



# Solicitud para la Educación Temprana

¡Bienvenidos! Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos requeridos.

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

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto entregue su solicitud lo antes posible!

La información de su solicitud es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Educación Temprana.

No requerimos, revisamos ni reportamos estado migratorio ni estado de DSHS.

## DOCUMENTOS REQUERIDOS

Por favor comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.



**Solicitud:** Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un bolígrafo de tinta negra o azul.



**Comprobante de Ingreso:** Adjunte una copia del comprobante de sus ingresos familiares.

Utilice todos los que correspondan:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de pago de los pasados 12 meses
- Cartas de adjudicación de beneficios de SSI/TANF de los pasados 12 meses
- Subsidio por cuidado de acogida temporal
- Manutención infantil
- Carta de su empleador en la que se indique su ingreso bruto total de los pasados 12 meses



**Comprobante del Tamaño de la Familia:** Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Puede ser cualquiera de estos:

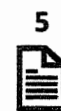
- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Contrato de arrendamiento o de vivienda
- Cartas de adjudicación de beneficios (TANF, SSI, etc.)
- Registros escolares
- Un documento judicial o legal



**Comprobante de la Edad del Niño:** Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Carta de Autorización para Cuidado de Acogida Temporal
- Registro de Vacunas actualizado
- Lista de crianza residencial del DOC



**Comprobante de Tutela Legal:** Adjunte una copia del comprobante de la tutela legal.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Registro de Cuidado de Acogida Temporal
- Acuerdo escrito, fechado y firmado por uno de los padres y por la persona que asume responsabilidad sobre la custodia

- Por favor asegúrese de incluir el comprobante de su ingreso. No podemos procesar su solicitud si no tenemos esta información.
- Llame a nuestra oficina si usted recibe otro tipo de documentos que no aparecen listados anteriormente.
- Sería útil incluir también una copia de lo siguiente:
  1. Una copia del registro de vacunas de su hijo al corriente
  2. El IFSP/IEP actual, si corresponde
  3. Examen de salud infantil más reciente
  4. Examen dental más reciente

Entregue su solicitud debidamente llenada, junto con sus documentos a:

**Dirección:**

Kent Family Center: 13111 SE 274th St. Kent, WA 98030  
KVELC: 317 4th Ave S. Kent, WA 98032  
Daniel ECEAP: 11310 SE 248th St. Kent, WA 98030  
Panther Lake ECEAP: 10630 SE 204th St. Kent, WA 98031  
Kent Valley ECEAP: 336 2nd Ave S. Kent, WA 98032  
Kent Youth Head Start: 318 3rd Ave S. Kent, WA 98032  
Jenkins Creek: 26916 186th Ave SE Covington, WA 98042

**Número Telefónico: Phone Number: 253-630-9590**

# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

## Información Sobre el Niño – General

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año):	Género del Niño: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

¿Cuál es el idioma natal de este niño?	2 <sup>do</sup> idioma:
Este niño habla: <input type="checkbox"/> Solamente inglés <input type="checkbox"/> Mayormente inglés y otro idioma <input type="checkbox"/> Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma <input type="checkbox"/> Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) <input type="checkbox"/> Solamente otro idioma que no es el inglés	

¿Este niño es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:
¿Cuál es la ascendencia/tribu/ país de origen de su familia?

¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el <b>más reciente</b> : <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en el condado King o Pierce/Estado de Washington <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) o Cualquier Programa de Visita Domiciliaria de Birth to Three <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en otro condado del Estado de Washington	
¿Cuándo asistió este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y ubicación del Programa:
¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este niño es el <b>hermano</b> de un niño inscrito actualmente en este sitio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa.</b>
¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes <b>y recibe</b> un subsidio de cierta cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente?</b> ¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? \$ <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribu <input type="checkbox"/> Otro # de niños cubiertos por la cantidad del subsidio:
¿Este niño se encuentra bajo cuidado con parientes <b>sin</b> recibir un subsidio de cierta cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño fue adoptado después de haber estado bajo cuidado de acogida temporal o con parientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia se encuentra recibiendo actualmente servicios a través de los Servicios de Protección Infantil (CPS), Respuesta a una Evaluación Familiar (FAR), o de Bienestar Infantil Indio (ICW)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? <input type="checkbox"/> No
¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Información Sobre el Niño – Salud



# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

¿Este niño cuenta con seguro médico?  Sí  No

**Si la respuesta es afirmativa,**  Washington Apple Health/ProviderOne  Seguro Privado  Tribal  Cobertura Médica Militar  
¿Qué tipo?

¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular?

Sí – Nombre de la clínica/proveedor:

Nombre del profesional médico:

No

¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores?

Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):

No  Fecha desconocida

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo?  Completamente vacunado  Exento  Ni completamente vacunado ni exento  No estoy seguro

¿Este niño cuenta con seguro dental?  Sí  No

**Si la respuesta es afirmativa**  Washington Apple Health/ProviderOne  Seguro Privado  Tribal  ABCD  Cobertura Médica Militar  
¿Qué tipo?

¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular?

Sí – Nombre de la clínica/proveedor:

Nombre del profesional médico:

No

¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores?

Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):

No  Fecha desconocida

¿Este niño ha sido diagnosticado por un Proveedor de Cuidado de la Salud con una o más afecciones de salud graves/crónicas? (estas pueden incluir asma, cáncer, diabetes, convulsiones, hiperactividad, autismo, espina bífida, anemia drepanocítica o alergias mortales)

Sí – Por favor descríballo:

La afección de salud se considera:  Severa  Moderada  Leve

No

## Información Sobre el Niño - Desarrollo

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo?  Sí – marque a continuación todas las que correspondan  No

Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.)

Nacimiento antes de término,  
menos de 37 semanas

Afectado por drogas/alcohol

Audición

Motricidad fina/ motricidad gruesa

Dolor/caries dentales/encías que sangran

Visión

Intolerancia alimenticia/dieta especial –

Describe:

¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) **actual y activo**?

Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud.

No – Marque si corresponde alguna de estas opciones:

Mi hijo ha sido diagnosticado con un retraso en el desarrollo o con una discapacidad, no tiene un PEI, o lo ha referido para ser evaluado.

Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad.

# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

## Información Sobre el Padre/Madre/Tutor

Este niño vive con:

- Unos de los padres/tutores (**llene Padre/Madre/Tutor 1**)  
 Dos padres/tutores en el mismo hogar (**llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2**)  
 Dos padres/tutores en dos hogares (**llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2**)

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
Nombre		
Relación con el Niño	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastra o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastra o madrastra <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela <input type="checkbox"/> Otro
Género	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección		
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
Teléfono Alternativo	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo
Dirección de Correo Electrónico		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Qué idioma(s) habla?		
¿Necesita intérprete para este idioma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior:
¿Cuál es el nivel de educación <b>más alto</b> que completó?	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, no diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> 7° a 12° grado, no diploma ni GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno

# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
¿Cuenta actualmente con empleo?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?  Nombre & # de teléfono del empleador:  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?  Nombre & # de teléfono del empleador:  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)?  Nombre de la Escuela & carrera/meta:  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)?  Nombre de la Escuela & carrera/meta:  <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No

## Inquietudes Familiares

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan:

<input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es discapacitado o padece de una enfermedad crónica y: <input type="checkbox"/> No es capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar <input type="checkbox"/> Es un tanto capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar <input type="checkbox"/> Es en su mayoría capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental dentro del núcleo familiar/consejería, incluyendo depresión materna (el niño ha sido diagnosticado o el adulto está atravesando por ella) <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar (en el pasado o actualmente) <input type="checkbox"/> Problemas de drogas/alcohol o abuso de sustancias dentro del núcleo familiar <input type="checkbox"/> La familia se encuentra socialmente aislada, con una falta de contacto con otros total o parcial <input type="checkbox"/> Obtener o mantener un empleo	<input type="checkbox"/> Preocupaciones legales <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión <input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) <input type="checkbox"/> Las padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño <input type="checkbox"/> Previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda
<input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño tiene dificultades para aprender, no es discapacitado		

# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

## Situación Familiar de Vivienda

¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo?  Sí  No

¿Cuál es la situación actual de su familia? **La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios a los que su hijo puede ser elegible para recibir.**

