



Washington State Department of Early Learning

# Preselección y solicitud para el programa ECEAP (formulario combinado)

Enviar el formulario completado a: ECEAP OFFICE 1107 GRACE AVE., CALL 588-2194

## 1. Información del niño

Año escolar para el cual se está presentando la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre legal \_\_\_\_\_

Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido legal \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Sexo: Masc. Fem.

¿Se encuentra este niño en un Programa de Educación Individualizada (IEP)?

Sí  No

Si responde no, ¿tiene usted alguna inquietud acerca del desarrollo de este niño?  Sí  No

¿Se encuentra este niño en cuidado suplente autorizado?

Sí  No

¿La familia de este niño está recibiendo actualmente Servicios de Protección de Menores (CPS)?

Sí  No

¿La familia de este niño está recibiendo actualmente servicios de Respuesta de Evaluación Familiar (FAR)?

Sí  No

¿Es este un niño sin hogar (no tiene una residencia fija, habitual y adecuada donde pasar la noche)?

Sí  No

Si responde sí, ¿vive este niño sin hogar con uno de sus padres o con un tutor legal?  Sí  No

¿Se encuentra este niño bajo cuidado en una residencia familiar con un tutor que recibe un subsidio de TANF (Asistencia temporaria para familias necesitadas) en nombre del niño?

Sí  No

Idioma materno del niño \_\_\_\_\_ Segundo idioma del niño \_\_\_\_\_

¿Es este niño hispano/latino?  Sí  No

Selecciona los que aplique:

- Argentino
- Boliviano
- Chileno
- Colombiano
- Costarricense
- Cubano
- Dominicano
- Ecuatoriano
- Guatemalteco
- Hondureño
- Mexicano o mexicano-estadounidense (chicano)

- Panameño
- Peruano
- Puertorriqueño
- Salvadoreño
- Español
- Uruguayo
- Venezolano
- Latinoamericano
- Otro origen hispano o latino (describir)

Nicaragüense

**Raza del niño (puede seleccionar más de una):**

*Esta pregunta es acerca del origen étnico, no la raza. 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**

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

**Nativo de Hawái u oriundo de otras islas del Pacífico**

- Fiyiano
- 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 Hébridas)
- Yapés

## 2. Información de contacto de padre/madre/tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sexo: Masc. Fem.

Relación con el niño:  Padre/Madre (biológicos o adoptivos)  Padrastro/Madrastra  Padre/Madre suplentes  
 Abuelo/Abuela  Otro pariente  Otro tutor legal  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Condado \_\_\_\_\_

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

Distrito escolar \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

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

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

### Padres/Tutores adicionales: (si la dirección es diferente, por favor escriba a continuación)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 3. El niño vive con:

Uno de los padres/tutores (Nombre) \_\_\_\_\_

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

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 4.**

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 4.**

Si responde **no**, indique el nombre del padre/tutor legal que comparte la custodia para cada hogar. No incluya a sus cónyuges. Solamente para esta situación familiar, vea el \* en la pregunta 4 a continuación.

(Hogar 1) \_\_\_\_\_ (Hogar 2) \_\_\_\_\_

**4. Tamaño aproximado del grupo familiar** – Esto se utiliza para determinar el nivel federal de pobreza de la familia, y es posible que sea distinto del número de personas en la casa.

- (a) Además del niño del programa ECEAP y el padre/los padres que se mencionan en la pregunta 3, ¿cuántos niños y adultos adicionales viven en el mismo hogar/los mismos hogares junto con este niño? \_\_\_\_\_
- (b) Del número que se acaba de indicar, ¿cuántas personas están siendo mantenidas por, los ingresos que reciben los padres mencionados en la pregunta 3 más arriba? Si los ingresos del hogar son de \$0, escriba el número que figura en la casilla 4a. \_\_\_\_\_
- (c) Del número que se acaba de indicar, ¿cuántas personas tienen una relación de parentesco consanguíneo, por matrimonio o por adopción con el padre/los padres que se menciona en la pregunta 3? \_\_\_\_\_ Este y el niño del programa ECEAP y el padre/los padres que se mencionan en la pregunta 3, es el “tamaño del grupo familiar” a los fines del nivel federal de pobreza.

**5-8. Actividades de los Padres**

	<b>Padre #1</b> El nombre _____	<b>Padre #2</b> El nombre _____
<b>5. ¿El padre, la madre o el tutor están empleados?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana en el trabajo remunerado, más los viajes de trabajo.		
b. Si la respuesta es sí, ingrese el nombre del empleador y el teléfono o correo electrónico.		
<b>6. ¿Este padre, madre o tutor está inscrito y asiste a la escuela o a capacitación laboral?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana de clase y los viajes relacionados en época escolar. Incluya el horario de clase, hasta 10 horas de tiempo de estudio, y el tiempo de viaje.		
b. Si la respuesta es sí, ingrese el nombre de la escuela u organización de capacitación.		
c. Si la respuesta es sí, ingrese el objetivo o la especialidad.		
<b>7. ¿Este padre, madre o tutor desempeña alguna actividad aprobada por WorkFirst aparte del empleo, la educación o la capacitación laboral mencionados anteriormente?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, describa la actividad		
d. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana una actividad aprobada y los viajes conexos.		
<b>8. ¿La familia tiene la aprobación para recibir cuidado de niños a través de Servicios de Protección de Menores (CPS), incluyendo Respuesta de Evaluación Familiar (FAR)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas probadas por semana.		

**9. Ingresos anuales aproximado el/los padre(s) \$ \_\_\_\_\_**

¿Cuáles son los ingresos anuales totales aproximados que recibe(n) el/los padre(s) o tutor(es) de este niño mencionado(s) en la pregunta 3 más arriba?

**10. ¿Cómo supo usted acerca del programa ECEAP?**

- Sitio web de DEL    Evento en la comunidad    Volante    Empleado de ECEAP  
 Recomendación    Trabajador del caso    Agencia de la comunidad    Medios de comunicación

**11. Información de la familia: Otros miembros del hogar (Opcional)**

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

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

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

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

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

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

**13. 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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si responde sí, pase a la sección 5.

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

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

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

## 15. Inscripciones anteriores

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

Si responde sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Sí  No

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

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

## 16. Preguntas adicionales

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

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

¿Ha sufrido su familia violencia doméstica alguna vez?

Sí  No

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

Sí  No

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

Sí  No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Firma de padre/madre/tutor**

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

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

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

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

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

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