

Solicitud para la Educación Temprana 2025-2026



| | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Staff Only - ChildPlus ID: | ELMS ID: | Date Received: |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|

Información Sobre el Niño – General

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | Inicial del Segundo Nombre: |
| Apellido(s): | Nombre Preferido: |
| Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año): | Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Identidad de género (opcional): | Pronombres (opcional): |

| | |
|---|-------------------------|
| ¿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 <input type="checkbox"/> Negarse a denunciar | |
| ¿Cuál es la raza de este niño? 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"/> Negarse a denunciar <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? | | |
| <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 | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington, o un programa PSESD <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington, no es un programa PSESD | <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington <input type="checkbox"/> Inscripción previa en preescolar (de 3 a 5 años) <input type="checkbox"/> Ninguno |
| ¿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 | | |

| | |
|---|--|
| Cuidado de crianza o parentesco | |
| ¿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 | |



| | |
|----------------------------|-----------------------|
| 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.

¿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? Sí No

¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente? Sí No

¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR?
 Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? No

¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? Sí No

Información Sobre el Niño – Salud

¿Este niño cuenta con seguro médico? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Tribal Cobertura Médica Militar
 ¿Qué tipo?

¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular?
 Sí – Nombre de la clínica/proveedor: Nombre del profesional médico:
 No

¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores?
 Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):
 No Fecha desconocida

¿Este niño cuenta con seguro dental? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Tribal ABCD Cobertura Dental Militar
 ¿Qué tipo?

¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular?
 Sí – Nombre de la clínica/proveedor: Nombre del profesional dental:
 No

¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores?
 Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):
 No Fecha desconocida

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo?
 Completamente vacunado Exento Ni completamente vacunado ni exento 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)?
 Sí – Por favor descríbalo: La afección de salud se considera: Severa Moderada Leve
 No ¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección? Sí No

Información Sobre el Niño – Desarrollo

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo?
 Sí – marque a continuación todas las que correspondan No

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.) | <input type="checkbox"/> Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas | <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Motricidad fina/ motricidad gruesa | <input type="checkbox"/> Dolor/caries dentales/encías que sangran |
| <input type="checkbox"/> Visión | | |

Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa:



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

¿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 tuvo una evaluación y se determinó que era elegible para un IEP, pero estamos esperando que se emita el IEP o se rechacen los servicios.
- Mi hijo ha tenido un IFSP en el pasado pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar.
- 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.
- Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.
- Ninguno

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 |
|--|---|---|
| Primer Nombre | | |
| Apellido(s) | | |
| Relación con el Niño | <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padraastro 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/Padraastro 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"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Identidad de género (opcional) | | |
| Pronombres (opcional) | | |
| 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 Alterno | <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 |



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

| | Padre/Madre/Tutor 1 | Padre/Madre/Tutor 2 |
|---|--|--|
| ¿Usted o algún miembro de su familia tiene ADA u otras necesidades de accesibilidad que podamos satisfacer? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Eres hispana / latina? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a denunciar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a denunciar |
| ¿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"/> Negarse a denunciar <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"/> Negarse a denunciar <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior: |
| ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? | <input type="checkbox"/> 6º grado o menos <input type="checkbox"/> 7º a 12º 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"/> 6º grado o menos <input type="checkbox"/> 7º a 12º 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 |



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

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"/> 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"/> El padre/tutor del niño está/ha estado encarcelado <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"/> Ninguno |
|--|--|---|

El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad

Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso *en útero*

Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso *en útero*

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.

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dueños <input type="checkbox"/> Alquilan | <input type="checkbox"/> Militar – esperando vivienda permanente <input type="checkbox"/> En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia (seleccione una opción a continuación): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.) <input type="checkbox"/> Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En un motel <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar | <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) |
|---|--|

Otro – Por favor describa:



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

Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia

¿Un padre/tutor en su hogar paga manutención de menores legalmente vinculante a otro hogar? Sí No

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) TANF solo para el niño

SNAP/FAP WorkFirst Subsidio para Guardería de Working Connections WIC Ninguno

¿Fue remitido a este programa por una agencia? No Sí – Nombre:

¿Cómo se enteró de este programa?

Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño.

| Nombre [Nombre y Apellido(s)] | Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | Relación con el niño | ¿Esta persona recibe apoyo financiero del padre/tutor del niño? | ¿Está esta persona relacionada con el padre/tutor del niño por sangre, matrimonio o adopción? |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---|---|
| Niño | | Niño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Padre/madre/tutor | | Padre/madre/tutor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Padre/madre/tutor | | Padre/madre/tutor | <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 |

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. Tengo autoridad para inscribir a este niño e informaré todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo exigen los Programas de Aprendizaje Temprano. Si a sabiendas proporciono información falsa, entiendo que es posible que mi familia no pueda continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, es posible que tenga que reembolsar el monto gastado en mi hijo.

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):

Staff Initials:

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)

