

2020-2021 Preselección y solicitud para el programa ECEAP (formulario combinado)

Enviar el formulario completado a: _____

1. Información del niño

Nombre legal		Segundo nombre		Apellido legal	
Fecha de nacimiento del niño		Apodo		Sexo	

IEP - ¿Se encuentra este niño en un Programa de Educación Individualizada (IEP)? Sí No

CPS - ¿La familia de este niño está recibiendo actualmente Servicios de Protección de Menores (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR) o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios) o de la policía/del sistema judicial por abuso infantil, negligencia o agresión sexual? Sí No

Cuidado suplente - ¿Se encuentra este niño en cuidado suplente autorizado? Esto significa que hay autorización de un cuidador de parte de un estado o tribu que dice que se trata de una colocación en un hogar de crianza. Sí No

Cuidado por parientes - ¿Se encuentra este niño bajo cuidado por parientes, con o sin subsidio, con un pariente o con otra persona adecuada? Sí No

Adoptado después del cuidado suplente o por parientes - ¿Fue este niño adoptado después de recibir cuidado suplente o por parientes o después de vivir en un orfanato en otro país (*esto no incluye otras adopciones*)? Sí No

Vivienda (seleccione una opción):

- Alquila o posee una residencia adecuada
- Comparte vivienda con otra familia por conveniencia, para estar cerca de la familia o amigos o para ahorrar dinero para futuros planes
- Comparte vivienda con otra familia debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar
- Vive en un refugio de emergencia o transición
- Duerme en un hotel, un motel, en el carro, en el parque, en un lugar para campamentos u otras ubicaciones similares
- Se muda de un lugar a otro (duerme en sofás ajenos)
- Vivienda inadecuada por motivos como no tener agua, calefacción o electricidad, tener un exceso de moho o no tener instalaciones para cocinar

Idioma - Este niño habla (seleccione solo una):

- Solo inglés
- Mayormente inglés, y un poco de otro idioma natal
- Algo de inglés, pero mayormente otro idioma natal
- Inglés y otro idioma al nivel de su edad (bilingüe)
- Solo un idioma del hogar diferente al inglés

Idioma materno del niño _____ Segundo idioma del niño _____

¿Es este niño hispano/latino? Sí No

Selecciona los que aplique:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Argentino <input type="checkbox"/> Boliviano <input type="checkbox"/> Chileno <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Costarricense <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Mexicano o mexicano-estadounidense (chicano) <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> Panameño <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Uruguayo <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano o latino (describir) _____ |
|---|---|---|

Raza del niño (puede seleccionar más de una):

Esta pregunta es acerca del origen étnico. Por favor, ingrese también la raza del niño.

Blanco

Negro o afroamericano

Nativo de Alaska

- Aleuta (unanga)
- Alutiiq
- Atabascano
- Esquimal (inupiat o yupik)
- Eyak
- Haida
- Tlingit
- Tsimshian
- Otro origen de Alaska _____

Indoamericano

- Chehalis
- Chinook
- Colville
- Cowlitz
- Duwamish
- Hoh
- Jamestown
- Kalispel
- Kikiallus
- Lower Elwha
- Lummi
- Makah
- Muckleshoot
- Nisqually
- Nooksack
- Port Gamble Klallam
- Puyallup
- Quileute
- Quinault
- Samish
- Sauk-Suiattle
- Shoalwater
- Skokomish
- Snohomish
- Snoqualmie
- Snoqualmoo
- Spokane
- Isla Squaxin
- Steilacoom
- Stillaguamish
- Suquamish
- Swinomish
- Tulalip
- Upper Skagit
- Yakama
- Otro origen indoamericano _____

Asiático

- Indio asiático
- Bangladésí
- Butanés
- Birmano
- Camboyano (campucheano)
- Chino
- Filipino
- Hmong
- Indonés
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Malgache
- Malayo
- Maldivo
- Mongol
- Nepalí
- Pakistaní
- Singapurense
- Ceilanés
- Taiwanés
- Tailandés
- Vietnamita
- Otro asiático _____

Nativo de Hawái u oriundo de otras islas del Pacífico

- Fiyano
- Guameño
- Oriundo de Kosrae
- Oriundo de las Islas Marianas
- Oriundo de las Islas Marshall
- Melanesio
- Micronesio
- Nativo hawaiano
- Palauano
- Papú
- Ponapeano
- Samoano
- Oriundo de las Islas Salomón
- Tahitiano
- Oriundo de la Isla Tarawa
- Tokelauano
- Tongano
- Truqués
- Oriundo de las Islas Vanuatu
(Oriundo de las islas Nuevas Hébridias)
- Yapés
- Otro isleño del Pacífico _____

2. Miembros del hogar

Por favor, mencione a todos los que viven en el hogar que puedan incluirse en el tamaño de la familia.

