

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:

Número Telefónico:



Solicitud para la Educación Temprana 2024-2025

Early Learning Application 2024-2025



Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:	Date Received:
-----------------------------------	-----------------	-----------------------

Información Sobre el Niño – General | Child Information – General

Primer Nombre First Name:	Inicial del Segundo Nombre Middle Initial:
Apellido(s) Last Name:	Nombre Preferido Preferred Name:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year):	
Género Gender: ☐ M ☐ F	
Identidad de género (opcional) Gender Identity (optional):	
Pronombres preferidos (opcional) Preferred pronouns (optional):	

¿Cuál es el idioma natal de este niño? What is this child's home language?		2º idioma 2nd language:	
Este niño habla This child speaks:	☐ Solamente inglés Only English	☐ Mayormente inglés y otro idioma Mostly English and another language	☐ *Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma *Some English, but mostly another language
	☐ Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) Both English and another language the same (bilingual)		☐ *Solamente un idioma diferente al inglés *Only a language other than English

¿Este niño es hispano/latino? Is this child Hispanic/Latino? ☐ Sí Yes ☐ No ☐ Negarse a denunciar Decline to Report	
¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan. What is this child's race? Check all that apply.	
☐ Africano/afroamericano/negro African/African American/Black ☐ Asiático Asian ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian	☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Blanco White ☐ Negarse a denunciar Decline to Report ☐ No aparece en la lista anterior Not listed:
¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia? What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje? Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? ☐ Sí Yes ☐ No	

¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent.		
☐ Ninguno None ☐ Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Intervención temprana desde el nacimiento hasta los tres años Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	☐ Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State ☐ Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County	☐ Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
¿Cuándo asistió este niño? When did this child last attend?		Nombre y ubicación del Programa Name and location of program:
¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ☐ Sí Yes ☐ No		
¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando? Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ☐ Sí Yes ☐ No		



El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

Cuidado de crianza o parentesco | Foster or Kinship Care

¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? ☐ Sí | Yes ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente? | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? | What is the monthly grant/payment amount and source?

\$

☐ DSHS ☐ SSI☐ Tribu | Tribe☐ Otro | Other

de niños cubiertos por la cantidad del subsidio | # of children covered by grant amount:

¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención? | Is this child in kinship care **without** a grant amount?

☐ Sí | Yes ☐ 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? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? ☐ Sí | Yes ☐ No

¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes? | Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? ☐ Sí | Yes ☐ No

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

¿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? | Does your family currently receive services/support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system? ☐ Sí | Yes ☐ No

¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente? | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? ☐ Sí | Yes ☐ No

¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?

☐ Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? | Yes – How many approved hours per week?

☐ No

¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? ☐ Sí | Yes ☐ No

Información Sobre el Niño – Salud | Child Information – Health

¿Este niño cuenta con seguro médico? | Does this child have medical insurance? ☐ Sí | Yes ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? | If yes, what type? ☐ Washington Apple Health/ProviderOne ☐ Seguro Privado | Private Insurance ☐ Tribal ☐ Cobertura Médica Militar | Military Medical Coverage

¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?

☐ Sí – Nombre de la clínica/proveedor | Yes - Name of clinic/provider:

Nombre del profesional médico | Name of medical professional:

☐ No

¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?

☐ Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) | Yes – Date of last exam (month/day/year):

☐ No ☐ Fecha desconocida | Date Unknown



El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

¿Este niño cuenta con seguro dental? | Does this child have dental insurance? ☐ Sí | Yes ☐ NoSi la respuesta es afirmativa, ☐ Washington Apple ☐ Seguro Privado | ☐ Tribal ☐ ABCD ☐ Cobertura Dental Militar |
¿Qué tipo? | If yes, what type? Health/ProviderOne Private Insurance Military Dental Coverage

¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular? | Does this child have a regular dentist or dental clinic?

☐ Sí – Nombre de la clínica/proveedor | Yes - Name of clinic/provider: Nombre del profesional dental | Name of dental professional:☐ No

¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores? | Did this child have dental exam within the last 6 months?

☐ Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) | Yes – Date of last exam (month/day/year):☐ No ☐ Fecha desconocida | Date Unknown

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo? | What is your child's immunization status?

☐ Completamente vacunado | Fully immunized ☐ Exento | Exempt ☐ Ni completamente vacunado ni exento | Not fully immunized or exempt☐ No estoy seguro | Not sure

¿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)? | Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bífida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?

☐ Sí – Por favor descríballo | Yes – Please describe:

La afección de salud se considera | The health condition is considered:

☐ Severa | Severe ☐ Moderada | Moderate ☐ Leve | Mild☐ No

¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección? |

Has a Health Care Provider diagnosed this condition? ☐ Sí | Yes ☐ No

Información Sobre el Niño – Desarrollo | Child Information - Development

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo? | Do you have concerns about this child's health?

☐ Sí – marque a continuación todas las que correspondan | Yes – check all that apply below ☐ No☐ Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.)

| Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)

☐ Nacimiento antes de término, menos de

37 semanas | Preterm birth less than 37

weeks

☐ Afectado por drogas/alcohol |

Drug/alcohol affected

☐ Audición | Hearing☐ Visión | Vision☐ Motricidad fina/ motricidad gruesa | Fine

motor/gross motor

☐ Dolor/caries dentales/encías que

sangran | Tooth pain/decay/bleeding gums

☐ Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa | Food intolerance/special diet – Please describe:

¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) actual y activo? | Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

☐ Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud. | Yes – Please provide a copy with your application.☐ No – Marque si corresponde alguna de estas opciones | No – Check if any of these apply:☐ Mi hijo tuvo una evaluación y se determinó que era elegible para un IEP, pero rechazamos los servicios. | My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services.☐ Mi hijo ha tenido un IFSP en el pasado pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar. | My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.☐ 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. | My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.☐ Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad. | My child has a suspected developmental delay or disability.☐ Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo. | I have concerns about my child's development.

El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

Información Sobre el Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian Information

Este niño vive con | This child lives with:

- ☐ **Unos de los padres/tutores (llene Padre/Madre/Tutor 1)** | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)
- ☐ **Dos padres/tutores en el mismo hogar (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2)** | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)
- ☐ **Dos padres/tutores en dos hogares (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2)** | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
Nombre Name		
Relación con el Niño Relationship to child	☐ Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent ☐ Padre o Madre de Acogida Foster Parent ☐ Abuelo o abuela Grandparent ☐ Tío/Tía Aunt/Uncle ☐ Otro Other:	☐ Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent ☐ Padre o Madre de Acogida Foster Parent ☐ Abuelo o abuela Grandparent ☐ Tío/Tía Aunt/Uncle ☐ Otro Other:
Género Gender	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Identidad de género (opcional) Gender Identity (optional)		
Pronombres preferidos (opcional) Preferred pronouns (optional)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year)		
Dirección (incluir ciudad, estado y código postal) