



2023 – 2024

ECEAP APLICACIÓN PARA PREESCOLAR

Primer nombre legal del niño:	Segundo nombre legal del niño:	Apellido legal del niño:
Fecha de nacimiento del niño:	Apodo del niño; ( si lo tiene)	Identidad de genero del niño:

¿Este niño es miembro de una nación tribal?  Sí  No

EDAD ELEGIBLE PARA ECEAP

- 3 años– debe cumplir los 3 a más tardar el 8/31/2023.
- 4 años– debe haber nacido entre 9/1/2018 y 8/31/2019.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA APLICACIÓN (por favor adjúntelos)

- Copia del certificado de nacimiento del niño  Comprobante del numero de miembros en el hogar
- 2022 copia de los impuestos (forma 1040) y/o todas las 2022 W2's, o  Talones de cheque de los últimos 12 meses
- Tutoría legal/autoridad para inscribirlo (si es aplicable) .
- Otras verificaciones de ingresos (si es aplicable):
  - ° Pagos de manutención infantil, ° Beneficios de desempleo, ° Worker's compensations
  - ° Ayuda de TANF , ° SSI, ° SSDI, ° Seguro social

NOTA  si su ingreso ha disminuido, por favor adjunte 1 (un) mes completo de talones de cheques recientes

COMPROBANTE DE MIEMBROS DE FAMILIA EN EL HOGAR

- ° Impuestos forma 1040 , ° Cartas de DSHS , ° Contrato de renta o esta aplicación firmada y con fecha .
- ° Formulario de colocación en cuidado de crianza, con el número de caso y el monto de la subvención mensual (si corresponde).

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA INSCRIPCION

- Certificado de vacunas ( forma CIS)
- Copia del último examen físico, realizado dentro de los últimos 12 meses.
- Copia del IEP "si es aplicable."

Para completar el proceso de solicitud, necesitamos ver los documentos de verificación para determinar la elegibilidad, la prioridad y las opciones del programa. La solicitud de su hijo no puede procesarse hasta que se reciban todos los documentos. Si tiene preguntas, llame al número de teléfono en la tarjeta adjunta o al 509-544-5704.

Por favor, encierre con un círculo la ciudad que le interesa

BURBANK – BENTON CITY CARRUSEL – CONNELL – COLLEGE PLACE – FINLEY – MESA  
MOSES LAKE – OTHELLO – PASCO – PRESCOTT – PROSSER – TOUCHET – WALLA WALLA

Solamente para Pasco : centro que prefiere (anote su prioridad 1, 2, 3)

Early Learning Center: 1315 N 7 <sup>th</sup> Ave. Pasco	* AM 9:30 a 12:10 / PM 1:00 a 3:40
Lakeview: 1751 S Road 40 E. Pasco	* De 8:00 am a 3:00 pm
Rosalind Franklin Elementary: 6010 Road 52 Pasco	* De 8:00 am a 3:00 pm
Virgie Robinson Elementary: 125 S Wehe Ave. Building B Pasco	* De 8:15 am a 3:15 pm
Whittier Elementary: 616 N Wehe Ave. Pasco	* De 8:00 am a 3:15 pm

\* EL HORARIO PUEDE CAMBIAR





**Idioma**— Este niño habla (seleccione uno):

Primer idioma del niño: \_\_\_\_\_ Segundo idioma del niño (si es que aplica): \_\_\_\_\_

- El niño solo habla inglés  Principalmente inglés y algo de otro idioma familiar  
 Algo de inglés, y principalmente otro idioma familiar  Inglés y otro idioma a nivel apropiado para su edad (bilingüe)  
 Solamente el idioma familiar distinto al inglés

**¿Este niño es Hispano/Latino?**

Sí  No (Si respondió sí, marque todo lo que aplique)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> argentino                      | <input type="checkbox"/> guatemalteco        | <input type="checkbox"/> puertorriqueño        |
| <input type="checkbox"/> boliviano                      | <input type="checkbox"/> hondureño           | <input type="checkbox"/> salvadoreño           |
| <input type="checkbox"/> chileno                        | <input type="checkbox"/> mexicano o mexicana | <input type="checkbox"/> español               |
| <input type="checkbox"/> Colombiano Americano (Chicano) | <input type="checkbox"/> uruguayo            | <input type="checkbox"/> venezolano            |
| <input type="checkbox"/> costarricense                  | <input type="checkbox"/> nicaragüense        | <input type="checkbox"/> latinoamericano       |
| <input type="checkbox"/> cubano                         | <input type="checkbox"/> panameño            | <input type="checkbox"/> Otra hispana o latina |
| <input type="checkbox"/> dominicano                     | <input type="checkbox"/> peruana             | (describe): _____                              |
| <input type="checkbox"/> ecuatoriano                    |  |  |

**¿A que raza(s) considera que pertenece este niño? (Marque todas las que correspondan)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Nepali              | <input type="checkbox"/> Skokomish                |
| <input type="checkbox"/> Blanco                     | <input type="checkbox"/> Pakistani           | <input type="checkbox"/> Snoqualmie               |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska           | <input type="checkbox"/> Singaporean         | <input type="checkbox"/> Spokane                  |
| <input type="checkbox"/> Aleut (Unangan)            | <input type="checkbox"/> Sri Lankan          | <input type="checkbox"/> Squaxin Island           |
| <input type="checkbox"/> Alutiq                     | <input type="checkbox"/> Taiwanese           | <input type="checkbox"/> Suquamish                |
| <input type="checkbox"/> Athabaskan                 | <input type="checkbox"/> Thai                | <input type="checkbox"/> Stillaguamish            |
| <input type="checkbox"/> Eskimo (Inupiaq or Yupik)  | <input type="checkbox"/> Vietnamese          | <input type="checkbox"/> Swinomish                |
| <input type="checkbox"/> Eyak                       | <input type="checkbox"/> Otro Asiático       | <input type="checkbox"/> Upper Skagit             |
| <input type="checkbox"/> Haida                      | (describe) _____                             | <input type="checkbox"/> Yakima                   |
| <input type="checkbox"/> Tlingit                    | <input type="checkbox"/> Indio Americano     | <input type="checkbox"/> Otro Indio Americano     |
| <input type="checkbox"/> Tsimshian                  | <input type="checkbox"/> Chehalis            | (describe) _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Otro Nativo de Alaska      | <input type="checkbox"/> Colville            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra   |
| (describe) _____                                    | <input type="checkbox"/> Hoh                 | Isla del Pacífico                                 |
| <input type="checkbox"/> Asiática                   | <input type="checkbox"/> Jamestown S'Klallam | <input type="checkbox"/> Fijian                   |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi                | <input type="checkbox"/> Kalispel            | <input type="checkbox"/> Guamanian                |
| <input type="checkbox"/> Cambodian                  | <input type="checkbox"/> Lower Elwha Klallam | <input type="checkbox"/> Kosraean                 |
| <input type="checkbox"/> Chinese                    | <input type="checkbox"/> Lummi               | <input type="checkbox"/> Marshall Islander        |
| <input type="checkbox"/> Filipino                   | <input type="checkbox"/> Makah               | <input type="checkbox"/> Melanesian               |
| <input type="checkbox"/> Hmong                      | <input type="checkbox"/> Muckleshoot         | <input type="checkbox"/> Micronesian              |
| <input type="checkbox"/> Indonesian                 | <input type="checkbox"/> Nisqually           | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian          |
| <input type="checkbox"/> Japanese                   | <input type="checkbox"/> Nooksack            | <input type="checkbox"/> Papua New Guinean        |
| <input type="checkbox"/> Korean                     | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam | <input type="checkbox"/> Samoan                   |
| <input type="checkbox"/> Laotian                    | <input type="checkbox"/> Puyallup            | <input type="checkbox"/> Tahitian                 |
| <input type="checkbox"/> Madagascar                 | <input type="checkbox"/> Quileute            | <input type="checkbox"/> Tongan                   |
| <input type="checkbox"/> Malayan                    | <input type="checkbox"/> Samish              | <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Mongolian                  | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay      | (describe) _____                                  |
- Se negó a informar el grupo étnico del niño
- Se negó a informar la raza del niño

**Miembros del hogar**

Por favor, escriba la información de todas las personas que vivan en el hogar que se pueden contar en el tamaño de la familia

- Responda las preguntas sobre el apoyo financiero y parentesco. (Por favor, encierre en un círculo su respuesta).

Para las familias que viven temporalmente con parientes u otras personas, no incluya anfitriones.

