

Portada de la Solicitud de aprendizaje temprano

¡Le damos la bienvenida! Complete un paquete de solicitud por cada niño y adjunte los documentos requeridos.

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y los ingresos familiares, no por la fecha en que presentó la solicitud.

Nuestros programas se llenan rápidamente, ¡así que presente su solicitud lo antes posible!

La información en su solicitud es confidencial y se usa únicamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Aprendizaje Temprano.

No requerimos, verificamos ni informamos sobre el estatus migratorio o el estatus ante el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS).

Escanee para obtener más información




Documentos requeridos que se deben adjuntar a la solicitud: Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para completar la solicitud o si no tiene alguno de los documentos requeridos que se enumeran a continuación. Por favor, rellene la solicitud con tinta azul o negra.

Use cualquiera de los siguientes documentos que apliquen:

- 
1 Comprobante de ingresos: Adjunte una copia de su comprobante de ingresos familiares.

- Documentos de ingresos:
 - Declaración de impuestos del año pasado
 - Formularios W-2 del año pasado
 - Liquidaciones de sueldo de los últimos doce meses
- Cartas actuales de beneficios de Seguridad Social complementaria (Supplemental Security Income, SSI)/Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)/Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)


- Subvención de cuidado de crianza
- Manutención infantil recibida durante doce meses
- Carta del empleador que indique su ingreso bruto total de los últimos doce meses.

- 
2 Comprobante del tamaño de la familia: Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Use cualquiera de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos del año pasado
- Documentos de alquiler o vivienda
- Carta de beneficios (TANF, SSI, SNAP, etc.)


- Registro escolar
- Documento judicial o legal

- 
3 Comprobante de la edad del niño: Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Use cualquiera de los siguientes documentos:

- Acta de nacimiento del niño
- Pasaporte/visa
- Documentos de adopción

- Carta de autorización de cuidado de crianza
- Registro de vacunas actualizado
- Lista de padres residentes del Departamento de Correcciones (Department of Corrections, DOC)

- 
4 Comprobante de tutela legal: Adjunte una copia del comprobante de tutela legal.

Use cualquiera de los siguientes documentos:

- Acta de nacimiento
- Pasaporte/visa
- Documentos de adopción
- Registro de cuidado de crianza

- Acuerdo por escrito firmado y fechado por los padres y la persona que asume la responsabilidad de custodia.

- 5 Documentos adicionales según corresponda**
- Registro de vacunas actualizado
 - Programa de Educación Individualizado (Individualized Education Program, IEP)/Plan Individualizado de Servicios Familiares (Individualized Family Service Plan, IFSP) actual
 - Examen médico más reciente del niño sano
 - Examen dental más reciente
 - Comprobante de membresía tribal

- Asegúrese de incluir su comprobante de ingresos. No podemos procesar su solicitud sin esta información.
- Llame a nuestra oficina si recibe documentos distintos a los enumerados anteriormente.

Devuelva su solicitud completa y los documentos a:

Dirección del Centro/Sitio:

Información de contacto:



Staff Only	ChildPlus ID: <input style="width:80%;" type="text"/>	ELMS ID: <input style="width:80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ECEAP <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> EHS	Date Received: <input style="width:90%;" type="text"/>
-------------------	---	--	---	--

Child Information – General | Información general del niño(a)

First Name Nombre de pila: <input style="width:80%;" type="text"/>	Middle Initial Inicial del segundo nombre: <input style="width:80%;" type="text"/>	Last Name(s) Apellido: <input style="width:80%;" type="text"/>
Date of Birth (month/day/year) Fecha de Nacimiento (mes/día/año): <input style="width:80%;" type="text"/>	Gender Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Preferred Name Nombre preferido: <input style="width:80%;" type="text"/>
What is this child's home language? ¿Cuál es el idioma natal de este niño(a)? <input style="width:80%;" type="text"/>		2 nd language 2 ^{do} idioma: <input style="width:80%;" type="text"/>
This child speaks Este niño(a) habla: <input type="checkbox"/> Only English Solamente inglés <input type="checkbox"/> Both English and another language the same (bilingual) Tanto inglés como otro idioma de igual forma (bilingüe) <input type="checkbox"/> Mostly English and another language Inglés mayormente y otro idioma <input type="checkbox"/> *Some English, but mostly another language Algo de inglés, pero mayormente otro idioma <input type="checkbox"/> *Only a language other than English Solo un idioma distinto al inglés		
Child is (Check all that apply) El niño(a)es (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> African/African American/Black Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Alaska Native/Native American/American Indian Nativo de Alaska/nativo americano /indígena americano <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> Decline to Report No deseo responder <input type="checkbox"/> Not listed No listado: <input style="width:80%;" type="text"/>		
What is your family's heritage/tribe/country of origin? ¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia? <input style="width:80%;" type="text"/>		
Staff Only: If this child is applying for ECEAP, and parent has marked Alaska Native/Native American/American Indian, please confirm whether this child is a member or eligible for membership in a Federally recognized tribe.		

This child's previous or current enrollment Este niño(a) estuvo inscrito anteriormente o actualmente en: <input type="checkbox"/> None Ninguno <input type="checkbox"/> No previous preschool enrollment (ages 3-5) No tiene una inscripción previa en un preescolar (edades de 3-5) <input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Parte C, ECLIPSE <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD Program Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en un programa del condado King o Pierce, del estado de Washington, o de PSESD <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD Program Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en otro condado del estado de Washington, no en un programa de PSESD <input type="checkbox"/> Previous preschool enrollment (ages 3-5) Inscripción previa en un preescolar (edades de 3-5) <input type="checkbox"/> Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State Head Start para migrantes/de temporada en cualquier lugar del estado de Washington	
Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ¿Este niño(a) se encuentra inscrito(a) actualmente en un cupo comunitario dentro de este plantel? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	
Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ¿Este niño(a) es hermano o hermana de otro niño(a) inscrito en el programa que está solicitando? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	



Child's First Name | **Nombre de pila del niño(a)**: Error! Reference source not found. Child's Last Name | **Apellido del niño(a)**: Error! Reference source not found.

Foster or Kinship Care: Has this child ever been in foster, kinship or orphanage care? Cuidado de acogida o con un familiar: ¿Este niño(a) ha estado alguna vez en un cuidado de acogida, con un familiar o en un orfanato? Yes | Sí No | No

If yes, please answer the following questions | Si la respuesta es sí, responda las siguientes preguntas:*

Is this child in official foster care or kinship care **with** a foster care payment? | ¿Este niño(a) se encuentra en un cuidado de acogida o con un familiar **que recibe** pago por el cuidado de acogida? Yes | Sí No | No

- If yes, what is the Case Number or Client ID Number? Si la respuesta es sí, ¿cuál es el número de caso o número de identificación del cliente?

- What is the monthly payment amount and source? ¿Cuál es el monto mensual del pago y la fuente? \$ DSHS SSI Tribe | tribal Other | Otro

of children covered by payment amount | Cantidad de niños(a) que este pago cubre:

* Is this child in kinship care **without** a payment amount? | ¿Este niño(a) se encuentra en cuidado con un familiar **que no recibe** pago? Yes | Sí No | No

* Was this child adopted after foster or kinship care, or from orphanage in another country? | ¿Este niño(a) fue adoptado(a) después de haber estado en un cuidado de acogida o con un familiar o en un orfanato en otro país? Yes | Sí No | No

* Was this child recently reunited with parent(s) after foster care or kinship care? | ¿Este niño(a) fue reunido(a) con sus padres después de haber estado en cuidado de acogida o con un familiar? Yes | Sí No | No

The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program. | Las siguientes preguntas son únicamente para fines informativos y no afectarán su elegibilidad ni su inscripción en el programa

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? | ¿Recibe actualmente su familia servicios o apoyo de los Servicios de Protección Infantil (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR), Bienestar Infantil Indígena (ICW), servicios tribales comparables o de las autoridades/tribunales? Yes | Sí No | No

Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? | ¿Ha recibido su familia servicios o apoyo de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables o de las autoridades/tribunales en el pasado? Yes | Sí No | No

Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR? | ¿Su familia está aprobada actualmente para recibir cuidado infantil a través de CPS o FAR?

