tongano
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Quiluate	<input type="checkbox"/> Trukés (chuukés)
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Quinalt	<input type="checkbox"/> Vanuatuense
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Yapés
<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacifico
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Shoalwater	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Skokomish	
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Snohomish	
<input type="checkbox"/> Malgache	<input type="checkbox"/> Snoqualmie	
<input type="checkbox"/> Malayo	<input type="checkbox"/> Snoqualmoo	
<input type="checkbox"/> Maldivo	<input type="checkbox"/> Spokane	
<input type="checkbox"/> Mongol	<input type="checkbox"/> Squaxin Island	
<input type="checkbox"/> Nepalés	<input type="checkbox"/> Steilacoom	
<input type="checkbox"/> Pakistani	<input type="checkbox"/> Stillaquamish	
<input type="checkbox"/> Singaporense	<input type="checkbox"/> Swinomish	
<input type="checkbox"/> Ceilanés	<input type="checkbox"/> Tulalip	
<input type="checkbox"/> Taiwanés	<input type="checkbox"/> Upper Skagit	
<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Yakama	
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro Indígena Americano	
<input type="checkbox"/> Otro Asiático		

**Sección 2: Miembros del Hogar**

Escriba la información de todas las personas que vivan en el hogar y que se cuenten para el tamaño de la familia.

En el caso de familias que vivan temporalmente con parientes, no incluya a los anfitriones.

En el caso de familias con dos hogares en las que haya custodia compartida sin padre/madre principal y sin manutención:

- Incluya a los miembros de ambos hogares en la tabla.
- Marque a los miembros del segundo hogar.
- Después conteste las preguntas sobre sustento financiero y relaciones.
  - ❖ **El personal usará esta información para calcular el tamaño de la familia y determinar el ingreso mediano estatal (SMI)**

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño en ECEAP	¿El padre, la madre o el tutor del niño en ECEAP es el sustento financiero de esta persona? * <i>Vea la nota de abajo para personas de 19 años o más.</i>	¿Esta persona tiene parentesco biológico, político o por adopción con el padre, la madre o el tutor del niño en ECEAP?
Niño en ECEAP:			Niño en ECEAP	Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí

\* Responda No en el caso de una persona de 19 años de edad o más que tenga ingresos, ganados o no, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño en ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

**Para uso exclusivo del personal de ECEAP (NO escriba aquí):**  
 Tamaño de la familia para la tabla de SMI \_\_\_\_\_  
 En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, el tamaño de la familia es 1.  
 Para todos los demás niños, cuente a las personas con Sí en las dos preguntas anteriores.

Sección 3: Información de contacto de la familia				
<b>Nombre del Contacto 1:</b>		Relación con el niño:		
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:		¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla usted?		
Dirección física:		# de Apartamento	Ciudad	Estado
Dirección postal <i>(solo si es diferente a la dirección física):</i>		# de Apartamento	Ciudad	Estado
Correo electrónico:		Teléfono		Teléfono alternativo
<b>Nombre del Contacto 2:</b>		Relación con el niño:		
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		
Correo electrónico:		Teléfono alternativo:		

**Sección 4: El niño vive con**

- Un padre/madre/tutor (Nombre): \_\_\_\_\_
- Dos padres o tutores en el mismo hogar (Nombres): \_\_\_\_\_

**Vaya a la sección 5**

- Dos padres o tutores en dos hogares (50/50 Custodia)

*Si marcó esta opción, conteste estas preguntas para determinar los ingresos de cuáles padres se tomarán en cuenta para su elegibilidad para ECEAP.*

¿Uno de los hogares tiene custodia legal primaria?  Sí  No

Si contestó que **sí**, ¿cuál de los padres tiene custodia primaria? \_\_\_\_\_

Cónyuge de este padre/madre, si lo tiene \_\_\_\_\_

**Vaya a la sección 5**

Si contestó que **no**, ECEAP contará los ingresos del padre/madre/tutor legal de cada hogar.

No incluya a sus cónyuges. Escriba aquí los nombres de los padres legales:

<b>Hogar 2:</b>		Relación con el niño:		
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:		¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla usted?		
Dirección física:		# de Apartamento	Ciudad	Estado
Dirección postal <i>(solo si es diferente a la dirección física):</i>		# de Apartamento	Ciudad	Estado
Correo electrónico:		Teléfono:		Teléfono alternativo:

### Sección 5: Empleo, capacitación y otras actividades de los padres

Conteste las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutores mencionados en la pregunta 3.

No cuente las mismas horas en más de una categoría. Por ejemplo:

- No cuente las mismas horas de la semana para empleo y para WorkFirst.
- No cuente las mismas horas de cuidado de niños de CPS por separado para dos padres

	Padre / Madre / Tutor 1 Nombre:	Padre / Madre / Tutor 2 Nombre:
<b>¿Está usted actualmente empleado?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, en promedio, cuantas horas trabaja a la semana		
b. Si contestó que sí, escriba el nombre del empleador (no escriba "desconocido" ni N/A)		
c. Si contestó que sí, escriba el número telefónico o correo electrónico del empleador		
<b>¿Asiste a la escuela o capacitación laboral?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas de clase por semana		
b. Si contestó que sí, horas de estudio por semana (máximo 10)		
c. Si contestó que sí, escriba el nombre de la escuela u organización capacitadora.		
d. Si contestó que sí, escriba su objetivo o carrera.		
<b>¿Viaja entre la guardería y su trabajo/escuela?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, cuantas horas por semana (máximo 10)		
<b>¿Horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW no contadas antes?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales de cuidado de niños por semana aprobadas por CPS		
<b>¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas antes?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, nombre de la actividad.		
b. Si contestó que sí, horas totales por semana		
¿Uno de los padres está discapacitado y no puede trabajar ni cuidar al niño mientras el otro trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si cualquiera de los padres tiene más de 55 horas en total por semana, explique:</b>		

### Sección 6: ¿Cómo se enteró de ECEAP?

<input type="checkbox"/> Sitio de internet de DCYF	<input type="checkbox"/> Evento comunitario	<input type="checkbox"/> Volante	<input type="checkbox"/> Empleado de ECEAP	<input type="checkbox"/> De boca en boca
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Agencia comunitaria (Nombre):				

### Sección 7: Encuesta para planeación estatal

Si pudiera elegir usted la duración de la jornada que su hijo asiste al preescolar, ¿cuál sería la mejor opción para su hijo y su familia? *Recuerde que es posible que no todas estas opciones estén disponibles en su comunidad este año.*

- Medio día - alrededor de tres horas, de tres a cuatro días por semana.
- Día escolar - alrededor de seis horas, de cuatro a cinco días a la semana.
- Día laboral - disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado de niños.

### Sección 8: Situación del hogar

- ¿Su hogar recibe vivienda con subsidio, como un cupón de vivienda o asistencia en efectivo para vivienda?  
 Sí     No
- ¿Su hogar actualmente recibe un subsidio para cuidado de niños de Working Connections para este niño?  
 Sí     No

### Sección 9: Ingresos recibidos por los padres o tutores del niño

En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, llene este cuadro y **vaya a la sección 10**

- Subsidio o pago mensual por cuidado de crianza, cuidado de familiares o apoyo a la adopción \$ \_\_\_\_\_
- Número de niños cubiertos por este subsidio o pago \_\_\_\_\_
- Número de caso o número de identificación del cliente, si tiene: \_\_\_\_\_

Origen del pago (marque):  DSHS     SSI     Tribu     Otro: \_\_\_\_\_

¿Recibió su hogar ingresos durante el último año o durante los últimos 12 meses?     Sí     No

Si contestó que no, escriba el motivo por el que no tiene ingresos y explique cómo cubre sus necesidades básicas:

\_\_\_\_\_

MARQUE LA CAJA	TIPO DE INGRESO
<input type="checkbox"/>	Ingresos del Empleo
<input type="checkbox"/>	Manutención para niños recibida, si la exige una orden de manutención para niños
<input type="checkbox"/>	Ingresos por discapacidad, incluyendo SSI
<input type="checkbox"/>	Declaración de permisos e ingresos militares (LES). Cuente todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH y HFD/IDP.
<input type="checkbox"/>	Ingresos netos por trabajo independiente
<input type="checkbox"/>	Beneficios de seguro social o jubilación
<input type="checkbox"/>	Subsidios de TANF estatal o tribal
<input type="checkbox"/>	Desempleo
<input type="checkbox"/>	Compensación Laboral (L&I)
<input type="checkbox"/>	Ingreso Tribal (taxable)
<input type="checkbox"/>	Pagos en efectivo de asistencia de emergencia
<input type="checkbox"/>	Pagos de seguros que sean regulares (no pagos únicos)
<input type="checkbox"/>	Planes de jubilación o pensión
<input type="checkbox"/>	Remuneración Laboral
<input type="checkbox"/>	Becas, subsidios o subvenciones para gastos de subsistencia
<input type="checkbox"/> Reste	Manutención para niños pagada a otro hogar, si la exige una orden de manutención para niños vinculante

