

# 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.**

Escanéame para  
más información



## 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 274<sup>th</sup> St Kent WA 98030  
Kent Valley ELC- 317 4<sup>th</sup> Ave S Kent WA 98032

**Número Telefónico: (Llame para horario de Verano)**

Kent Family Center – 253 630 9590  
Kent Valley ELC – 253 373 7600

Prescolar en 5 diferente locaciones!

# KYFS Head Start & ECEAP Program Models

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

- **Dia Completo** es 6.5 horas, Lunes a Jueves y algunos viernes y se require Transportacion personal.
- **Medio Dia** es 3 to 3.5 horas, Lunes a Jueves y transportacion es disponible dependiendo del centro educativo y el horario.

## Marque cual es el programa de su preferencia?

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

Marque su preferencia: \_\_\_\_ Dia completo (transportacion personal requerida)

\_\_\_\_ Medio Dia

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

Necesita transportacion? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nino/a asiste a guarderia? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Antes de escuela \_\_\_\_ Despues de escuela \_\_\_\_

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

Direccion de guarderia: \_\_\_\_\_

Favor de poner sus iniciales si da permiso:  Marque caja si gusta que usemos direccion de guarderia

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

**Importante:** Despues de haber entregado su aplicacion – Por favor haganos saber si hay cambios en su informacion de contacto, preferencia de clases, o de transportacion llamandonos a la oficina al numero: (253) 630-9590.

## Horario de Verano de la oficina empezando Julio 10:

**Si vive en Kent East Hill y Covington:** Kent Family Center 13111 SE 274<sup>th</sup> St Kent WA 98030 – Martes y Miercoles, llame para verificar horas, 253 630 9590

**Si vive en downtown Kent y West Hill:** Kent Valley ELC 317 4<sup>th</sup> Ave S Kent WA 98032 – Miercoles y Jueves, Llame para verificar horas, 253 373 7600

Staff Only

Mapped	
Spreadsheet	
ELMS	
Letter sent	
Double Checked	
ESE/ERE Request	

# Solicitud para la Educación Temprana 2023-2024

<b>Staff Only - ChildPlus ID:</b>	<b>ELMS ID:</b>
-----------------------------------	-----------------

## Información Sobre el Niño – General

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Apellido(s):	Nombre Preferido:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año):	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Identidad de género (opcional):	Pronombres preferidos (opcional):

¿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 un idioma diferente al 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?
¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente	
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early 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), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Intervención temprana desde el nacimiento hasta los tres años <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington	
¿Cuándo asistió este niño?	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	
¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>El primer nombre del niño:</b>	<b>Apellido(s) del niño:</b>
-----------------------------------	------------------------------

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa.

¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente?

¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? \$  DSHS  SSI

# de niños cubiertos por la cantidad del subsidio:  Tribu  Otro

¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención?  Sí  No

¿El niño fue adoptado después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes o en un orfanato en otro país?  Sí  No

¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes?  Sí  No

¿Su familia recibe servicios a través de Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR), de Bienestar del Niño Indígena (Indian Child Welfare, ICW), servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial?  Sí  No

¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente?  Sí  No

¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR?

Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana?  No

¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta?  Sí  No

**Información Sobre el Niño – Salud**

¿Este niño cuenta con seguro médico?  Sí  No

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

¿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

¿Este niño cuenta con seguro dental?  Sí  No

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

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

Sí – Nombre de la clínica/proveedor: Nombre del profesional dental:

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

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo?

Completamente vacunado  Exento  Ni completamente vacunado ni exento  No estoy seguro

¿Un proveedor de atención médica le ha diagnosticado al niño una enfermedad crónica (puede incluir afecciones mentales, asma, cáncer, diabetes, convulsiones, TDAH, autismo, espina bífida, anemia falciforme o alergias potencialmente mortales)?

Sí – Por favor descríbalo: La afección de salud se considera:  Severa  Moderada  Leve

No ¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección?  Sí  No



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

**Información Sobre el Niño – Desarrollo**

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo?

Sí – marque a continuación todas las que correspondan  No

<input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.)	<input type="checkbox"/> Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas	<input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Motricidad fina/ motricidad gruesa	<input type="checkbox"/> Dolor/caries dentales/encías que sangran

Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa:

¿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 tuvo una evaluación y se determinó que era elegible para un IEP, pero rechazamos los servicios.
- Mi hijo ha tenido un IFSP en el pasado pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar.
- 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.
- Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.

**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"/> M <input type="checkbox"/> F
Identidad de género (opcional)		
Pronombres preferidos (opcional)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección (incluir ciudad, estado y código postal)		
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 Alterno	<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?		



El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
¿Necesita intérprete para este idioma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Eres hispana / latina?	<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 más alto que completó?	<input type="checkbox"/> 6º grado o menos <input type="checkbox"/> 7º a 12º 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"/> 6º grado o menos <input type="checkbox"/> 7º a 12º 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
¿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"/> No, 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"/> No, 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

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

**Inquietudes Familiares**

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

<input type="checkbox"/> Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar</li> <li><input type="checkbox"/> Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar</li> <li><input type="checkbox"/> Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar</li> </ul> <input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad	<input type="checkbox"/> La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> La familia tiene inquietudes legales</li> <li><input type="checkbox"/> El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio</li> <li><input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño es un trabajador migrante o de temporada con más de la mitad de los ingresos familiares provenientes del trabajo agrícola</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)</li> <li><input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación)</li> <li><input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño</li> <li><input type="checkbox"/> Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses)</li> <li><input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso <i>en útero</i>		
<input type="checkbox"/> Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso <i>en útero</i>		

**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.

<input type="checkbox"/> Dueños <input type="checkbox"/> Alquilan	<input type="checkbox"/> Militar – esperando vivienda permanente <input type="checkbox"/> En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia (seleccione una opción a continuación): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar</li> </ul>
<input type="checkbox"/> En un motel <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar	<input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Otro – Por favor describa:	

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

**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)

SNAP

---

Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente:

TANF solo para el niño  WorkFirst  Subsidio para Guardería de Working Connections  WIC

¿Fue remitido a este programa por una agencia?

Sí – Nombre: \_\_\_\_\_  No

**Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño.**

Nombre [Nombre y Apellido(s)]	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
			<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?

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)

**PSESD Early Learning Staff Only**

**Section 1:** Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer

Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	

**EHS Only** - Is this a newborn taking a pregnancy slot?  Yes  No      If yes, pregnant participant's name:

**Section 2:** For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Childcare 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:**