

Preselección del ECEAP y solicitud 2026-2027 Formulario combinado

Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con _____

Devolver el formulario completo a _____

Sección 1: Información del niño

Nombre legal _____

Segundo nombre _____

Apellido legal _____

Apodo _____

Fecha de nacimiento _____

Identidad de género _____

¿Este niño es miembro o cumple con los requisitos para ser miembro de una Tribu de los Estados Unidos reconocida a nivel federal? Sí No

Información general

IEP: ¿Este niño está en un Programa de Educación Individualizado (Individualized Education Program, IEP)? Sí No

CPS: ¿La familia del niño está activamente involucrada o recibe apoyo de sistemas tribales o estatales, como Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR), la Ley de Bienestar Infantil Indígena (Indian Child Welfare, ICW), servicios tribales comparables o cuerpos de seguridad/sistema judicial por razones de abuso infantil, negligencia o abuso sexual? Sí No

Cuidado temporal: ¿Este niño está oficialmente bajo cuidado temporal? *Esto significa que hay una autorización del cuidador de parte de un estado o tribu que dice que esta es una colocación de cuidado temporal* Sí No

Parentesco: ¿Este niño está bajo cuidado familiar con un pariente o persona apropiada, con o sin una subvención? Sí No

Adopción luego de estar bajo cuidado temporal o familiar: ¿Se adoptó a este niño luego de que estuvo bajo cuidado temporal, cuidado familiar o luego de vivir en un orfanato en otro país? *Esto no incluye otras adopciones* Sí No

Idioma

Idioma principal del niño _____

Idioma secundario del niño _____

¿Qué idioma habla el niño?

(Seleccione una opción)

- Solo inglés.
- Principalmente inglés y un poco de otro idioma del hogar.
- Inglés y otro idioma a un nivel correspondiente con su edad (bilingüe).
- Algo de inglés, pero en su mayoría otro idioma del hogar.
- Solo un idioma del hogar que no es inglés.

Vivienda

(Seleccione una opción)

- Alquila o renta una residencia adecuada.
- Comparte vivienda con familiares o amigos.
- Comparte con otra familia debido a la pérdida de la vivienda, dificultad económica o una razón similar.
- Vive en un refugio de emergencia o temporal.
- Duerme en un hotel, motel, auto, parque, zona de acampada o ubicación similar.
- Se mueve de un lugar a otro (se queda en casa de otras personas).
- Tiene una vivienda inadecuada (por ejemplo, no tiene agua, calefacción o electricidad; tiene moho excesivo o no tiene instalaciones para cocinar).

Raza y etnia

¿De qué origen racial o étnico considera usted que es este niño? (Marque todas las opciones que correspondan).

Se niega a informar el origen racial del niño Se niega a informar el origen étnico del niño

Blanco Negro o afroamericano

Hispano/latino

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño |
| <input type="checkbox"/> Boliviano | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Chileno | <input type="checkbox"/> Mexicano o mexicanoamericano
(Chicano) | <input type="checkbox"/> Uruguayo |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Venezolano |
| <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Panameño | <input type="checkbox"/> Latinoamericano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Peruano | <input type="checkbox"/> Otro hispano o latino |
| <input type="checkbox"/> Dominicano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | | |
-

Nativo de Alaska

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aleuta | <input type="checkbox"/> Esquimal (iñupiat o yupik) | <input type="checkbox"/> Tlingit |
| <input type="checkbox"/> Alutiiq | <input type="checkbox"/> Eyak | <input type="checkbox"/> Tsimshian |
| <input type="checkbox"/> Atabascano | <input type="checkbox"/> Haida | <input type="checkbox"/> Otro nativo de Alaska |
-

Asiático

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Indonesio | <input type="checkbox"/> Nepalí |
| <input type="checkbox"/> Bangladesí | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Paquistaní |
| <input type="checkbox"/> Butanés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Singapurense |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Esrilanqués |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Malgache | <input type="checkbox"/> Taiwanés |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Malasio | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Maldivo | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Mongol | <input type="checkbox"/> Otro asiático _____ |