¿Aún recibe los ingresos descritos arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí, vaya a la sección 10</b> Si contestó que no y sus circunstancias cambiaron recientemente, explique: _____			
<input type="checkbox"/> Pérdida de persona con ingresos	<input type="checkbox"/> Divorcio o Separación	<input type="checkbox"/> Pérdida inesperada	<input type="checkbox"/> Reducción de horas de trabajo
<input type="checkbox"/> Salud/Lesión	<input type="checkbox"/> Pérdida de beneficios	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo- falta de acceso o capacidad para pagar el cuidado de niños	
<input type="checkbox"/> Circunstancias similares inesperadas (explique): _____			
¿Cuáles son sus ingresos mensuales ahora?		¿Para qué mes?	

<b>Sección 10: Inscripción Previa</b>	
<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana según la parte C de la ley EDEA en otro estado (Nombre del estado y proveedor): _____
<input type="checkbox"/> Head Start para migrantes/por temporada en cualquier parte de WA	
<input type="checkbox"/> Early Head Start (Nombre del beneficiario de EHS): _____	<input type="checkbox"/> ESIT – Apoyo temprano para bebés (Nombre del proveedor de ESIT): _____
<input type="checkbox"/> Cualquier programa de visitas domiciliarias del nacimiento a los tres años	<input type="checkbox"/> ECLIPSE
<input type="checkbox"/> Early ECEAP (Nombre de contratista de Early ECEAP): _____	<input type="checkbox"/> No inscripción previa en preescolar de aprendizaje temprano

<b>Sección 11: IEP o Sospechas de Retraso</b>		
<input type="checkbox"/> Este niño tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)		
<input type="checkbox"/> Se determinó que este niño era eligible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios		
<input type="checkbox"/> Este niño tiene un diagnóstico de retraso del desarrollo o discapacidad sin IEP		
<input type="checkbox"/> Este niño se sometió a una evaluación del Desarrollo que recomendó una evaluación adicional		
<input type="checkbox"/> Hay sospechas de que este niño tiene un retraso de desarrollo o discapacidad (No hay un IEP, diagnóstico o evaluación, ni una evaluación del Desarrollo concluida con el resultado “es necesario reevaluar”). Descríbala: _____		
❖ <b>Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no, vaya a la sección 12</b>		
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje específica
<input type="checkbox"/> Sordera y ceguera	<input type="checkbox"/> Múltiples discapacidades	<input type="checkbox"/> Impedimento del habla o el lenguaje
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Problema ortopédico	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Perturbación emocional	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Otro problema de salud
<input type="checkbox"/> Problemas de la audición		

Fecha de inicio del IEP \_\_\_\_\_ Fecha de terminación del IEP \_\_\_\_\_

¿Qué distrito escolar expidió el IEP de este niño? \_\_\_\_\_

Este niño recibirá servicios del IEP:

- Solamente en el aula de ECEAP  Solamente durante el horario de ECEAP, pero fuera del aula de ECEAP  
 Fuera del horario de ECEAP

<b>Sección 12:</b>		
¿Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado de niños debido a su conducta?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ECEAP atiende a niños con problemas de conducta. <b>Marcar sí, no excluirá a su hijo.</b>		

<b>Sección 13: Preguntas Adicionales</b>		
<i>Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que necesitan más el programa de ECEAP. Todas las respuestas son confidenciales.</i>		
Este niño tiene <b>un miembro de la familia</b> en su hogar que tenga un trastorno crónico de salud física o mental que: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿<b>Afecta gravemente</b> su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?</li> <li>• ¿<b>Afecta moderadamente</b> su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Era el padre o la madre de este niño menor de 18 años cuando nació el niño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Este niño tiene un padre o madre que: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es trabajador agrícola migrante o por temporada?? (51% o más de los ingresos de la familia provienen de trabajo agrícola)</li> <li>• ¿Se muda con el niño para participar en prácticas culturales tradicionales o trabajo (trabajos agrícolas o pesqueros, temporales o por temporada)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un padre o madre que se encuentra en servicio activo en las fuerzas armadas de EE.UU?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un padre o madre que actualmente es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de la reserva militar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un padre o madre militar que su encuentra desplegado, o que estuvo desplegado en los últimos 12 meses, o que ha estado desplegado en total 19 o más meses de la vida del niño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un familiar que asistió a una escuela residencial para indígenas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un padre o madre que está en la cárcel, en prisión o en un centro de detención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha vivido la pérdida de un padre, madre o cuidador principal, por ejemplo, por fallecimiento, abandono o deportación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha vivido el divorcio o la separación de sus padres?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha vivido en un hogar con violencia doméstica, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha vivido en un hogar con abuso de sustancias, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Esta familia ha recibido previamente servicios de apoyo o ha estado involucrada con sistemas tribales o estatales, incluyendo servicios de CPS/FAR/ICW o servicios tribales comparables, o ha estado involucrada con el sistema policial/judicial debido a maltrato, descuido o agresión sexual a menores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Este niño se ha reunificado con sus padres después de estar en cuidado de Crianza o cuidado de familiares en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ECEAP recibió una referencia profesional para esta familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
❖ Si contestó que sí, ¿qué agencia hizo la referencia?		

<b>Sección 14: Nivel Académico de los Padres – Marque todas las opciones que correspondan</b>		
<b>Nivel Educativo mas Alto</b>	<b>Padre/Madre/Tutor 1</b> Nombre:	<b>Padre/Madre/Tutor 2</b> Nombre:
6.º grado o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.º a 12.º grado, sin diploma o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma de Educación Secundaria o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algo de Universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado Profesional (incluye escuelas vocacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de Asociado (dos años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de Licenciatura (cuatro años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría o Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 15: Información Médica – Adjunte una copia del registro de vacunación del niño**

Tiene este niño un trastorno crónico de salud física o mental: • ¿Que afecta <b>gravemente</b> su desarrollo o asistencia a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
• ¿Que afecta <b>moderadamente</b> su desarrollo o asistencia a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
❖ Si contestó que sí, describa cual:			
¿Nació este niño prematuro (menos de 37 semanas), o peso meno de 55 libras (2.5 kg) al nacer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene este niño con seguro o cobertura médica? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health para Niños/ Tarjeta de Servicios Provider One <input type="checkbox"/> Cobertura Militar <input type="checkbox"/> Seguro Médico privado <input type="checkbox"/> Cobertura Tribal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene el niño un médico o clínica regular? Nombre de la clínica o proveedor: _____ Nombre del profesional médico: _____ Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha tenido el niño un examen médico de rutina en los últimos 12 mesas? ❖ Fecha del último examen médico de rutina del niño antes de aplicar a ECEAP: _____ <input type="checkbox"/> Fecha Desconocida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene este niño seguro o cobertura dental? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health para Niños/ Tarjeta de Servicios Provider One <input type="checkbox"/> Cobertura Militar <input type="checkbox"/> Seguro Dental privada <input type="checkbox"/> Cobertura Tribal <input type="checkbox"/> ABCD (no disponible en todos los condados)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene el niño un dentista o clínica dental regular? Nombre de la clínica dental o proveedor: _____ Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha tenido el niño un examen dental en los últimos 6 meses? ❖ Fecha del último examen dental antes de aplicar a ECEAP: _____ <input type="checkbox"/> Fecha Desconocida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido

**Firma del Padre/Madre/Tutor**

Prometo que la información en este formulario es veraz y correcta. He informado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, como exige ECEAP. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas mi familia quizá no pueda seguir recibiendo servicios de ECEAP. Además, quizá tenga que devolver el importe gastado en el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se captura en el Sistema de Gestión de Aprendizaje Temprano (ELMS, por sus siglas en inglés) operado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés). El DCYF asume el compromiso de proteger la información confidencial y personal que podría identificar a un niño o una familia. La información relacionada con la situación migratoria no se captura en ELMS ni se proporciona a agencias estatales o federales. La información de ELMS puede usarse para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si la participación en ECEAP ayuda a los niños en etapas posteriores de sus vidas.
- Para demostrar que el Estado de Washington invierte parte de su propio dinero en programas para familias, lo que es un requisito para recibir fondos de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas del gobierno federal.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del miembro del personal del ECEAP que verificó la elegibilidad (No escriba aquí)**

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta. He observado y verificado los documentos que establece la elegibilidad de este niño para el ECEAP. Entiendo que los estándares de desempeño del ECEAP exigen que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho de cualquier uso fraudulento de fondos del ECEAP incluyendo, entre otras cosas, que un empleado intencionalmente capture información engañosa o falsa en el ELMS acerca de:

- Criterios de elegibilidad del niño.
- Fechas reales de inicio del niño y últimos días de clases.
- Fechas de inicio y terminación de clases.
- Servicios que en realidad no se prestaron.
- Una familia que proporcione información falsa para inscribirse en el ECEAP.