Para familias con dos hogares cuando hay custodia compartida sin padre/madre principal y sin manutención de niños

- Ingrese los miembros del hogar para ambos hogares en el gráfico a continuación.
- Marque los miembros del segundo hogar en la columna de parentesco (es decir, padre – segundo hogar).
- Luego, responda las preguntas sobre el apoyo financiero y el parentesco. (Marque con un círculo su respuesta).

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño de ECEAP	¿El padre/madre o tutor del niño de ECEAP mantiene financieramente a esta persona? *Vea la nota a continuación para personas de 19 años o mayor. (sí o no)		¿Está esta persona emparentada con el padre/madre o tutor del niño de ECEAP por sangre, matrimonio o adopción? (sí o no)	
				Sí	No	Sí	No
Niño de ECEAP				Sí		Sí	
Padre/madre/ tutor:				Sí		Sí	
Padre/madre/tutor:				Sí		Sí	

\* Responda No para una persona de 19 años o mayor que tenga ingresos devengados o no devengados que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

El personal utilizará esta información para calcular el tamaño de la familia para determinar el ingreso medio estatal (SMI).

**Para uso exclusivo del personal:**

Tamaño de la familia para la tabla SMI \_\_\_\_\_

Para niños en cuidado de crianza, cuidado de parientes o adoptados después de cuidado de crianza/parientes o que viven en un orfanato en otro país, cuente el tamaño de la familia como 1.

Para todos los demás, cuente a las personas que respondieron Sí en las dos preguntas anteriores.

**Información de los padres/tutor**

Nombre del padre/madre/tutor primario 1: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés?  Sí  No

¿Si contesto que sí, ¿qué idioma(s) habla? \_\_\_\_\_

Dirección física # de depto. Ciudad Estado Código

Dirección postal (si es diferente) # de depto. City Estado Código

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor 2: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Otro contacto 3: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Otro contacto 4: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

**El niño vive con:**

**Un padre/madre/tutor (Nombre):** \_\_\_\_\_ *Vaya a la siguiente página*

*Uno de los padres es una persona que vive con un niño o niños y que no tiene cónyuge o pareja de hecho, o que no comparte la custodia del niño con otra persona. Si el niño divide el tiempo entre dos padres, pase a dos padres/tutores en dos hogares.*

**Dos padres/tutor en el mismo hogar (Nombres):** \_\_\_\_\_

*Vaya a la siguiente página*

**Dos padres/tutores en dos hogares distintos**

*Si está marcado, responda estas preguntas para determinar qué ingreso de los padres se cuenta para la elegibilidad de ECEAP.*

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

Si la respuesta es sí, ¿Cuál de los padres tiene la custodia primaria? \_\_\_\_\_

Cónyuge del padre/madre, si tiene alguno: \_\_\_\_\_ *(Pase a la página siguiente y considérela como padre/madre/tutor # 2)*

Si no, ¿uno de los padres recibe del otro hogar pagos de manutención de niños ordenado por la corte?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué padre/madre recibió los pagos de manutención infantil? \_\_\_\_\_

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

No incluya a sus cónyuges.

**Escriba aquí el nombre de los padres/tutores legales:**

Hogar 1: \_\_\_\_\_ Hogar 2: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres/tutores hogar 2 (requerido)**

Dirección física # de depto. Ciudad Estado Código

Dirección postal (si es diferente) # de depto. City Estado Código

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

**Empleo/capacitación y otras actividades de los padres**

Responda las siguientes preguntas para cada padre/madre o tutor mencionado en las páginas anteriores.

No cuente el mismo hogar en más de una categoría. Por ejemplo:

- No cuente las mismas horas de la semana tanto en el empleo como en WorkFirst.
- No cuente las mismas horas de cuidado infantil de CPS por separado para dos padres.

	Padre/madre/tutor #1 Nombre: _____	Padre/madre/tutor #2 Nombre: _____
¿Tiene trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si respondió sí, promedio de horas pagadas por semana:</b>		
<b>Si respondió sí, anote el nombre del empleador (no escriba "desconocido o n/a)</b>		
<b>Si respondió sí, anote el teléfono del empleador o email</b>		
¿Asiste a la escuela o capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si respondió sí, número de horas de clases a la semana</b>		
<b>Si respondió sí, número de horas de estudios a la semana (máximo 10)</b>		
<b>Si respondió sí, anote el nombre de la escuela u organización de capacitación</b>		
<b>Si respondió sí, anote el objetivo o carrera:</b>		
¿Traslado entre la guardería y su escuela/trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si respondió sí, número de horas a la semana (máximo 10)</b>		
¿CPS/FAR/ICW horas de cuidado infantil no contadas arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Horas adicionales por semana aprobadas por CPS/FAR/ICW para el cuidado de niños</b>		
¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si respondió sí, anote la actividad:</b>		
<b>Si respondió sí, horas totales a la semana:</b>		
¿Padre, madre con discapacidad que no puede trabajar y no puede cuidar al niño mientras el otro padre/madre 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>		