Para las familias que viven temporalmente con parientes u otras personas, no mencione a los anfitriones.

Para familias que viven entre dos hogares cuando los padres comparten la custodia por igual, y ninguno de los padres tiene la custodia principal para los niños, y no hay pagos de manutención para niños:

- Mencione a todos los que viven en los dos hogares abajo.
- Identifique las personas que viven en la segunda casa.
- Responda las preguntas sobre apoyo financiero y relaciones.

Nuestro equipo de trabajo usará esta información para calcular el tamaño de la familia para determinar el nivel de pobreza federal.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño de ECEAP	¿El padre o tutor del niño de ECEAP apoya financieramente a esta persona? * Consulte la nota a continuación para personas de 19 años o más.	¿Esta persona está emparentada con el padre/tutor del niño de ECEAP por sangre, matrimonio o adopción?
Niño de ECEAP:			Niño de ECEAP	Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí

* Responda No para las personas de 19 años de edad o mayor que no son los padres del niño de ECEAP, y que reciben ingresos ganados y/o no ganados, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño de ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

Solo uso de personal:

Tamaño del grupo familiar para determinar el nivel federal de pobreza _____

Para niños bajo cuidado suplente, por parientes o adoptados después del cuidado suplente o por parientes, contar el tamaño de la familia como 1.

Para todos los demás, contar a las personas con Sí para ambas preguntas arriba.

3. Información de contacto de padre/madre/tutor

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

Si responde sí, ¿qué idioma(s) habla usted? _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

4. El niño vive con:

Uno de los padres/tutores (Nombre) _____

Pase a la sección 5.

Los dos padres/tutores en el mismo hogar (Nombres) _____

Pase a la sección 5.

Los dos padres/tutores en dos hogares –

Si se marca esta opción, complete estas preguntas para determinar cuáles de los ingresos de los padres se cuentan para la elegibilidad en el programa ECEAP.

¿Tiene uno de los hogares la custodia legal principal? Sí No

Si responde **sí**, ¿qué padre tiene la custodia principal? _____

Cónyuge del padre/la madre que tiene la custodia principal, de haberlo: _____ **Pase a la sección 5.**

Si responde **no**, ¿recibe uno de los padres pagos de manutención para niños provenientes del otro hogar? Sí No

Si responde **sí**, ¿cuál de los padres recibe los pagos de manutención para niños? _____

Cónyuge del padre/la madre que tiene la custodia principal, de haberlo: _____ **Pase a la sección 5.**

Si responde **no**, indique el nombre del padre/tutor legal que comparte la custodia para cada hogar. No incluya a sus cónyuges.

(Hogar 1) _____ (Hogar 2) _____

Información de contacto para el 2.º hogar:

Dirección física _____ N.º de apartamento _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

5. Empleo de padres, capacitación y otras actividades

Responda las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor nombrado en la pregunta N.º 4.

No incluya las mismas horas en más de una categoría. Por ejemplo:

- No incluya las mismas horas de la semana tanto en el empleo como en WorkFirst.
- No incluya las mismas horas de cuidado de niños de los Servicios de Protección de Niños (CPS) por separado para ambos padres.

	Padre #1 El nombre _____	Padre #2 El nombre _____
¿Tiene un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el promedio de horas pagas semanales		
b. Si responde sí, ingrese el nombre del empleador (no ingrese desconocido o N/A)		
c. Si responde sí, ingrese el número de teléfono o el correo electrónico del empleador		
¿Está en la escuela o en capacitación para un trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas de clase semanales		
b. Si responde sí, indique la cantidad de horas de estudio semanales (máximo 10)		
c. Si responde sí, ingrese el nombre de la escuela o la organización de capacitación.		
d. Si responde sí, ingrese la meta o especialidad.		
¿Viaja entre las actividades de cuidado de niños y el trabajo/la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas semanales (máximo 10)		
¿Hay horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW que no se hayan incluido anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales semanales para el cuidado de niños aprobadas por CPS		
¿Hay horas WorkFirst aprobadas que no se hayan incluido anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el nombre de la actividad.		
b. Si responde sí, indique el total de horas semanales		
¿Padre discapacitado que no puede trabajar y no puede cuidar al niño mientras el otro trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si alguno de los padres tiene un total de más de 55 horas semanales, explique:		

6. ¿Cómo supo usted acerca del programa ECEAP?

