

How to Apply for Puget Sound ESD Early Learning Programs

Welcome!

Please complete one application packet per child and attach the requested documents.

Your information is confidential. We do not require, check on, or report on immigration status.

Eligibility to our programs is determined by child's age and family income, not by the date you applied.

Our programs fill up fast, so please apply as soon as you can!



(253) 630-9590

Contact us if you need help to complete the application, or if you do not have all of the requested documents.

Please follow the steps below:



<p>Fill out the application form using a black or blue pen.</p> <p>Through a centralized intake partnership between Kent Youth & Family Services, the Kent School District, and other Community-Based Early Learning providers, the information you provide with your application and supporting documentation may be shared with these organizations working under Puget Sound-ESD Early Learning contracts for eligibility and enrollment purposes.</p>	<p>Attach a copy of your child's proof of birth date.</p> <p>Use one of these:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Birth Certificate • Passport/Visa • Adoption Papers • Foster Care Authorization Letter • Current Immunization Record <p>Children must be at least 3 years old on or before August 31st</p>	<p>Attach a copy of your proof of legal guardianship.</p> <p>Use one of these:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Birth Certificate • Passport/Visa • Adoption Papers • Foster Care Record • Written agreement signed and dated by parent and person assuming custodial responsibility 	<p>Attach a copy of your proof of family income.</p> <p>Use all that apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Last year's Income Tax Return • Last year's W-2 Form • Pay stubs from the last 12 months • SSI/TANF benefits letters from the last 12 months • Foster care grant • Child support • Employer letter stating your total gross income from the last 12 months <p> Call our office if you receive other types of income, not listed above. (253) 630-9590</p>	<p>Attach a copy of proof of family size.</p> <p>Use one of these:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Last year's Income Tax Return • Housing Lease
---	--	--	---	--



Return your completed application and documents to:

Kent Family Cntr 13111 SE 274th St Kent WA 98030
 Kent Yth. & Family 232 2nd Ave S. Kent, WA 98032
 KSD Admin. 12033 SE 256th St. Kent, WA 98030
 Kent Valley EL 225 West Saar St. Kent, WA 98032
 Kent Youth ECEAP 318 3rd Ave S. Kent, WA 98032
 Panther Lake EL 10630 SE 204th St. Kent, 98031
 Sunrise EL 22300 132nd Ave SE Kent, WA 98042
 Jenkins Creek 26915 186th Ave SE Covington, WA 98042

It would be helpful to also include a copy of your child's current immunization record.

If your child has a current IFSP/IEP, please attach a copy to your application, as well.

Please make sure that your proof of income is included. We cannot process your application without this information.

Remember to return your completed application as soon as possible! Thank you for choosing our Early Learning Programs!

Cómo aplicar para los Programas de Educación Temprana de Puget Sound ESD

¡Bienvenidos!

Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos solicitados.

Su información es confidencial. No requerimos, revisamos ni reportamos el estado migratorio.

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de su aplicación.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto aplique lo antes posible!



Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la aplicación, o si no tiene todos los documentos solicitados.

Por favor siga los pasos a continuación:



Llene el formulario de aplicación utilizando una pluma con tinta negra o azul.



Adjunte una copia de la prueba de la fecha de nacimiento de su hijo(a).

Utilice uno de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Papeles de Adopción
- Carta de Autorización para el Cuidado Temporal
- Récord de Vacunas al Corriente



Adjunte una copia de la prueba de su tutoría legal.

Utilice uno de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Papeles de Adopción
- Récord de Cuidado Temporal
- Acuerdo escrito, firmado y fechado por el padre/madre y por la persona asumiendo la responsabilidad de la custodia



Adjunte una copia de la prueba de su ingreso familiar.

Utilice todas las que sean pertinentes:

- Declaración de Impuestos del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de los cheques de los 12 meses anteriores
- Cartas de beneficios de SSI/TANF de los 12 meses anteriores
- Subvención por cuidado temporal
- Manutención infantil
- Carta del patrón declarando su ingreso grueso total de los 12 meses anteriores



Adjunte una copia de la prueba del número de personas (tamaño) de su familia.

Utilice uno de estos:

- Declaración de Impuestos del año pasado
- Contrato de Vivienda



Llame a nuestra oficina si usted recibe otros tipos de ingreso no listados anteriormente.



Devuelva la aplicación completa y sus documentos a:

Dirección: Kent Family Center
13111 SE 274th St.
Kent, WA 98030

Número de Teléfono: (253) 630-9590

Sería también útil si incluye una copia del récord de vacunas al corriente de su hijo(a).

Si su hijo(a) se encuentra bajo un IFSP/IEP, por favor también adjunte una copia a su aplicación.

Por favor asegúrese de haber incluido la prueba de su ingreso. No podemos procesar su aplicación sin esta información.

¡Recuerde que debe entregar su solicitud completamente llena lo antes posible! ¡Gracias por elegir nuestros Programas de Educación Temprana!