**¿Cómo se enteró de ECEAP?**

- DCYF website   
  Evento de la comunidad   
  Volante   
  Postal/correo   
  Empleado de ECEAP  
 De boca en boca   
  Medio de comunicación   
  Trabajador social o Agencia de la Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Otro – describa: \_\_\_\_\_

**Situación del hogar**

- ¿Su hogar recibe subsidio de vivienda, por ejemplo, vale para vivienda o asistencia en efectivo para vivienda?  
 Sí  No
- ¿Su hogar actualmente recibe subsidio para el cuidado de este niño a través de Working Connections?  
 Sí  No

**Ingresos recibidos por los padres o tutores del niño**

Para niños en crianza temporal, cuidado familiar o adoptados después del cuidado familiar, llene este cuadro y pase a la siguiente sección.

- Subvención mensual o pago por cuidado de crianza, cuidado por parientes o manutención adoptiva \$ \_\_\_\_\_
- Número de niños cubiertos por esta subvención o pago: \_\_\_\_\_  
 Número de caso o número de identificación del cliente, si corresponde: \_\_\_\_\_  
 Fuente de pago:  DSHS  SSI  Tribu  Otro: \_\_\_\_\_

¿Los padres/tutores recibieron ingresos durante el último año calendario o durante los 12 meses anteriores?  Sí  No  
 Si no, proporcione la razón por la que no hay ingresos y explique cómo se satisfacen las necesidades básicas:

Escriba todos los ingresos familiares durante un año en el cuadro a continuación.

Selección:  Año calendario anterior  12 meses anteriores

Persona con ingresos (nombre)	Tipo de Ingresos	Cantidad semanal	# de semanas que recibió	Cantidad mensual	# de meses que recibió	Cantidad anual \$
	W-2 (más reciente)					
	W-2 (más reciente)					
	Declaración de impuestos (1040) o Transcripción del IRS (línea 9)					
	Declaración de impuestos (1040) o Transcripción del IRS (línea 9)					
	Recibo de nómina de 12 meses					
	Recibo de nómina de 12 meses					
	Manutención para niños recibida, si lo requiere una orden de manutención para niños					
	Ingreso por discapacidad, incluyendo SSI					
	Declaración de permisos e ingresos militares (LES). Cuente todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH, y HFP/IDP.					
	Ingreso neto por trabajo independiente					
	Beneficios de Seguro Social o jubilaciones					
	Pagos de seguro con regularidad (no pagos únicos)					
	Subsidio de TANF Estatal o Tribal					
	Pagos en efectivo de ayuda de emergencia					
	Desempleo					
	Incapacidad laboral (L&I)					
	Ingreso tribal (que causa impuestos)					
	Estipendio para capacitación					
	Becas, subsidios o subvención para gastos de subsistencia					
					<b>SUBTOTAL \$</b>	
<b>Reste</b>	Manutención para niños pagada a otro hogar, si lo requiere una orden legal de manutención para niños				-	
					<b>TOTAL \$</b>	



¿Aún recibe los ingresos de la página anterior?  Sí  No *si respondió sí, pase a la siguiente sección.*

Si no, y sus circunstancias han cambiado recientemente, explique:

- Pérdida del asalariado  Divorcio o separación  Pérdida de trabajo no planificada  
 Horas de trabajo reducidas  Salud/Lesiones  Pérdida de beneficios  
 Pérdida de trabajo: falta de acceso o capacidad para pagar el cuidado de niños para recién nacidos  Circunstancias inesperadas similares (explique): \_\_\_\_\_

Padre/Tutor 1: ¿Cuál es su ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Para qué mes: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor 2: ¿Cuál es su ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Para qué mes: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del personal: \_\_\_\_\_ iniciales de un miembro del personal

Ingreso revisado verificado con:  Recibo de sueldo  Desempleo  Otro: \_\_\_\_\_

### Inscripción previa

Este niño estaba inscrito previamente en:

	Nombre de la agencia, concesionario, contratista, programa
Head Start con una agencia diferente, cuál:	
Head Start Migrante/Temporal en cualquier parte de Washington, cuál:	
Early Head Start con una agencia diferente, Nombre del concesionario de EHS:	
Early ECEAP, Nombre del contratista de Early ECEAP:	
Cualquier programa de visitas domiciliarias para niños desde el nacimiento hasta los tres años, nombre del programa:	
programa ECLIPSE (Servicios de Prevención e Intervención Temprana en la Infancia), cuál:	
ESIT (Apoyo temprano para bebés y niños pequeños), nombre del proveedor de ESIT:	
Parte C Programa de Intervención Temprana IDEA en otro estado, nombre del estado:	

### IEP o Sospecha de atraso

Este niño tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) emitido por el distrito escolar (completar la sección a continuación)
Se determinó que este niño era elegible para recibir servicios de educación especial a través de una evaluación realizada por una escuela o un distrito tribal, pero el padre/tutor rechazó los servicios
Este niño tiene un retraso en el desarrollo o una discapacidad diagnosticada sin IEP
Este niño completó una evaluación del desarrollo que recomendó la remisión para una evaluación adicional
Se sospecha que este niño tiene un retraso en el desarrollo o una discapacidad, descríballo en línea a continuación: (Sin IEP, diagnóstico o evaluación, o evaluación de desarrollo completada con el resultado, "se necesita volver a evaluar")

Si este niño tiene un IEP emitido por el distrito escolar, marque todas las categorías del IEP. Si no, pase a la siguiente pregunta.

<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	Discapacidad específica de aprendizaje
<input type="checkbox"/>	Sordo o ciego	<input type="checkbox"/>	Múltiples discapacidades	<input type="checkbox"/>	Impedimento de habla o lenguaje
<input type="checkbox"/>	Atraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	Deterioro ortopédico	<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/>	Trastorno emocional	<input type="checkbox"/>	Otros impedimentos de salud, describa:	<input type="checkbox"/>	Impedimento visual
<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	

Fecha de inicio del IEP: \_\_\_\_\_

Y Fecha de terminación del IEP: \_\_\_\_\_

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

Este niño recibirá los servicios del IEP:  Solo dentro del salón de clases de ECEAP

Solo durante el horario de ECEAP, pero fuera del salón de clases de ECEAP  Fuera del horario de ECEAP

**Pregunta infantil adicional:**

	Sí	No
¿Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado infantil debido a su comportamiento? <i>ECEAP atiende a niños con problemas de conducta. Marcar sí no excluirá a su niño</i>		

**Preguntas adicionales sobre el factor de priorización basadas en investigaciones**

<i>Usamos esta información para identificar a los niños que más necesitan ECEAP. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.</i>	Sí	No
¿Este niño tiene un miembro de la familia con una condición crónica de salud física o mental que afecta gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?		
¿Este niño tiene un miembro de la familia con una condición crónica de salud física o mental que afecta moderadamente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?		
¿Este niño tiene un padre menor de 18 años cuando nació?		
¿Este niño tiene un padre que es un trabajador agrícola migrante o de temporada? (51% o más de los ingresos familiares del trabajo agrícola)		
¿Este niño tiene un padre que se muda con el niño para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo?		
¿Este niño tiene un padre que actualmente es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de Reserva Militar?		
¿Este niño tiene un padre militar desplegado actualmente, o en los últimos 12 meses, o por un total de 19 meses o más en la vida del niño?		
¿Este niño tiene un familiar que asistió a un internado indio?		
¿Este niño ha experimentado a un padre que está o ha estado encarcelado en la cárcel, prisión o centro de detención?		
¿Ha experimentado este niño la pérdida de un padre o cuidador principal, como por muerte, abandono o deportación?		
¿Ha vivido este niño el divorcio o la separación de sus padres?		
¿Ha experimentado este niño la falta de vivienda en los últimos 12 meses?		
¿Ha vivido este niño en un hogar con violencia doméstica, incluso en el útero?		
¿Ha vivido este niño en un hogar con abuso de sustancias, incluso en el útero?		
Ha recibido esta familia previamente apoyo o ha estado involucrada en sistemas tribales o estatales, incluidos los servicios de CPS/FAR/ICW, o servicios tribales comparables, o ha estado involucrada en sistemas judiciales/aplicaciones de la ley con respecto al abuso infantil, negligencia o agresión sexual?		
¿Se ha reunido este niño con sus padres después del cuidado de crianza temporal o familiar en los últimos 12 meses?		
ECEAP recibió una referencia profesional para esta familia.		
En caso afirmativo, ¿qué agencia hizo la derivación?		