- Sitio web de DCYF
 Evento en la comunidad
 Volante
 Empleado de ECEAP
 Recomendación
 Trabajador del caso
 Agencia de la comunidad: _____
 Medios de comunicación
 Otro: _____

7. Encuesta para planificación a nivel estatal

Si pudiera elegir la duración del día para el preescolar de su hijo, ¿cuál sería la mejor para su hijo y su familia?
Por favor, tenga en cuenta que es posible que estas opciones no estén disponibles en su comunidad este año.

- Medio día: alrededor de tres horas, tres o cuatro días a la semana.
 Día escolar: alrededor de seis horas, cuatro o cinco días a la semana.
 Jornada laboral: disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado infantil.

8. 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

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

En el caso de niños bajo el cuidado suplente o por parientes o que han sido adoptados después de recibir estos cuidados, si aplica, complete esta casilla y pase a la sección 10

Subsidio o pago mensual por cuidado suplente, cuidado por parientes o apoyo de adopción \$ _____

N.º de niños cubiertos por este monto de subsidio o pago _____

Fuente de pago (encierre en un círculo): Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social And Health Services, DSHS) SSI Tribu Otro

N.º de caso o N.º de ID del cliente, de haberlo: _____

¿Recibió esta familia ingresos durante el pasado año calendario o durante los 12 meses anteriores? Sí No

- Si la respuesta es no, indique la razón por la que no tiene ingresos y explique cómo se satisfacen las necesidades básicas: _____

- Escriba todos los ingresos de la familia durante un año en el cuadro que figura a continuación.

o 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					\$
	Talones de pago para los 12 meses					\$
	Se recibirá manutención infantil si así lo requiere una orden de manutención infantil.			\$		\$
	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, FSH, 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)	\$				\$
	Ingreso tribal (Imponibles)					\$
	Otros ingresos en efectivo:			\$		\$
					Subtotal	\$
Restar	Orden de la corte de manutención para niños que se paga a otro hogar			\$		-\$
					TOTAL	\$

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

Si responde sí, pase a la sección 10.

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

- Pérdida de la persona que ganaba el salario Divorcio o separación Pérdida imprevista del empleo
 Reducción de horas laborales Problemas de salud/lesiones Pérdida de beneficios
 Circunstancia inesperada similar (explique) _____

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

10. Inscripciones anteriores

Este niño fue inscrito anteriormente en:

- Head Start en su agencia Apoyo Temprano para Infantes y Niños Pequeños (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT)
 Head Start con una agencia diferente Nombre del proveedor de ESIT _____
 Head Start de migrante/estacional en cualquier sitio en Washington
 Early Head Start Nombre del cesionario de EHS _____
 Cualquier programa de visitas a domicilio de birth-to-three Nombre del estado y del proveedor _____

11. IEP o sospecha de retraso

- El niño tiene un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP).
 Este niño tiene un diagnóstico de retraso o discapacidad del desarrollo sin un IEP.
 Este niño completó un examen de desarrollo que recomendó que se lo derivara para realizar una evaluación adicional.
 Se sospecha que este niño tiene un retraso o discapacidad del desarrollo. (Sin IEP, diagnóstico, examen o examen de desarrollo completado con resultado, "se necesita volver a realizar el examen"). Describir _____

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

- Autismo Discapacidad intelectual Discapacidad específica del aprendizaje
 Sordera-ceguera Discapacidades múltiples Deficiencias del habla o del lenguaje
 Retraso en el desarrollo Impedimentos ortopédicos Lesión cerebral traumática
 Perturbación emocional Otras deficiencias de salud Deficiencias visuales
 Deficiencias auditivas

Fecha de inicio del IEP _____ Fecha de culminación del IEP _____

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

Este niño recibirá servicios de IEP:

- Solo dentro del aula ECEAP
 Solo durante las horas de ECEAP, pero fuera del aula ECEAP
 Fuera de las horas de ECEAP

12. ¿Se ha expulsado a este niño de un centro de cuidado de niños o una escuela preescolar debido a problemas del comportamiento? Sí No

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

13. Preguntas adicionales

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

¿Este niño tiene un familiar que tenga una condición física o mental crónica que:

- afecte gravemente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar? Sí No
- afecte moderadamente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar? Yes 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 o trabajador agrícola estacional? (51 % o más del ingreso familiar obtenido del trabajo agrícola)? 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

¿Este niño tiene un padre militar desplegado actualmente o estuvo desplegado dentro de los últimos 12 meses o durante un total de 19 meses o más en el transcurso de vida del niño? Sí No

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

¿Este niño ha experimentado la pérdida de un padre, por ejemplo, por muerte, abandono o deportación? Yes No

¿Este niño ha experimentado el divorcio o separación de sus padres? Yes No

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

¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con violencia doméstica, incluso dentro del útero? Sí No

¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con abuso de sustancias, incluso dentro del útero? Sí No

¿Esta familia ha recibido servicios CPS/FAR/ICW o ha estado involucrada con la policía/el sistema judicial por abuso infantil, negligencia, o agresión sexual en el pasado? Sí No

¿Este niño se ha reunido con sus padres después del cuidado suplente o por parientes en los últimos 12 meses?

Sí No

¿ECEAP ha recibido una referencia profesional para esta familia? Sí No

Nombre de Agencia: _____

14. 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		
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)		
Título de Asociado (Associate degree)		
Título de Licenciatura (Bachelors degree)		
Maestría o doctorado		

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

¿Tiene este niño una condición física o mental crónica que:

afecte gravemente el desarrollo del niño o la asistencia? Sí No

afecte moderadamente el desarrollo del niño o la asistencia? Sí No

Si es así, describir _____

¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras al nacer?

Sí No Se desconoce

¿Tiene este niño seguro o cobertura médicos?

Sí No Se desconoce

Tarjeta de servicios ProviderOne / Washington Apple Health for Kids Cobertura médica militar

Seguro médico privado Cobertura tribal

¿Tiene este niño un médico o una clínica médica habituales?

Sí No Se desconoce

Nombre de la clínica o proveedor _____

Teléfono (opcional) _____

Nombre del profesional médico _____

¿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/ Washington Apple Health for Kids Cobertura dental militar

Seguro dental privado Cobertura tribal

ABCD (no disponible en todos los condados)

¿Tiene este niño un dentista o una clínica dental habituales?

Sí No Se desconoce

Nombre de la clínica o proveedor _____

Teléfono (opcional) _____

Nombre del profesional dental _____

¿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 presente en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo exige el ECEAP. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa, mi familia no podría continuar con los servicios de ECEAP. Además, es posible que tenga que reembolsar el monto empleado para el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se ingresa en el Sistema de Administración de Aprendizaje Temprano (ELMS) y está bajo la operación del Department of Children, Youth, and Families (DCYF). El DCYF se compromete a proteger la información confidencial y personal que pueda identificar a un niño o a una familia. Ninguna información relacionada con el estatus de inmigración se ingresa en el ELMS ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en el ELMS se puede utilizar para:

- Estudios de investigación para determinar si la participación en el ECEAP ayuda a los niños en sus vidas posteriormente.
- Para demostrar que el estado de Washington gasta parte de sus propios fondos en programas para familias, lo que se requiere para recibir dinero del programa Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families) del gobierno federal.

Nombre en letra de molde _____

Firma _____ Fecha _____

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. Entiendo que los estándares de desempeño de ECEAP requieren que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho un uso fraudulento de los fondos de ECEAP incluidos, entre otros, los siguientes un empleado que ingresa intencionalmente información engañosa o falsa a ELMS con respecto a:

- Criterios para la elegibilidad del niño.
- Las fechas de inicio reales y los últimos días en clase de los niños.
- Fechas de inicio o fin de las clases.
- Servicios que en realidad no se proporcionaron.
- Una familia que proporciona información falsa para inscribirse en ECEAP.

Nombre en letra de molde _____

Firma _____ Fecha _____