Aplicación para la Educación Temprana 2018-2019

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL	Date received:	Site Name/ID:	❖ ELMS Prescreen Questions	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> TOTAL	Child's Age
	Date staff reviewed application with family:	HS/EHS ONLY - Date sent to PSED:			
	Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this child currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, mother's name:	Is this child's sibling currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

La información de su aplicación es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para nuestros Programas de Educación Temprana. No requerimos, revisamos ni reportamos el estado migratorio.

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO	Información Sobre el/la Niño(a)	
	❖ Nombre:	Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
	❖ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes/Día/Año	❖ Género: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Por favor incluya prueba de la fecha de nacimiento con esta aplicación	
	Recopilar la información a continuación nos ayuda a determinar los servicios y apoyos más culturalmente adecuados, únicos para su hijo y familia.	
	❖ ¿Cuál es el idioma natal de su hijo(a)? _____	<input type="checkbox"/>
	❖ ¿Es su hijo(a) hispano(a)/latino(a)? <input type="checkbox"/> Sí - Por favor describa o escriba el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
	❖ ¿Cuál es la raza de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Asiático ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Blanco ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____	<input type="checkbox"/>
	Si no se lista anteriormente, por favor describa los antecedentes de su hijo(a): _____	
¿Ha asistido anteriormente su hijo(a) a alguno de estos programas?	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Programa de Visitas Domiciliarias Birth-to-3 <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar de Washington <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (Padres como Maestros) <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
¿Cuándo fue la última vez que asistió? _____ Nombre y Ubicación del Programa: _____	<input type="checkbox"/>	
❖ ¿Se encuentra su hijo(a) bajo cuidado temporal/con familia oficial? (Una autorización para proporcionar cuidado de parte del estado tribu que indique que el niño se encuentra en cuidado temporal/con un familiar)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ➤ ¿Ha estado su hijo(a) anteriormente bajo cuidado temporal/ con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
¿Se le ha pedido a su hijo(a) que se retire de una guardería o escuela preescolar debido a problemas de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sufrido su hijo(a) de abuso o negligencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sido diagnosticado(a) su hijo(a) por un Proveedor de Cuidado de Salud con una o más afecciones de salud más graves/crónicas, como asma, diabetes, convulsiones, afección cardíaca o alergias mortales?	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí - Por favor descríballo: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

Información Sobre el/la Niño(a)

¿Sospecha usted que su hijo(a) padece de un retraso del desarrollo o de una discapacidad?

Sí - Por favor descríbala: _____ No

¿Posee su hijo(a) un Plan de Servicios Individualizados (IFSP) o un Plan de Educación Individualizada (IEP)? Sí No

Si la respuesta es que sí, por favor responda las siguientes preguntas e incluya una copia del IFSP o del IEP con esta aplicación

➤ Por favor marque todas las categorías para el IEP/IFSP (por sus siglas en inglés):

- | | | |
|---|---|---|
| <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"/> Discapacidad de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Disturbio emocional | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | | |

➤ ¿Existe una escuela preescolar de Ed. Especial o un Programa Birth-to-3 disponible/fácilmente accesible para usted? Sí No No sé

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el desarrollo de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:

Bajo peso al nacer (menos de 5.8 lb.) Salud Mental - Por favor descríbala: _____ Conducta - Por favor descríbala: _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial - Por favor descríbala: _____ | <input type="checkbox"/> Habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Visión | | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/motricidad fina |
| <input type="checkbox"/> Dolor de dientes/caries/encillas que sangran | | <input type="checkbox"/> Otro - Por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol | | |

¿Posee su hijo(a) seguro médico?

Sí - ¿qué tipo?

➤ Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Cobertura médica Tribal o Militar

No

¿Posee su hijo(a) un doctor o una clínica médica regulares? Sí No

¿Recibió su hijo(a) un examen de salud en los últimos 12 meses? Sí - Fecha del último examen: ___/___/___ Fecha desconocida No

¿Posee su hijo(a) seguro dental?

Sí- ¿Qué tipo?

➤ Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Cobertura dental Tribal o Militar

No

¿Posee su hijo(a) un dentista o una clínica dental regulares? Sí No

¿Recibió su hijo(a) un examen dental en los últimos 6 meses? Sí - Fecha del último examen: ___/___/___ Fecha desconocida No

INFORMACIÓN FAMILIAR

Información Familiar

Padre(Madre)/Tutor 1

Padre(Madre)/Tutor 2

❖ Nombre:		
❖ Relación con el/la Niño(a):	<input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/Padrastra(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/Padrastra(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro
❖ Fecha de Nacimiento:	___/___/___ Mes/Día/Año	___/___/___ Mes/Día/Año
¿Qué edad tenía usted cuando nació este(a) niño(a)?	_____	_____
❖ Dirección:		
❖ Teléfono:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo	____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo
❖ Teléfono Alterno:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo	____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo
❖ Dirección electrónica:		