Nativo americano

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Snoqualmie |
| <input type="checkbox"/> Chinook | <input type="checkbox"/> Nisqually | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo |
| <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Nooksack | <input type="checkbox"/> Spokane |
| <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Port Gamble de Klallam | <input type="checkbox"/> Squaxin Island |
| <input type="checkbox"/> Duwamish | <input type="checkbox"/> Puyallup | <input type="checkbox"/> Steilacoom |
| <input type="checkbox"/> Hoh | <input type="checkbox"/> Quileute | <input type="checkbox"/> Stillaguamish |
| <input type="checkbox"/> Jamestown | <input type="checkbox"/> Quinault | <input type="checkbox"/> Suquamish |
| <input type="checkbox"/> Kalispel | <input type="checkbox"/> Samish | <input type="checkbox"/> Swinomish |
| <input type="checkbox"/> Kikiallus | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle | <input type="checkbox"/> Tulalip |
| <input type="checkbox"/> Lower Elwha | <input type="checkbox"/> Shoalwater | <input type="checkbox"/> Upper Skagit |
| <input type="checkbox"/> Lummi | <input type="checkbox"/> Skokomish | <input type="checkbox"/> Yakama |
| <input type="checkbox"/> Makah | <input type="checkbox"/> Snohomish | <input type="checkbox"/> Otro nativo americano |
-

Nativo hawaiano u otro del Pacífico

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiyiano | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano | <input type="checkbox"/> Isleño de Tarawa |
| <input type="checkbox"/> Guameño | <input type="checkbox"/> Palauano | <input type="checkbox"/> Tokelauanos |
| <input type="checkbox"/> Kosraean | <input type="checkbox"/> Papú | <input type="checkbox"/> Tongano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Marianas | <input type="checkbox"/> Ponapeño | <input type="checkbox"/> Trukés (chuukés) |
| <input type="checkbox"/> Marshalés | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Vanuatuense/Nuevas Hébridas |
| <input type="checkbox"/> Melanesio | <input type="checkbox"/> Salomonense | <input type="checkbox"/> Yapés |
| <input type="checkbox"/> Micronesio | <input type="checkbox"/> Tahitiano | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
-

Sección 2: Miembros del hogar

- Haga una lista de todas las personas que viven en el hogar y que deban tomarse en cuenta para calcular el tamaño de la familia.
- En el caso de las familias que viven temporalmente con familiares u otras personas, no incluya a los anfitriones en la lista.
- En el caso de las familias con dos hogares, cuando hay custodia compartida sin la figura de un padre o una madre principal y no hay apoyo infantil:
 - Ingrese los datos de los miembros del hogar para ambos hogares en el gráfico que se encuentra a continuación.
 - Marque a los miembros del segundo hogar.
 - Luego, conteste las preguntas sobre apoyo financiero y relaciones.

El personal usará esta información para calcular el tamaño de la familia y así determinar el Ingreso Medio del Estado (State Median Income, SMI)

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño del ECEAP	¿El padre o tutor del niño del ECEAP apoya económicamente a esta persona? * <i>Ver nota abajo para personas de 19 años o más.</i>	¿Esta persona está relacionada con los padres o tutores legales del niño del ECEAP por sangre, casamiento o adopción?
		Niño del ECEAP	Sí	Sí
		Padre/ Tutor_1	Sí	Sí
		Padre/ Tutor_2	Sí	Sí

**Responda con No para las personas de 19 años o más que ganaron o no ganaron ingresos que cubren más de la mitad de sus gastos. Responda Sí en caso de que los padres del niño del Programa de Ayuda y Educación Temprana para la Niñez (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP) paguen más de la mitad de sus gastos.*

For staff use only (Solo para uso del personal)

Family size for SMI chart (Tamaño de la familia para el cuadro del SMI) _____

En el caso de los niños que están bajo cuidado temporal o familiar, o que fueron adoptados luego de estar bajo o familiar, cuente el tamaño de la familia como 1.

Para todos los otros, cuente a las personas que contestaron Sí para las dos preguntas anteriores.

Sección 3: Información de contacto de la familia

Contacto 1

Nombre _____ Relación con el niño _____

¿Necesita un intérprete para comunicarse con hablantes de inglés? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿qué idioma/s habla?

Dirección _____ Ciudad _____ Estado Washington (**WA**) Código postal _____
(Dirección física)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado Washington (**WA**) Código postal _____
(Dirección postal si es diferente de la dirección física)

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

Contacto 2

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Contacto 3

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Contacto 4

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____

Sección 4: ¿Con quién vive el niño?

Un padre/madre/tutor (nombre) _____ (Salte a la Sección 5 si es un solo padre o una madre)

Dos padres/madres/tutores en el mismo hogar

Nombre del padre/madre/tutor 1 _____

Nombre del padre/madre/tutor 2 _____

Dos padres/madres/tutores en dos hogares

Si esto está verificado, responda estas preguntas para determinar el ingreso de qué padre se tomará en cuenta a la hora de definir si el niño reúne los requisitos para acceder al ECEAP.

¿Uno de los hogares tiene la custodia legal principal? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿cuál de los padres tiene la custodia principal? _____

Cónyuge de este padre o madre, si corresponde _____ (Salte a la Sección 5)

Si la respuesta es "no", el ECEAP tendrá en cuenta los ingresos del tutor legal o del padre o de la madre para cada uno de los hogares. No incluya a los cónyuges. Ingrese el nombre de los padres legales aquí:

Hogar 1 _____ Hogar 2 _____

Miembros del hogar 2

Relación con el niño _____

¿Necesita un intérprete para comunicarse con hablantes de inglés? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿qué idioma/s habla?

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
(Dirección física)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
(Dirección postal si es diferente de la dirección física)

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

Sección 5: Empleo, formación y otras actividades de los padres

- Responda las siguientes preguntas para cada uno de los padres/tutores enumerados en la pregunta n.º 3.
- No cuente las mismas horas en más de una categoría. Por ejemplo:
 - No cuente las mismas horas de la semana en empleo y WorkFirst.
 - No cuente las mismas horas de cuidado infantil de los CPS por separado para dos padres.

Padre/Tutor n.º 1

Nombre _____ Empleado Sí No (si la respuesta es "sí", conteste lo siguiente)

Nombre del empleador (no ingrese "desconocido" o "N/A") _____

Promedio de horas pagadas por semana _____

En la escuela o formación laboral Sí No (si la respuesta es "sí", conteste lo siguiente)

Horas de clase por semana _____ Horas de estudio por semana (máximo 10) _____

Nombre de la escuela o la organización de formación _____

Meta o especialización _____

Viaje entre cuidado infantil y el trabajo/la escuela Sí No Horas por semana (máximo 10) _____

Horas de cuidado infantil de CPS/FAR/ICW que no se contaron anteriormente Sí No

Horas adicionales por semana de cuidado infantil aprobado por CPS) _____

Horas de WorkFirst aprobadas no contadas anteriormente _____

Nombre de la actividad _____ Horas totales por semana _____

Padre con discapacidad que no puede trabajar o cuidar a su niño mientras el otro padre trabaja Sí No

Si alguno de los padres tiene más de 55 horas totales por semana, explique a continuación:

Padre/Tutor n.º 2

Nombre _____ Empleado Sí No (si la respuesta es "sí", conteste lo siguiente)

Nombre del empleador (no ingrese "desconocido" o "N/A") _____

Promedio de horas pagadas por semana _____

En la escuela o formación laboral Sí No (si la respuesta es "sí", conteste lo siguiente)

Horas de clase por semana _____ Horas de estudio por semana (máximo 10) _____

Nombre de la escuela o la organización de formación _____

Meta o especialización _____

Viaje entre cuidado infantil y el trabajo/la escuela Sí No Horas por semana (máximo 10) _____

Horas de cuidado infantil de CPS/FAR/ICW que no se contaron anteriormente Sí No

Horas adicionales por semana de cuidado infantil aprobado por CPS) _____

Horas de WorkFirst aprobadas no contadas anteriormente _____

Nombre de la actividad _____ Horas totales por semana _____

Padre con discapacidad que no puede trabajar o cuidar a su niño mientras el otro padre trabaja Sí No

Si alguno de los padres tiene más de 55 horas totales por semana, explique a continuación:

Sección 6: ¿Cómo se enteró sobre el ECEAP?

Sitio web de DCYF

Evento comunitario

Folleto

Empleado de ECEAP

De boca en boca

Trabajador social

Medios de comunicación

Agencia comunitaria: nombre de la agencia

Otra _____

Sección 7: Formulario para planificación a nivel estatal

Si pudiera elegir la duración para el día de su niño en preescolar, ¿cuál sería mejor para su niño y su familia?

Tenga en cuenta que no todas estas opciones pueden estar disponibles en su comunidad este año.

Tiempo parcial: alrededor de 3 horas, 3 o 4 días a la semana.

Día escolar: alrededor de 6 horas, 4 o 5 días a la semana.

Día laboral: disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado infantil.

Sección 8: Situación del hogar

¿Recibe su vivienda alguna subvención de la vivienda, como un bono de vivienda o asistencia en efectivo para la vivienda? Sí No

¿Su hogar recibe actualmente un subsidio de Cuidado Infantil Working Connections (Working Connections Child Care) por este niño? Sí No

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

❖ En el caso de los niños que están bajo cuidado temporal o familiar, o que fueron adoptados luego de estar bajo cuidado temporal o familiar:

ingrese el número de caso _____ (si no hay, escriba "ninguno" y salte a la Sección 10)

- ¿Recibió ingresos durante el último año calendario o durante los 12 meses previos? Sí No
- Si no, proporcione la razón por la cual no hay ingresos. Explique cómo se satisfacen las necesidades básicas.

Ingrese todos los ingresos familiares por un año en el cuadro de abajo.

Seleccione una opción: Año calendario previo 12 meses previos

Persona(s) con ingresos	Tipo	Monto semanal	N.º de semanas recibidas	Monto mensual	N.º de meses recibidos	Monto anual
	W-2					\$
	W-2					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)					\$
	Recibos de pago por 12 meses					\$
	Recibos de pago por 12 meses					\$
	Apoyo Infantil recibido, si se requiere por una orden de apoyo infantil			\$		\$
	Ingreso por discapacidad, incluido Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)			\$		\$
	Declaración de Licencia e Ingresos Militares (Leave & Earnings Statement, LES) Cuentas todos los pagos y prestaciones excepto Prestación Básica para la Vivienda (Basic Allowance for Housing, BAH), Asignación Básica para la Subsistencia (Basic Allowance for Subsistence, BAS), Vivienda por Separación Familiar (Family Separation Housing, FSH) y Pago por Fuego Hostil (Hostile Fire Pay, HFP)/Pago por Peligro Inminente (Imminent Danger Pay, IDP).			\$		\$
	Ingreso de la red de autoempleo					\$
	Seguridad Social u otros beneficios de jubilación			\$		\$
	Subvención de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) del estado o tribal			\$		\$
	Desempleo	\$				\$
	Compensación de trabajadores [Departamento de Labor e Industrias (Labour and Industry, L&I)]	\$				\$
	Ingresos tribales (imponible)					\$
	Pagos en efectivo de asistencia de emergencia			\$		\$
	Pagos del seguro que son regulares (no por única vez)			\$		\$
	Planes de jubilación o pensión					
	Salario de capacitación					
	Beca, subvenciones o beca de investigación para gastos de vida					
Descontar	Apoyo infantil pagado a otro hogar, si se requiere por una orden de apoyo infantil jurídicamente vinculante.			\$		\$
					Total	

¿Aún recibe los ingresos de arriba? Sí No Si la respuesta es "sí", salte a la Sección 10.

Si no y sus circunstancias cambiaron recientemente, explíquelo.

- Pérdida de persona asalariada Divorcio o separación Horas de trabajo reducidas
- Salud/Lesión Pérdida de beneficios
- Pérdida de trabajo: falta de acceso o habilidad para acceder a cuidado infantil para un recién nacido
- Circunstancia inesperada similar (explicar)

¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____ ¿Para qué mes? \$ _____

Sección 10: Inscripción previa

Este niño estaba inscrito previamente en: *(marque todas las que correspondan)*

- Head Start en su agencia
- Head Start con una agencia diferente
- Head Start para Trabajadores Migrantes y de Temporada en cualquier lugar de Washington (WA)
- Early Head Start Nombre del beneficiario del programa de desarrollo infantil temprano (Early Head Start, EHS) _____
- Cualquier programa de visitas al hogar para recién nacidos hasta los tres años
- Early ECEAP Nombre del contratista de Early ECEAP _____
- Servicios de Prevención e Intervención en la Primera Infancia (Early Childhood Intervention and Prevention Services, ECLIPSE)
- Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) Nombre del proveedor de ESIT _____
- El programa de intervención temprana de la Parte C de la Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) en otro estado Estado _____
Nombre del proveedor _____
- Sin inscripción previa en educación preescolar temprana.

Sección 11: IEP o sospecha de retraso

(Marque uno si corresponde)

- Este niño tiene un IEP.
- Se determinó que el niño cumple con los requisitos para recibir servicios de educación especial a través de una evaluación realizada por un distrito escolar o escuela tribal, pero está esperando a que se emita el IEP o el padre/madre/tutor rechazó los servicios.
- Este niño tiene un retraso del desarrollo o discapacidad diagnosticados sin IEP.
- Este niño completo una evaluación del desarrollo que recomendó una derivación para una evaluación adicional.
- Este niño tiene sospechas de un retraso del desarrollo o discapacidad.

(Sin IEP, diagnóstico, evaluación o evaluación del desarrollo completa con resultados, "se necesita reevaluación")

Describir.

Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no, [salte a la Sección 12.](#)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica |
| <input type="checkbox"/> Sordoceguera | <input type="checkbox"/> Múltiples discapacidades | <input type="checkbox"/> Habla o lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad ortopédica | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Trastorno emocional | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | _____ | |

Fecha de inicio del IEP _____ Fecha de finalización del IEP _____

¿Qué distrito escolar emitió el IEP de este niño? _____

Este niño recibirá servicios del IEP:

- Dentro del salón de clases del ECEAP únicamente
- Durante las horas del ECEAP únicamente, pero fuera del salón de clases de ECEAP
- Fuera de las horas del ECEAP

Sección 12: Comportamiento

¿Este niño fue expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado infantil debido a su comportamiento?..... Sí No

El ECEAP brinda sus servicios a niños con problemas de comportamiento. Marcar que sí **no excluirá** a su niño.

Sección 13: Preguntas adicionales

Usamos esta información para elegir a los niños que más necesitan el ECEAP. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.

¿Tiene este niño un miembro de su familia que tenga una afección crónica física o de salud mental que tiene alguna de las siguientes consecuencias?..... Sí No

(Si la respuesta es "Sí", seleccione una opción)

Afecta gravemente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar.

Impacta moderadamente en su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar.

¿Tiene este niño un padre o madre que tenía menos de 18 años cuando nació?..... Sí No

¿Tiene este niño un padre o madre que es trabajador de la agricultura migrante o por temporada?..... Sí No

¿Tiene este niño un padre o madre que se muda con el niño para participar de prácticas culturales o un empleo (trabajador migrante o por temporada de la agricultura o del rubro de la pesca)?..... Sí No

¿Tiene este niño un padre o madre militar que esté actualmente desplegado o en los últimos 12 meses o por un total de 19 meses o más en toda la vida del niño?..... Sí No

¿Este niño tiene una familia que acudió a un internado para indígenas?..... Sí No

¿Este niño ha experimentado que uno de sus padres esté encarcelado en una prisión o cárcel?..... Sí No

¿Este niño ha experimentado la pérdida de uno de sus padres o cuidador principal ya sea por muerte o abandono?..... Sí No

¿Este niño ha experimentado el divorcio o la separación de sus padres?..... Sí No

¿Este niño ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 12 meses?..... Sí No

¿Este niño ha vivido en un hogar donde había violencia doméstica? (Incluso estando en el útero)..... Sí No

¿Este niño ha vivido en un hogar donde había abuso de sustancias? (Incluso estando en el útero)..... Sí No

¿Esta familia ha recibido previamente apoyo o estuvo involucrada en los sistemas tribales o estatales, incluidos los Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS)/Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR)/Ley de Bienestar Infantil Indígena (Indian Child Welfare, ICW) o servicios tribales comparables? ¿O ha estado involucrado con los cuerpos de seguridad o el sistema judicial por abuso infantil, negligencia o abuso sexual?..... Sí No

¿Este niño se reunió con sus padres luego de haber estado bajo cuidado temporal o familiar en los últimos 12 meses?..... Sí No

El ECEAP recibió una derivación profesional para esta familia..... Sí No

Sección 14: Nivel de educación de los padres

(Seleccione el nivel más alto de educación).

Nombre del padre/madre/tutor 1 _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 6.º grado o menor | <input type="checkbox"/> 7.º a 12.º grado, sin diploma o prueba de GED |
| <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Universidad sin terminar |
| <input type="checkbox"/> Certificado profesional (incluidas escuelas de formación profesional) | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado |

Nombre del padre/madre/tutor 2 _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 6.º grado o menor | <input type="checkbox"/> 7.º a 12.º grado, sin diploma o prueba de GED |
| <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Universidad sin terminar |
| <input type="checkbox"/> Certificado profesional (incluidas escuelas de formación profesional) | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Maestría o doctorado |

Sección 15: Información de salud

Adjunte una copia del registro de vacunas del niño

¿Tiene este niño una afección crónica física o de salud mental que ocasione lo siguiente?..... Sí No

- Impacta gravemente el desarrollo o asistencia del niño.
 Impacta de manera moderada el desarrollo o asistencia del niño.

Si la respuesta es "sí", describir.

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

¿Tiene este niño seguro o cobertura médica?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/tarjeta de servicios de Provider One | <input type="checkbox"/> Cobertura militar |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico privado | <input type="checkbox"/> Cobertura tribal |

¿Tiene este niño un médico o clínica médica habitual?..... Sí No

¿Recibió el ECEAP una copia de los resultados para un control del niño sano [Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)]?..... Sí No

Fecha del último control del niño sano antes de solicitar el ECEAP _____

¿Tiene este niño seguro o cobertura dental?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/tarjeta de servicios de Provider One | <input type="checkbox"/> Cobertura militar |
| <input type="checkbox"/> Seguro dental privado | <input type="checkbox"/> ABCD (no disponible en todos los países) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura tribal | |

¿Tiene este niño un médico o clínica dental habitual?..... Sí No

¿Recibió el ECEAP una copia de los resultados de una evaluación dental?..... Sí No

Fecha de la última evaluación dental antes de solicitar el ECEAP _____

Firma del padre/madre/tutor

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. Tengo la autoridad para inscribir a este niño e informé todos mis ingresos y el tamaño de la familia, según lo requerido por el ECEAP. Si proporcioné deliberadamente información falsa, entiendo que mi familia no podrá continuar con los servicios del ECEAP. Además, puede que tenga que devolver el monto gastado en el ECEAP de mi niño.

Entiendo que la información en esta solicitud se ingresará en el Sistema de Administración de la Enseñanza Temprana (Early Learning Management System, ELMS), operado por el Department of Children, Youth and Families (DCYF). El DCYF está comprometido en proteger la información confidencial y personal que pueda identificar a un niño o una familia. No se ingresa información relacionada con el estado de inmigración al ELMS ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en el ELMS puede utilizarse para lo siguiente:

- Estudios de investigación para determinar si participar en el ECEAP ayuda a los niños más adelante en su vida.
- Para probar que el Estado de Washington gasta parte de su propio dinero en programas para familias, lo que se requiere para recibir dinero de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de parte del gobierno federal.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del miembro del personal del ECEAP que verificó si el niño cumple con los requisitos

Certifico que, según mi conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta. Revisé y verifiqué la documentación que establece que este niño cumple con los requisitos para el ECEAP. Entiendo que las Normas de Rendimiento del ECEAP requieren que notifique al Department of Children, Youth, and Families si sospecho cualquier uso fraudulento de los fondos del ECEAP, incluido, entre otros, un empleado que intencionalmente ingreso información engañosa o falsa en el ELMS con respecto a lo siguiente:

- Requisitos que debe cumplir el niño.
- Las verdaderas fechas de inicio y últimos días de clases del niño.
- Servicios que en realidad no se proporcionaron.
- Una familia que proporcionó información falsa para poder inscribirse en el ECEAP.
- Fechas de inicio y finalización de clases.

Nombre en letra de imprenta _____ Título _____

Firma _____ Fecha _____