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CUIDADO INFANTIL  SI  NO  
NOMBRE DEL CUIDADO INFANTIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
EXISTE ALGUNA ORDEN DE RESTRICCION/ PLAN DE CRIANZA:  SI  NO

**PADRES/GUARDIAN INFORMACION DE CONTACTO**

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ TELEFONO DE HOGAR \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

MADRE/TUTORA \_\_\_\_\_ TELEFONO DE HOGAR \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE SEGURO Y TRATAMIENTO MEDICO**

Como padres/tutores del estudiante mencionado arriba, nuestra firma en esta forma autoriza cualquier tratamiento médico en caso de emergencia por parte de un doctor y/o hospital, en caso de un accidente, enfermedad o lesión.

¿La persona encargada de la supervisión, tiene su permiso para buscar atención médica del doctor más cercano y/o hospital?  
 SI  NO

ALERGIAS  SI  NO TIPO DE ALERGIA/REACCIÓN \_\_\_\_\_

LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO NECESARIO \_\_\_\_\_

PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD/INCAPACIDAD \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_ Dentista de Casa: \_\_\_\_\_

Hospital Preferido:  Tríos  Kadlec  Lourdes

**YO DOY PERMISO PARA QUE MI NIÑO/A**

1. Sea transportado/a en vehículo del Distrito y vehículo del personal para las actividades de ECEAP  SI  NO
2. Reciba tratamiento de primeros auxilios por el personal de ECEAP, en caso de lesiones pequeñas  SI  NO
3. Recibir tratamiento médico de emergencia, incluyendo cirugía por parte de doctores, dentistas, enfermeras, transportación, etc.  SI  NO
4. Que las copias o resúmenes de salud y registro de vacunas sean enviadas al distrito escolar donde su niño/a asistirá el próximo año, de acuerdo con las políticas de Distrito  SI  NO

**YO DOY PERMISO AL PERSONAL DE ECEAP**

5. Tomarle fotografías a mi niño/a para ser usadas solamente en las actividades del salón de clases (ejem: en el lugar donde se cuelga la chamara)  SI  NO
6. Tomarle fotografías/videos o usar el trabajo de mi niño/a, comentarios e información para la publicidad de ECEAP y para compartir información (ejem: Reuniones de padres, Talleres) sin restricciones a menos que estén escritas abajo. Yo renuncio a cualquier reclamo de pago por el uso de dicha fotografía/video  
*Si la respuesta es No, Favor de llenar la forma de rehúsa a la publicidad*  SI  NO

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**Bussing/Classroom Authorization Adult Contact Form**  
**AUTORIZACIÓN DE SALÓN DE CLASE Y ACERCA DEL AUTOBÚS**

Child's Name/ *Nombre del niño(a)*: \_\_\_\_\_

Parent(s) name(s)/ *Nombre de los padres*: \_\_\_\_\_

Phone No/ *Número de teléfono*: \_\_\_\_\_

**Adults (14 and over) who are authorized to pick my child up from school and bus stop.**

***Adultos (14 años de edad o mayor) que están autorizados de recoger al su estudiante de la escuela o parada del autobús.***

<b>Name/ Nombre</b>	<b>Relationship/ Relación</b>	<b>Phone Number/ Número telefónico</b>

**Proof of identification will be required/ Se requiere que la persona presente su identificación ◀**

**ECEAP BUS INFORMATION/Información del autobús de ECEAP**

*(Students that live/have childcare within 1 mile walking distance from school DO NOT qualify for transportation/ Los estudiantes que viven/tienen cuidado de niños dentro de 1 milla de distancia caminando de la escuela NO califican para transportación)*

Does your child need bussing? / ¿Necesita su hijo(a) transportación?     Yes     No

<b><u>BUS PICK-UP ADDRESS/</u></b> <b><u>Dirección donde el autobús recogerá al estudiante</u></b>	<b><u>BUS DROP-OFF ADDRESS/</u></b> <b><u>Dirección donde el autobús dejará al estudiante</u></b>
Name of person responsible for your child at bus stop before school/ <i>Nombre de la persona responsable de su hijo(a) en la parada de autobús antes de la escuela:</i>	Name of person responsible for your child at bus stop after school/ <i>Nombre de la persona responsable de su hijo(a) en la parada del autobús después de la escuela:</i>
_____	_____
Address/Dirección	Address/Dirección
_____	_____
Contact Name/Nombre del contacto	Contact Name/Nombre del contacto
_____	_____
Relationship/ Relación	Relationship/ Relación
_____	_____
Telephone/Número telefónico	Telephone/Número telefónico