**Nivel de educación de los padres:**

Nombre:	Nombre:	Nivel más alto de educación alcanzado
		6to grado o menos
		7.º a 12.º grado, sin diploma ni GED
		Diploma de escuela secundaria o GED
		Alguna educación superior
		Certificado profesional (incluidas las escuelas de formación profesional)
		grado asociado
		Licenciatura
		Maestría o doctorado

**Información de salud** *Por favor adjunte una copia del registro de vacunas (CIS o forma de excepción)*

	Sí	No
¿Tiene este niño una condición crónica de salud física o mental que afecta gravemente el desarrollo o la asistencia del niño?		
¿Tiene este niño una condición crónica de salud física o mental que afecta moderadamente el desarrollo o la asistencia del niño?		
¿Este niño tiene alergias diagnosticadas o condiciones médicas?		
En caso afirmativo, describa:		

¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras al nacer?  Sí  No  Desconocido

¿Este niño tiene cobertura de seguro médico?  Sí  No  Desconocido

Washington Apple Health for Kids/Provider One Services Card

Cobertura militar  Seguro médico privado

Cobertura Tribal

¿Este niño tiene un médico regular o una clínica médica?  Sí  No  Desconocido

Nombre de la clínica o proveedor \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

¿Este niño tuvo un examen de salud en los últimos 12 meses?  Sí  No  Desconocido

Fecha del último examen de salud antes de solicitar ECEAP: \_\_\_\_\_  Fecha Desconocida

¿Este niño tiene cobertura de seguro dental?  Sí  No  Desconocido

Washington Apple Health for Kids/Provider One Services Card

Cobertura militar  Seguro

ABCD (no disponible en todos los condados)  Cobertura Tribal

¿Este niño tiene un dentista regular o una clínica dental?  Sí  No  Desconocido

Nombre de la clínica o proveedor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional dental: \_\_\_\_\_

¿Este niño tuvo un examen dental en los últimos 6 meses?  Sí  No  Desconocido

Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP: \_\_\_\_\_  Fecha Desconocida

**Firma del padre/madre o tutor**

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He informado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo requiere ECEAP. Si proporciono información falsa a sabiendas, entiendo que es posible que mi familia no pueda continuar con los servicios de ECEAP. Además, es posible que tenga que devolver el monto gastado en el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se ingresa en el Sistema de Gestión de Aprendizaje Temprano (ELMS) operado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF). DCYF se compromete a proteger la información personal y confidencial que podría identificar a un niño o una familia. No se ingresa información relacionada con el estado migratorio en ELMS ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en ELMS puede usarse para:

- Estudios de investigación para determinar si participar en ECEAP ayuda a los niños en el futuro.
- Para demostrar que el estado de Washington gasta parte de su propio dinero en programas para familias, lo cual es necesario para recibir dólares de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) del gobierno federal.

Escriba su nombre \_\_\_\_\_

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

Escriba su nombre \_\_\_\_\_

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

Para completar el proceso de solicitud, necesitamos ver los documentos de verificación para determinar la elegibilidad, la prioridad y las opciones del programa. Documentos de verificación que incluyan:

- Edad del niño
- Tutela legal/autoridad para inscribirse
- Tamaño de la familia
- Ingreso familiar anual
- Certificado de vacunas o forma de excepción

**Firma del personal de ECEAP que verifico la elegibilidad**

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, la información en este aplicación es verdadera y correcta. Vi y verifiqué la documentación que establece la elegibilidad de este niño para ECEAP. Entiendo que las Normas de Desempeño de ECEAP exigen que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho de cualquier uso fraudulento de los fondos de ECEAP, lo que incluye, entre otros, que un empleado ingrese intencionalmente información engañosa o falsa en ELMS con respecto a:

- Criterios de elegibilidad del niño.
- Las fechas reales de inicio de los niños y el último día de clase.
- Fechas de inicio o finalización de clases.
- Servicios que en realidad no se proporcionaron.
- Una familia que proporciona información falsa para inscribirse en ECEAP.

Escriba su nombre \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

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