

Este formulario es para niños que han sido preseleccionados.



# Early Childhood Education & Assistance Program

Washington State Department of Early Learning

## Solicitud para el programa ECEAP

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

*Si desea obtener ayuda para completar este formulario, llame al: (509) 544-5704  
o envíe un mensaje de correo electrónico a: [aramirez@esd123.org](mailto:aramirez@esd123.org)  
ESD123 3924 W Court St, Pasco WA 99301*

**PASCO | BURBANK | FINLEY | OTHELLO | MESA | CONNELL**

### 1. Información de la familia: Otros miembros del hogar (Opcional)

Nombre	Apellido	Sexo	Relación con el niño	Edad, si es menor de 19	Fecha de nacimiento, si es menor de 5

### 2. Información de la familia: Segundo hogar *Si este niño tiene un solo hogar, pase a la sección 3.*

Nombre(s) de padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### 3. Asistencia de Vivienda

¿Este hogar recibe un subsidio para vivienda, como un cupón para vivienda o asistencia en efectivo para la vivienda?  Sí  No

¿Recibe actualmente esta unidad familiar un subsidio de cuidado de niños de Working Connections para este niño?  Sí  No

#### 4. Ingresos recibidos por el/los padre(s) o tutor(es) del niño

Si este niño no tiene hogar y no está viviendo con su padre/madre o tutor, pase a la sección 5.

Si este niño se encuentra en cuidado suplente o está cubierto por un subsidio TANF solo para niños (cuidado con parientes), complete esta información y luego pase a la sección 5.

Subsidio mensual de cuidado suplente \$ \_\_\_\_\_ Nro. de caso de cuidado suplente \_\_\_\_\_

Monto mensual del subsidio TANF solo para niños \$ \_\_\_\_\_ Número de ID de Cliente TANF \_\_\_\_\_

- ¿Recibió esta familia ingresos durante el pasado año calendario o durante los 12 meses anteriores?  Sí  No
- Escriba todos los ingresos de la familia durante un año en el cuadro que figura a continuación.
  - Seleccione:  Año calendario anterior o bien  12 meses anteriores

Persona(s) que recibe(n) ingresos	Tipo	Monto semanal	Cant. de semanas que se recibió	Monto mensual	Cant. de meses que se recibió	Monto anual
	W-2					\$
	W-2					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del IRS (Servicio de Impuestos Internos)					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del IRS					\$
	Talones de pago para los 12 meses					\$
	Manutención para niños recibida			\$		\$
	Ingreso complementario de seguridad (SSI) o otros ingresos por discapacidad			\$		\$
	Declaración de Ingresos y Permisos Militares (LES). Cuento todos los pagos y asignaciones excepto BAH, BAS y HFP/IDP.			\$		\$
	Ingresos netos de empleo por cuenta propia			\$		\$
	Seguro Social o otros ingresos por jubilación			\$		\$
	Asistencia en efectivo TANF			\$		\$
	Subsidio de TANF solo para el niño o subsidio de cuidado suplente para un niño que no es del programa ECEAP			\$		\$
	Seguro de desempleo	\$				\$
	Compensación de trabajadores (L&I)	\$				\$
	Otros ingresos en efectivo:			\$		\$
					<b>Subtotal</b>	\$
<b>Restar</b>	Orden de la corte de manutención para niños que se paga a otro hogar			\$		-\$
					<b>TOTAL</b>	\$

¿Continúa usted recibiendo los ingresos que se mencionan más arriba?  Sí  No

Si responde sí, pase a la sección 5.

Si responde no, y sus circunstancias han cambiado recientemente, por favor explique:

- Divorcio o separación
- Pérdida del empleo
- Cambio de empleo
- Pérdida de la persona que ganaba el salario
- Pérdida de beneficios
- Otro (explicar) \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus ingresos mensuales?: \$ \_\_\_\_\_ ¿Para qué mes? \_\_\_\_\_

## 5. Inscripciones anteriores

¿Estuvo este niño anteriormente inscrito en Head Start (para niños en edad preescolar)?  Sí  No

Si responde sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Estuvo este niño inscrito en Early Head Start o en un programa de visitas domiciliarias para niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad?  Sí  No

¿Tuvo este niño un Coordinador de Recursos Familiares (programa ESIT)?  Sí  No

¿Tiene este niño un Programa de Educación Individualizada (IEP)?  Sí  No

Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no lo tiene, pase a la siguiente pregunta.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual    | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera-ceguera          | <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples    | <input type="checkbox"/> Deficiencias del habla o del lenguaje   |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos    | <input type="checkbox"/> Lesiones cerebrales traumáticas         |
| <input type="checkbox"/> Perturbación emocional   | <input type="checkbox"/> Otras deficiencias de salud | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales                   |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas   |  |  |

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

¿Hay disponible para este niño una escuela preescolar de educación especial perteneciente al distrito escolar?

Sí  No

¿Se le ha pedido a este niño que abandone un centro de cuidado de niños o una escuela preescolar debido a problemas de comportamiento?  Sí  No

*ECEAP presta servicios a niños que tienen problemas de comportamiento. Marcar "sí" no hará que su niño quede excluido.*

## 6. Preguntas adicionales

*Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el programa ECEAP. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.*

¿Es este niño un estudiante de inglés como segundo idioma (un niño que habla otro idioma y está aprendiendo inglés)?

Sí  No

¿Ha estado este niño sin hogar en el transcurso de los últimos 12 meses?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre con discapacidades físicas o del desarrollo?

Sí  No

¿Este niño tiene uno de los padres en servicio activo en el Ejército Estadounidense?

Sí  No

¿Este niño tiene uno de los padres que es actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre que recientemente estuvo o actualmente está asignado/a a una zona de combate?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre que está recluido/a en la cárcel, la prisión o un centro de detención?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre que está sufriendo problemas de salud mental (incluyendo depresión posparto)?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre que era menor de 18 años al nacer dicho niño?

Sí  No

¿Tiene este niño un padre o una madre que es trabajador(a) migrante?

Sí  No

¿Ha recibido su familia servicios de CPS (Servicios de Protección de Menores) en el pasado?

Sí  No

¿Ha sufrido su familia violencia doméstica alguna vez?

Sí  No

¿Tiene su familia dificultades con temas relacionados con el abuso de sustancias?

Sí  No

¿Tiene usted un sistema de apoyo fuera de su familia (personas con las que puede hablar y personas que le ayudan)?

Sí  No

**7. Educación de los padres: Marque todo lo que corresponda (v)**

Nivel de educación más alto	Padre/Madre/Tutor 1 Nombre _____	Padre/Madre/Tutor 2 Nombre _____
6º grado o menos		
7º a 12º grado, sin diploma ni GED		
Diploma de escuela secundaria o GED		
Estudio universitario parcial		
Título de Asociado (Associate degree)		
Título de Licenciatura (Bachelors degree)		
Maestría o doctorado		

**8. Información de salud *Por favor adjunte una copia del registro de inmunizaciones del niño***

¿Tiene este niño una enfermedad crónica tal como diabetes, asma, convulsiones, etc.?  Sí  No

Si responde sí, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Tiene este niño alguna alergia conocida?  Sí  No

Si responde sí, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Pesaba este niño menos de 5.5 libras en el momento de nacer?  Sí  No  Se desconoce

¿Tiene este niño seguro o cobertura médicos?  Sí  No  Se desconoce

- Tarjeta de servicios ProviderOne de DSHS     Washington Basic Health     Cobertura médica militar  
 Seguro médico privado     Cobertura tribal

¿Tiene este niño un médico o una clínica médica habituales?  Sí  No  Se desconoce

Nombre de Clínica \_\_\_\_\_

¿Se le realizó a este niño un examen del niño sano durante los últimos 12 meses?  Sí  No  Se desconoce

Fecha del último examen del niño sano antes de solicitar ECEAP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Se desconoce la fecha

¿Tiene este niño seguro o cobertura dentales?  Sí  No  Se desconoce

- Tarjeta de servicios ProviderOne de DSHS     Washington Basic Health     Cobertura dental militar  
 Seguro dental privado     ABCD (no disponible en todos los condados)

¿Tiene este niño un dentista o una clínica dental habituales?  Sí  No  Se desconoce

Nombre de Clínica \_\_\_\_\_

¿Se le realizó a este niño un examen dental durante los últimos 6 meses?  Sí  No  Se desconoce

Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Se desconoce la fecha

**Firma de padre/madre/tutor**

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que es posible que esta información se comunique a otras agencias estatales o compañías de investigación. El Departamento de Aprendizaje Temprano mantiene la confidencialidad de las identidades de los niños y las familias individuales en la medida en que lo permiten las leyes estatales y federales.

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

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

### **Firma del miembro del personal de ECEAP que verificó la elegibilidad**

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Examiné y verifiqué la documentación que establece la elegibilidad de este niño para el programa ECEAP.

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