Parent's signature/ *Firma de los padres*: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Parent's signature/ *Firma de los padres*: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_



# HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

DEBE SER LLENADO POR LOS PADRES/GUARDIÁN

To Parent: IHP Packet	__	Med Form	__
Info forms:			
Asthma	__	Allergy	__
Seizure	__		
Initial	__	Date	__
Nurse Reviewed with parent:	_____		

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenin

La información en este formulario debe ser llenado (actualizado) para los grados K, 3, 6, 9 y estudiantes de transferencia.

## VISIÓN Y AUDICIÓN

- No  Si **Lentes/Lentes de contacto** fecha del último examen: \_\_\_\_\_
- No  Si **Aparatos de audición** fecha del último examen: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTO

- No  Si **Alergias a medicamentos (sea específico):** \_\_\_\_\_
- No  Si **Medicamento necesario el hogar (sea específico):** \_\_\_\_\_
- No  Si **\*Medicamento necesario en la escuela (sea específico):** \_\_\_\_\_

### \*Medicamento diario en la escuela – Se requiere la forma de medicamento en la escuela

La ley del Estado requiere que la escuela reciba autorización por escrito del médico antes de que se le pueda administrar cualquier tipo de medicamento (con/sin receta) al estudiante en la escuela. La forma está disponible en la oficina de la escuela.

## CONDICIONES DE SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA – Requieren una orden médica y un plan de salud individualizado (IHP)

**Condiciones de salud que amenazan la vida.** La ley del Estado de Washington requiere que los estudiantes con condiciones de salud que amenazan la vida, cuya condición podría "...poner al niño en peligro de muerte durante el día escolar", deben tener: 1) ordenes medicas por escrito, que hayan sido revisadas por la enfermera escolar y firmadas por los padres, acerca de los medicamentos y tratamientos. 2) un plan de salud individualizado (IHP)/plan de la enfermera. 3) el personal escolar debe ser entrenado antes de que su estudiante asista a la escuela. Las formas están disponibles en la oficina principal de la escuela y deben ser actualizadas anualmente.

(\* Una alergia severa significa que ha sido diagnosticado por un médico y el medicamento ha sido ordenado)

- No  Sí \* **Alergia severa, CON ÓRDENES DE UN EIPEN:** (Sea específico) \_\_\_\_\_
- No  Si \* **Asma; medicamento de rescate con frecuencia, HA SIDO HOSPITALIZADO O UTILIZADO ESTEROIDES DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR ASMA**
- No  Sí \* **Diabetes, depende de la insulina.** Fecha de la diagnosis: \_\_\_\_\_. Mi estudiante usa bomba \_\_\_ inyector \_\_\_ otro \_\_\_
- No  Sí \* **Convulsiones; MEDICAMENTO DE EMERGENCIA ORDENADO.** Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_ Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_
- No  Sí \* **Otras condiciones: el medicamento de emergencia/tratamiento es necesario en la escuela** \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas:** La enfermera escolar podrá contactar a los padres/tutores legales para más información. Se podría necesitar órdenes del médico, IHP y/o un plan de parte de la enfermera.

- No  Sí **Asma: Toma medicamento solo cuando es necesario o no toma medicamento.**
- No  Sí **Diabetes: no dependiente de la insulina.** Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnosis: \_\_\_\_\_
- No  Sí **Aversión/sensibilidad a alimentos:** \_\_\_\_\_
- No  Sí **Convulsiones: Sin medicamento de emergencia** Tipo de convulsión \_\_\_\_\_ Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_
- No  Sí **Problemas del corazón:** \_\_\_\_\_
- No  Sí **Problemas de comportamiento/Emocionales:** \_\_\_\_\_
- No  Sí **Problemas ortopédicos:** \_\_\_\_\_
- No  Sí **Otros problemas de salud:** \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra condición que afectaría el desempeño de su estudiante en el salón de clases o en educación física?

- No  Sí Explique si marco sí: \_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante algún cuidado de salud especial, por ejemplo: silla de rueda, tubo para los alimentos, catéter u otro?

- No  Si Explique si marco sí: \_\_\_\_\_

Esta información se considera confidencial. Será compartida con el personal de la escuela, según sea necesario durante el tiempo que su hijo esté inscrito en el Distrito Escolar de Kennewick, para asegurar la seguridad y salud de su hijo/a, a menos que usted solicite por escrito lo contrario.