Yes | Sí – How many approved hours per week? | ¿Cuántas horas a la semana han sido aprobadas? No | No

Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior? | ¿Alguna vez se le ha pedido a este niño(a) que se salga de un programa de educación temprana debido a su comportamiento? Yes | Sí No | No

Child Information – Health Información de la salud del niño(a)

Does this child have medical insurance? | ¿Este niño o niña tiene seguro médico? Yes | Sí No | No

If yes, what type? | Si es así, ¿qué tipo? Washington Apple Health/ProviderOne Private Insurance | Seguro privado Tribal | Tribal Military Medical Coverage | Cobertura médica militar

Does this child have a regular doctor or medical clinic? | ¿Este niño(a) tiene un doctor o clínica médica regular?

Yes - Name of clinic/provider | Sí - nombre de la clínica/proveedor:

No - Name of medical profesional | No-nombre del profesional médico:



Child's First Name Nombre de pila del niño(a) Error! Reference source not found.	Child's Last Name Apellido del niño(a): Error! Reference source not found.
---	---

Does this child have dental insurance? | ¿Este niño(a) tiene seguro dental? Yes | **Sí** No | **No**

If yes, what type? | **Si es así, ¿qué tipo?**

<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Private Insurance Seguro privado	<input type="checkbox"/> Tribal Tribal	<input type="checkbox"/> ABCD	<input type="checkbox"/> Military Dental Coverage Cobertura dental militar
--	---	--	-------------------------------	--

Does this child have a regular dentist or dental clinic? | ¿Este niño(a) tiene un dentista o clínica dental regular?

Yes - Name of clinic/provider | **Sí - nombre de la clínica/proveedor(a):**

No - Name of dental profesional | **No - nombre del profesional dental:**

What is your child's immunization status? | ¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo(a)? Fully immunized | **Está completamente vacunado(a)** Exempt | **Está exento(a)** Not fully immunized, not exempt | **No está completamente vacunado(a), ni exento(a)** Not sure | **No estoy seguro (a)**

Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)? | ¿Este niño(a) padece de alguna enfermedad crónica (que puede incluir salud mental, asma, cáncer, diabetes, convulsiones, TDAH, autismo, espina bifida, anemia falciforme o alergias potencialmente mortales)?

Yes – Please describe | **Sí – descríbala:**

The health condition is considered | **Este padecimiento de salud se considera:** Severe | **Severo** Moderate | **Moderado** Mild | **Leve**

Has a Health Care Provider diagnosed this condition? | ¿Esta condición ha sido diagnosticada por un proveedor(a) de salud? Yes | **Sí** No | **No**

No | **No**

Child Information – Development | Información sobre la salud del niño(a)

Do you have concerns about this child's health? | ¿Tiene alguna inquietud sobre la salud de este niño(a)? Yes – check all that apply below | **Sí – a continuación marque todas las que correspondan** No | **No**

<input type="checkbox"/> Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.) bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.)	<input type="checkbox"/> Preterm birth less than 37 weeks Nacimiento prematuro menos de 37 semanas	<input type="checkbox"/> Drug/alcohol affected Afectado por drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Hearing Audición	<input type="checkbox"/> Fine motor/gross motor Motricidad fina/motricidad gruesa	<input type="checkbox"/> Tooth pain/decay/bleeding gums Dolor de diente(s)/caries/hemorragia de las encías
<input type="checkbox"/> Vision Visión	<input type="checkbox"/> Food intolerance/special diet – Please describe Intolerancia alimentaria/dieta especial - describa:	



Child's First Name Nombre de pila del niño(a) Error! Reference source not found.	Child's Last Name Apellido del niño(a): Error! Reference source not found.
---	---

Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
Phone Teléfono <input type="checkbox"/> Home Casa <input type="checkbox"/> Cell Celular <input type="checkbox"/> Work Empleo	Phone Teléfono <input type="checkbox"/> Home Casa <input type="checkbox"/> Cell Celular <input type="checkbox"/> Work Empleo
Alternate Phone Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Home Casa <input type="checkbox"/> Cell Celular <input type="checkbox"/> Work Empleo	Alternate Phone Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Home Casa <input type="checkbox"/> Cell Celular <input type="checkbox"/> Work Empleo
Email Correo electrónico	Email Correo electrónico
Were you under age 18 when this child was born? ¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño(a)? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> N/A N/A	Were you under age 18 when this child was born? ¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño(a)? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> N/A N/A
What language(s) do you speak? ¿Qué idioma(s) habla?	What language(s) do you speak? ¿Qué idioma(s) habla?

Does this child have a **current and active** Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Program (IFSP)? | ¿Este niño(a) tiene un Plan Educativo Individual (IEP) o un Programa de Servicio Familiar Individual (IFSP)?

Yes | Sí – Please provide a copy with your application. [Proporcionémos una copia de su solicitud](#)

No | No – Check if any of these apply | [Marque si alguna de estas opciones corresponden:](#)

- My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services | [Mi hijo\(a\) recibió una evaluación y se determinó que es elegible para un IEP, pero estamos esperando a que el IEP sea emitido o a que se niegue el servicio.](#)
- My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district. | [Mi hijo\(a\) tuvo un IFSP anteriormente, pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar.](#)
- My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation. | [Mi hijo\(a\) tiene un retraso o una discapacidad del desarrollo diagnosticada sin un IEP, o se le está refiriendo para una evaluación.](#)
- My child has a suspected developmental delay or disability. | [Mi hijo\(a\) tiene un posible retraso o discapacidad del desarrollo.](#)
- I have concerns about my child's development. | [Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo\(a\).](#)
- None apply | [Ninguna de las anteriores corresponden al caso.](#)

Parent/Guardian Information | Información sobre el padre/madre/tutor(a)

This child lives with | [Este niño\(a\) vive con:](#)

One parent/guardian with primary custody (**complete Parent/Guardian 1**) | [Un solo padre/madre/tutor\(a\) con la custodia principal \(llene la sección Padre/madre/tutor\(a\) 1\)](#)

Two parents/guardians in the same household (**complete Parent/Guardian 1 & 2**) | [Dos padres/madres/tutores dentro del mismo hogar \(llene la sección Padre/madre/tutor\(a\) 1 y 2\)](#)

Two parents/guardians in two households, one parent/guardian with primary custody (**complete Parent/Guardian 1**) | [Dos padres/madres/tutores en dos hogares, con un solo padre/madre/tutor\(a\) con la custodia principal \(llene la sección Padre/madre/tutor\(a\) 1\)](#)

Two parents/guardians in two households with equally shared time and custody (**complete Parent/Guardian 1 & 2**) | [Dos padres/madres/tutores en dos hogares con tiempo y custodia compartida de manera equitativa \(llene la sección Padre/madre/tutor\(a\) 1 y 2\)](#)



Early Learning Application 2026-2027

Solicitud para la Educación Temprana 2026-2027

Child's First Name Nombre de pila del niño(a): Error! Reference source not found.	Child's Last Name Apellido del niño(a): Error! Reference source not found.
--	---

Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
First Name Nombre de pila	First Name Nombre de pila
Last Name(s) Apellido(s)	Last Name(s) Apellido(s)
Relationship to child Relación con el niño(a) <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent Biológica/adoptiva/padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Foster Parent Padre o madre de acogida <input type="checkbox"/> Grandparent Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Aunt/Uncle Tía o tío <input type="checkbox"/> Other Otra:	Relationship to child Relación con el niño(a) <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent Biológica/adoptiva/padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Foster Parent Padre o madre de acogida <input type="checkbox"/> Grandparent Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Aunt/Uncle Tía o tío <input type="checkbox"/> Other Otra:
Gender Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Gender Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date of Birth (month/day/year) (Fecha de nacimiento (mes/día/año))	Date of Birth (month/day/year) Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Address (include City, State, Zip) Dirección (incluya ciudad, estado, código postal)	Address (include City, State, Zip) Dirección (incluya ciudad, estado, código postal)

	Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
Do you need an English interpreter? ¿Necesita intérprete?	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support? ¿Usted o alguien en su familia tienen necesidades de ADA (discapacidades) o de accesibilidad en las que le podemos apoyar?	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
You are (Check all that apply) Usted es (marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> African/African American/Black Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Alaska Native/Native American/American Indian Nativo de Alaska/nativo americano / indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> Decline to Report Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Not listed above No aparece anteriormente:	<input type="checkbox"/> African/African American/Black Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Alaska Native/Native American/American Indian Nativo de Alaska/nativo americano / indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> Decline to Report Prefiero no responder



	Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
		<input type="checkbox"/> Not listed above No aparece anteriormente No aparece anteriormente:



	Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
What is the highest level of education you completed? ¿Cuál es el nivel más alto de educación que terminó?	<input type="checkbox"/> 6 th grade or less 6.º grado o menos <input type="checkbox"/> 7 th to 12 th grade, no diploma and no GED 7.º a 12.º grado, sin diploma y sin GED <input type="checkbox"/> High school diploma Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED GED <input type="checkbox"/> Some college/advanced training Algunos estudios universitarios/capacitación avanzada <input type="checkbox"/> Professional certificate Certificado profesional <input type="checkbox"/> Associate degree Título de asociado <input type="checkbox"/> Bachelor's degree Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Master's or doctorate degree Título de maestría o doctorado <input type="checkbox"/> None Ninguno	<input type="checkbox"/> 6 th grade or less 6.º grado o menos <input type="checkbox"/> 7 th to 12 th grade, no diploma and no GED 7.º a 12.º grado, sin diploma y sin GED <input type="checkbox"/> High school diploma Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED GED <input type="checkbox"/> Some college/advanced training Algunos estudios universitarios/capacitación avanzada <input type="checkbox"/> Professional certificate Certificado profesional <input type="checkbox"/> Associate degree Título de asociado <input type="checkbox"/> Bachelor's degree Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Master's or doctorate degree Título de maestría o doctorado <input type="checkbox"/> None Ninguno
Are you currently employed? ¿Cuenta con un empleo en este momento?	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week (including travel)? Sí, ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el tiempo de traslado) Employer Empleador: <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> No, retired or disabled No, jubilado(a) o discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Seasonal De temporada	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week (including travel)? Sí, ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el tiempo de traslado) Employer Empleador: <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> No, retired or disabled No, jubilado(a) o discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Seasonal De temporada
Are you currently in job training or school? ¿Actualmente se encuentra participando en una capacitación de empleo o en la escuela?	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Sí, ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el tiempo de clases, estudio y traslado) Escuela: <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Sí, ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el tiempo de clases, estudio y traslado) Escuela: <input type="checkbox"/> No No
Are you in an approved WorkFirst activity? ¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por Workfirst?	<input type="checkbox"/> Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week Sí - Describa la actividad y la cantidad de horas aprobadas por semana: <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week Sí - Describa la actividad y la cantidad de horas aprobadas por semana: <input type="checkbox"/> No No



	Parent/Guardian 1 Padre/Madre/Tutor(a) 1	Parent/Guardian 2 Padre/Madre/Tutor(a) 2
Are you or have been in the U.S. military? ¿Está o ha estado en el ejército militar de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Yes, current service member Sí, actualmente en el servicio <input type="checkbox"/> Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months Sí, actualmente en un desplazamiento o he estado en los últimos 12 meses/por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Yes, veteran Sí, veterano(a) <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes, current service member Sí, actualmente en el servicio <input type="checkbox"/> Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months Sí, actualmente en un desplazamiento o he estado en los últimos 12 meses/por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Yes, veteran Sí, veterano(a) <input type="checkbox"/> No No

Family Concerns | Preocupaciones de la familia

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household. | Marque las áreas de inquietud que tiene para usted o para su familia en su hogar.

- Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is | Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica de salud física o mental y:
 - Unable to engage in work/school/family life | Es incapaz de participar en trabajo/escuela/ vida familiar
 - Somewhat able to engage in work/school/ family life | Es ligeramente capaz de participar en trabajo/escuela/vida familiar
 - Mostly able to engage in work/school/family life | Es capaz, en su mayoría, de participar en trabajo/escuela/vida familiar
- Child’s parent/guardian has learning difficulties, no disability | El padre/madre/tutor(a) del niño(a) tiene dificultades de aprendizaje pero sin discapacidad
- Household domestic violence (past or current), including in útero | Violencia doméstica dentro del hogar (anterior o actualmente), incluyendo durante la gestación
- Household drug/alcohol concerns or substance use/misuse (past or
- Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others | La familia está socialmente aislada, con una falta total o casi total de contacto con otras personas.
- Child’s parent/guardian has concern for getting or keeping a job | El padre/madre/tutor(a) del niño(a) tiene preocupación por obtener o mantener un empleo
- Family has legal concerns | La familia tiene inquietudes legales
- Child has a family member who attended Indian Boarding School | El niño(a) tiene un familiar que asistió a un internado de origen indígena
- Child’s parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work | El padre /madre /tutor(a) del niño(a) trabaja en un empleo migrante o de temporada con más de la mitad del ingreso familiar proviniendo de la agricultura
- Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agriculture or fishing) | El padre/madre/tutor(a) y el niño(a) se mudaron para participar en prácticas
- Child’s parent/guardian is/has been incarcerated during child’s lifetime | El padre/madre/tutor(a) del niño(a) ha estado encarcelado(a) durante toda la vida del niño(a).
- Loss of a parent (death, abandonment) | Pérdida del padre o madre (por muerte o abandono)
- Child’s parents/guardians divorced or separated during child’s life | El padre y la madre/tutores del niño(a) se divorciaron o separaron durante la vida del niño(a).
- Family was previously homeless (in the last 12 months) | La familia anteriormente estuvo sin hogar (por lo menos durante los últimos 12 meses)
- Family has concerns with housing | La familia tiene preocupaciones de vivienda
- None | Ninguna



current), including *in útero* | Preocupaciones en el hogar relacionadas con drogas/alcohol o uso/mal uso de sustancias (pasado o actual), incluyendo durante la gestación.

culturales tradicionales o por un empleo (de temporada en la agricultura o la pesca).

Family Living Situation | Situación de vivienda de la familia

Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? | ¿Este hogar recibe vivienda subsidiada, como un vale de vivienda o asistencia monetaria para la vivienda? Yes | Sí No | No

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.** | ¿Cuál es la situación de vivienda actual de su familia? **La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños(as) y jóvenes que están atravesando por una falta de vivienda. Sus respuestas pueden ayudarnos a determinar los servicios que su hijo(a) podría recibir.**

- Own | Vivienda propia
- Temporary Military Housing | Vivienda militar temporal
- Rent | Alquilada
- In someone else’s house or apartment with another family (select one option below) | Están viviendo en la casa o apartamento de alguien más con otra familia (elija una opción de las que aparecen a continuación)
 - By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.) | Por elección (ej., para compartir responsabilidades, para estar cerca de la familia, etc.)
 - Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason | Debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar
- In a motel | En un motel
- Transitional Housing | Vivienda de transición
- In a shelter | En un refugio
- Moving from place to place/couch surfing | Mudándose de un lugar a otro/ alojamiento temporal con otras personas como amistades o familiares
- A car, park, campsite, or similar location | En un carro, parque, sitio para acampar o ubicación similar
- In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity) | En una vivienda con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción o electricidad)
- Other – Please describe | Otro - describa:

Family Income and Family Size | Ingreso familiar y tamaño de la familia

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? | ¿El padre/madre o tutor(a) en su hogar paga manutención infantil legalmente obligatoria a otro hogar? Yes | Sí No | No



Early Learning Application 2026-2027

Solicitud para la Educación Temprana 2026-2027

Child's First Name Nombre de pila del niño(a): Error! Reference source not found.	Child's Last Name Apellido del niño(a): Error! Reference source not found.
--	---

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. | Marque todas las opciones que correspondan si usted, este niño(a) u otra persona que vive en su hogar y que está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción recibe estos tipos de asistencia pública

- SSI for disability received by | SSI por discapacidad recibida por: Child | Niño(a) Parent/Guardian | Padre/madre, tutor(a) Other – Relationship to child | Otro – relación con el niño(a):
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash | Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en efectivo Child-only TANF | TANF solamente para el niño(a)
- Basic Food (SNAP/FAP) | Alimentación Básica (SNAP/FAP) WorkFirst | Programa WorkFirst Working Connections Child Care subsidy | Subsidio de cuidado infantil de Working Connections WIC | Programa WIC None | Ninguno

Were you referred to this program by an agency? ¿Alguna agencia le refirió a este programa? No | No Yes – Name | Sí - nombre:

How did you find out about this program? | ¿Cómo se enteró de este programa?

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

Name (First and Last) Nombre (de pila y apellido)	Birthdate (month/day/year) Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Relationship to child Relación con el niño(a)		
Applying Child Niño(a) solicitante:		Applying Child Niño(a) solicitante	Yes Sí	Yes Sí
			Are you the applying child's biological or adoptive parent? ¿Es usted el padre/madre biológico o adoptivo del niño(a) solicitante?	If no, are you married to the parent/guardian of the applying child? Si no, ¿está usted casado(a) con el padre/madre o tutor del niño(a) solicitante?
Parent/Guardian Padre/madre/tutor(a):		Parent/Guardian Padre /madre/ tutor(a)	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No



Parent/Guardian Padre/madre/tutor(a):		Parent/Guardian Padre /madre/ tutor(a)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
Additional household members Miembros del hogar adicionales:			<input type="checkbox"/> Is this person financially supported by parent/guardian of child? ¿Esta persona recibe apoyo económico del padre/madre o tutor(a) del niño(a)?	<input type="checkbox"/> Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption? ¿Esta persona está relacionada con el padre/madre o tutor(a) del niño(a) por consanguinidad, matrimonio o adopción?
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No

I promise that the information on this form is true and correct. I have authority to enroll this child and will report 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. | **Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. Tengo la autoridad para inscribir a este niño(a) y reportaré todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo requieren los Programas de Educación Temprana. Si proporciono información falsa intencionalmente, entiendo que es posible que mi familia no pueda continuar recibiendo los servicios del programa. Además, si mi hijo(a) está inscrito(a) en ECEAP, podría tener que reembolsar el monto gastado en él o ella.**

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 these databases or shared with state or federal agencies. Information in these databases may be used for the following | **Entiendo que la información de esta solicitud se ingresa en varias bases de datos de la Educación Temprana operadas por el Departamento de Niños(as), Jóvenes y Familias (DCYF) y el Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos con la protección de la información confidencial y personal que podría identificar a un niño(a) o familia. Ninguna información relacionada con el estatus migratorio se ingresa en estas bases de datos ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en estas bases de datos puede utilizarse para lo siguiente:**

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life. | **Estudios de investigación para determinar si la participación en programas de Educación Temprana ayuda a los niños(a) más adelante en la vida.**
- 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. | **Para demostrar que el estado de**



Early Learning Application 2026-2027

Solicitud para la Educación Temprana 2026-2027

Washington invierte parte de sus propios fondos en programas para familias, lo cual es un requisito para recibir fondos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) del gobierno federal.

Parent/Guardian Signature | Firma del padre/madre/tutor(a) _____

Date | 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)