Información Familiar	Padre(Madre)/Tutor 1	Padre(Madre)/Tutor 2
❖ ¿Necesita intérprete? ❖ ¿Qué idioma(s) habla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
¿Obtuvo un diploma de la secundaria (high school) o GED? ¿Cuál es el título más alto que obtuvo?	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school) <input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____ <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school) <input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____ <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno
❖ ¿Cuenta actualmente con un empleo? ❖ ¿Se encuentra asistiendo a la escuela o a un entrenamiento para empleo?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No
❖ ¿Se encuentra participando en una actividad de WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____ <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra en servicio militar activo de EU? ¿Es usted miembro en una unidad de la Guarda Nacional o Reserva Militar? ¿Es usted veterano militar de EU?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor marque las áreas de inquietud que tiene para usted/su familia en su hogar en las que es posible que le podamos ayudar:		
<input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses) <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a) <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) se encuentra actualmente desplazado(a) en una zona de combate o lo estuvo en el último año <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) está encarcelado(a)	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental/ consejería en el hogar, incluyendo depresión materna. <input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual) <input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar <input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos	
<input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen seguro médico/dental <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo <input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda <input type="checkbox"/> Inquietudes legales <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)	

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL: Returning Child Information

Complete if the child is returning for the next program year. Do not reverify income.

Program Year:		Updated Total:	
HS/EHS Only – Date Sent to PSESD:		Site/ID Name:	
CHILD INFORMATION			
Child's Name:		Child's Date of Birth:	
Has the child been diagnosed by a Health Care Provider with one or more serious/chronic health conditions, such as asthma, diabetes, seizures, heart condition, or life-threatening allergies?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the family suspect that the child has a developmental delay or disability?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the child have a current Individual Family Service Plan (IFSP) or Individual Education Plan (IEP)?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the family have concerns about the child's health and development?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does this child have medical insurance? □ Yes □ No		Does this child have a regular doctor or medical clinic? □ Yes □ No	
Does this child have dental insurance? □ Yes □ No		Does this child have a regular dentist or dental clinic? □ Yes □ No	
Does the family have new/additional areas of concern?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
FAMILY INFORMATION		Parent/Guardian 1	Parent Guardian 2
Name:			
Relationship to Child:		<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other
Address (if changed):			
Phone (if changed): _____ - _____ - _____		□ Home □ Cell □ Work	_____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work
Alternate Phone (if changed): _____ - _____ - _____		□ Home □ Cell □ Work	_____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work
Email Address (if changed):			
Did the parent/guardian receive a high school diploma or GED?		<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest grade completed? _____	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest grade completed? _____
What is the highest degree the parent/guardian completed?		<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None
Is the parent/guardian currently employed?		<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal
Is the parent/guardian currently in job training or school?		<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No
Is the parent/guardian on active U.S. military duty?		□ Yes □ No	□ Yes □ No
Is the parent/guardian a member of a National Guard or Military Reserve unit?		□ Yes □ No	□ Yes □ No
Is the parent/guardian a U.S. military veteran?		□ Yes □ No	□ Yes □ No
What is the family's current housing situation? (The family must complete the <i>Housing Questionnaire</i> annually, if they continue to meet the definition of homeless)			
□ Rent □ Own □ Other – Please describe: _____			
Staff Name:		Title:	
Staff Signature:		Date:	

SEC. 725. DEFINICIONES

Para propósitos de este subtítulo:

- (1) Los términos “inscribir” e “inscripción” incluyen asistir a clases y participar totalmente en las actividades escolares.
- (2) El término niños y adolescentes sin hogar (homeless) —
 - (A) significa los individuos que tienen falta de una residencia nocturna, fija y adecuada (dentro del significado de la sección 103(a)(1));
 - (B) incluye—
 - (i) los niños y adolescentes que se encuentran compartiendo vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar; que están viviendo en moteles, hoteles, parques móviles o lugares para acampar debido a la falta de acomodaciones alternas adecuadas; se encuentran viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en hospitales;
 - (ii) los niños y los adolescentes que cuentan con una residencia primaria nocturna, que es un lugar público o privado no designado ni ordinariamente utilizado como acomodaciones para dormir destinado para los seres humanos (dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C));
 - (iii) los niños y adolescentes que se encuentren viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de trenes o autobuses o entornos similares; y
 - (iv) niños migratorios (tal como el término se encuentra definido en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) quienes califican como indigentes (homeless) para efectos de este subtítulo debido a que los niños viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (3) El término adolescente no acompañado incluye a los adolescentes que no se encuentren bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos Adicionales

Información y recursos para los padres pueden ser encontrados a continuación:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL

Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child care resources | <input type="checkbox"/> School transportation (if site provides) |
| <input type="checkbox"/> Clothing resources | <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries |
| <input type="checkbox"/> School supplies | <input type="checkbox"/> Food resources |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral | <input type="checkbox"/> Vision referral |
| <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources | <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF |
| <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral | <input type="checkbox"/> Birth certificate |
| <input type="checkbox"/> Immunization/medical records | <input type="checkbox"/> Other: |

Staff Signature: _____ **Date:** _____