Firma de los padres/guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial de Nutrición del Estudiante

Debe ser completado por padre/madre/tutor

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### 1. Tiene su hijo(a) algo de lo siguiente:

- Sí  No Alergias a cierta comida diagnosticada por un médico (*describa*): \_\_\_\_\_
- Sí  No Si marcó *Sí*, ¿alguno de ellos pone en peligro la vida y requiere un epi-pen?
- Sí  No ¿Sensibilidades alimentarias **no** diagnosticadas por un profesional médico?

### 2. ¿Es su hijo(a) intolerante a la lactosa?

- Sí  No ¿La intolerancia a la lactosa ha sido diagnosticada por un profesional médico?
- Sí  No ¿Puede su hijo comer queso y/o yogur regular?
- ¿Qué bebe su hijo en lugar de leche de vaca? (*ECEAP proporciona leche sin lactosa a menos que exista una prescripción médica que requiera un tipo especial de leche*): \_\_\_\_\_

### 3. Dietas especiales (*ECEAP no sirve productos de cerdo*)

- Sí  No ¿Su hijo sigue una dieta especial debido a problemas médicos?
- Sí  No ¿Evita alimentar a tu hijo con ciertos alimentos por razones personales?
- Sí  No ¿Evitas alimentar a tu hijo con ciertos alimentos por razones religiosas?
- Sí  No ¿Puede su hijo comer carne de res, pollo y pavo?

¿Hay alguna información adicional que usted cree que el personal de ECEAP podría necesitar saber sobre el historial nutricional de su hijo? \_\_\_\_\_

## Historial Dental del Estudiante

Debe ser completado por padre/madre/tutor

- Sí  No ¿Su hijo ha tenido caries?
- Sí  No ¿Su hijo ha tenido algún tratamiento dental?
- Sí  No ¿Su hijo se queja de dolor en la boca/dientes?
- Sí  No ¿Su hijo ha tenido alguna vez una mala experiencia dental?
- Sí  No ¿Su hijo tiene algún tratamiento dental sin completar?
- ¿Con qué frecuencia ayuda a su hijo a cepillarse los dientes? \_\_\_\_\_

Si contestó *Sí* a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor describa:

\_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Esta información se considera confidencial. Se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario durante el tiempo que su hijo esté inscrito en el Distrito Escolar de Kennewick para garantizar la salud y la seguridad de su hijo, a menos que usted solicite lo contrario por escrito.*

**CONSENT FOR SCREENING/HEALTH INFORMATION FORM**  
**CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIONES/FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**Each child enrolled at Kennewick ECEAP will receive a number of health and developmental screenings. If any potential concerns are identified through these screenings, you will be notified. Kennewick ECEAP staff will assist you in obtaining any additional services that might be needed.**

*Cada niño(a) inscrito en Kennewick ECEAP recibirá varias evaluaciones de salud y desarrollo. Usted será notificado si algunos problemas potenciales son identificados por medio de estas evaluaciones. El personal de Kennewick ECEAP le asistirá en obtener servicios adicionales los cuales puedan ser necesarios.*

**The screenings for each child are as follows/Las evaluaciones para cada niño son las siguientes:**

Yes/Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Developmental Screening</b> <i>Evaluación de Desarrollo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Done through a series of fun activities (assessing the areas of language, motor, cognitive, social/emotional, and self-help)</b></li> <li>- <i>Realizado por medio de actividades divertidas (evaluando áreas de lenguaje, destrezas motoras, cognitivas, socioemocionales, y auto ayuda)</i></li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Behavioral Screening</b> <i>Evaluación de Comportamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Done through parent and teacher observation as needed</b></li> <li>- <i>Realizado a través de la observación de padres y profesores, según sea necesario</i></li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hearing Screening</b> <i>Evaluación del oído</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Done with the use of an Otoacoustic Hearing Machine (OAE)</b></li> <li>- <i>Realizado por medio de equipo autoacústico</i></li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vision Screening</b> <i>Evaluación de la Vista</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Done using a SPOT vision screening machine</b></li> <li>- <i>Realizado usando una maquina Polaroid que evalua la vista</i></li> </ul>

**As the parent/guardian of/Como padre/tutor de \_\_\_\_\_,**  
**(Child's name/Nombre del niño(a))**

**I give permission to Kennewick ECEAP or designated agencies to do all the screenings/testing above except those I have indicated "No."**

*Yo doy permiso al personal de Kennewick ECEAP o a agencias designadas para hacer todas las evaluaciones dichas anteriormente con la excepción de los que indican que "No."*

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature/ Firma de Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

Authorization to Release Confidential Health Information  
**Autorización de Información Confidencial de Salud**

**PARENT AND CHILD INFORMATION** *Información de el/la niño/a y de los padres*

Child's First Name— <b>Primer Nombre del Niño/a</b>	Last Name <b>Apellido</b>	Middle <b>Segundo Nombre</b>
Child's date of birth / <b>Fecha de nacimiento de el/la niño/a:</b>		Parent/Guardian Names / <b>Nombres de los Padres/Tutores</b>

**INFORMATION RELEASED TO:**

<b>Kennewick ECEAP</b>	123 S. Kent St, Kennewick, WA 99336 Phone: (509) 222-5027 <b>FAX: (509) 222-5037</b>
------------------------	---

*Reason for Release of Information*  
**At the request of the parent/legal guardian for the health, safety and Education Purposes of their child while enrolled Kennewick ECEAP**

**MEDICAL PROVIDER** *Proveedor médico*

Provider or Clinic Name/ <b>Nombre de Proveedor o la clinica:</b>	Telephone/ <b>Telefono:</b>	Fax:
---	-----------------------------	------

Record: I authorize the following records/information to be disclosed  
**Yo autorizo los siguientes registros/ Información**

- Medical Exam & Treatment/ **Examen médico y tratamiento**
- Immunization Records / **Registros de inmunización**
- Child Health Plan/ **Plan de salud del niño(a)**

**DENTAL PROVIDER** *Proveedor dental*

Provider or Clinic Name/ <b>Nombre de Proveedor o la clinica:</b>	Telephone/ <b>Telefono:</b>	Fax:
---	-----------------------------	------

Record: I authorize the following records/information to be disclosed  
**Yo autorizo los siguientes Registros/ Información**

- Dental Exam & Treatment/ **Examen dental y tratamiento**

**PARENT AUTHORIZATION** *Autorización del Padre*

**This permission is valid from the signed date until August 31, 2025**

I understand that: **Yo entiendo que:**

- I may revoke or withdraw my permission in writing at any time, but that will not affect information already disclosed **Puedo revocar o retirar mi permiso por escrito en cualquier momento, pero no afectará la información ya divulgada**
- I understand that these records will be treated as confidential by Kennewick ECEAP under the provision of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. **Entiendo que estos registros serán tratados como confidenciales por Kennewick ECEAP bajo la disposición de los derechos de Educación de la familia la ley y privacidad. FERPA prohíbe la divulgación de información personal indefinible sin consentimiento excepto en circunstancias limitadas**
- Information disclosed through this authorization may be shared and is no longer protected by HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act ) **información revelada por medio de esta autorización puede ser compartida y ya no está protegido por HIPAA**
- A copy of this form is valid to give permission to disclose records. **una copia de este formulario es válida para dar permiso para divulgar los registros**
- Authorizing the disclosure of this information is voluntary. **Autorizar la divulgación de esta información es voluntaria.**

Authorization by (signature) <b>Autorización (firma del Padre)</b>	Relationship to Child <b>Relación con el niño</b>
Date Signed <b>Fecha</b>	Telephone # <b>Teléfono</b>
Print Name <b>Nombre impreso</b>	



## Encuesta de Idiomas en el Hogar

Dave Bond, Superintendente  
 Dr. Chuck Lybeck, Superintendente Asociado, Plan de Estudios  
 Greg Fancher, Asistente al Superintendente, Educación Primaria  
 Ron Williamson, Asistente al Superintendente, Educación Secundaria  
 Doug Christensen, Asistente al Superintendente, Recursos Humanos  
 Ron Cone, Director Ejecutivo, Tecnología Informática  
 Vic Roberts, Director Ejecutivo, Operaciones Comerciales  
 Robyn Chastain, Directora, Comunicación y Relaciones Públicas

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

<b>Nombre del alumno:</b> (Apellido, Nombre)		<b>Grado:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre del padre, madre o tutor:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Firma del padre, madre o tutor</b> _____		<b>Numero de Teléfono:</b>	
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b>          Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela?          _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b>          La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero?          _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa?          _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo?          _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p><b>Educación previa</b>          Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____          Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes      Día      Año</p>		
	<p>9. ¿Se mudó con el propósito de encontrar trabajo en la agricultura o trabajo relacionado con la agricultura (tal como operación de maquinaria en las granjas, procesamiento de alimentos)?</p> <p>_____ Sí      _____ No</p>		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.