- Alquilan       En un motel       En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar       Moviéndose de lugar en lugar/ de sillón en sillón  
 Dueños       En un refugio       Vivienda de Transición       En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)  
 En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia:       Otro – Por favor describa:  
     ➤  Por opción propia (ej. Con el fin de ahorrar dinero para planes futuros, para estar cerca de la familia)  
     ➤  Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar

## Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia

Marque todas las que correspondan, si el niño u otra persona que viva en su hogar, pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción reciben estos tipos de Asistencia Pública:

SSI por discapacidad, recibido por:  el Niño  el Padre/Madre/Tutor  Otro – Relación con el Niño:

Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Marque si también recibe lo siguiente:  TANF solo para el niño  WorkFirst  Subsidio para Guardería de Working Connections

**A continuación por favor nombre a las personas adicionales que viven en su hogar, la cual es la residencia principal de este niño, no se incluya a usted ni a este niño.**

Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Relación con el niño	¿Usted mantiene económicamente a esta persona?	¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción?
			<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
			<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
			<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
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cuál es el **número total** de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo?

¿Cuál es su ingreso familiar **total aproximado** para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses?

# Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia como lo requieren los Programas de la Educación Temprana. Si deliberadamente proporciono información falsa, comprendo que existe la posibilidad de que a mi familia no le sea posible continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, puede ser que tenga que reembolsar la cantidad de dinero gastada en él.

Comprendo que la información en esta solicitud se ingresa a varias bases de datos de la Educación Temprana, operadas por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF por sus siglas en inglés) y por Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos a proteger la información confidencial y personal que pudiera identificar a un niño o a una familia. No se ingresa ninguna información relacionada con el estado migratorio en las bases de datos, ni se comparte con las agencias estatales o federales. La información en las bases de datos puede ser utilizada para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si participar en la Educación Temprana ayuda a los niños más adelante en la vida.
- Comprobar que el Estado de Washington gasta una cantidad de su propio dinero en programas para las familias, lo cual es un requisito para recibir dinero del programa de Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas del gobierno federal.

**Firma del Padre/Madre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

**\*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.**

**Reviewed and received verbal verification on (date):** \_\_\_\_\_ **Staff Initials** \_\_\_\_\_

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)

Staff Only			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	
Date staff reviewed application with family:		Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):	
EHS Only - Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If yes, mother's name: _____			
For Homeless Families – 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"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	<input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate	_____	
Staff Name & Signature: _____			Date: _____





## **KYFS Head Start & ECEAP Program Models**

El programa de Educación temprana Kent Youth & Family Services consiste de dos programas:

- **Dia Completo** es 6.5 horas, lunes a jueves y algunos viernes y se requiere transportación personal.
- **Medio Dia** es 3 a 3.5 horas, lunes a jueves y transportación es disponible dependiendo del centro educativo y el horario.

### **Marque cual es el Programa de su preferencia**

Debido a espacio limitado para dia completo, no podemos ofrecer primer preferencia a cada familia. Si su hijo/a no es seleccionado/a para dia completo, puede que se le ofrezca un espacio de medio dia y puede permanecer en lista de espera para dia completo.

Marque su preferencia: \_\_\_\_\_Dia completo (transportación personal requerida)

\_\_\_\_\_ Medio dia

\_\_\_\_\_ Favor de dejar a mi hijo/a en lista de espera de dia completo

Niño/a asiste a guarderia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Necesita transporte? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de guarderia: \_\_\_\_\_

Dirección de guarderia: \_\_\_\_\_

Favor de poner sus iniciales si da permiso:

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que el personal imprima el registro de vacunación estatal de mi hijo/a.

Despues de haber entregado su aplicación- Por favor haganos saber si hay cambios en su informacion de contacto, preferencia de clases, o de transportación llamandonos a la oficina al numero 253-630-9590

Horario de verano de la oficina empezando Junio 18: Martes y Miercoles de 9am a 4pm

Kent Family Center 13111 SE 274<sup>th</sup> St. Kent, WA 98030

PARA USO DE OFICINA

Mapped	
Spreadsheet	
ELMS	
Letter sent	
Double Checked	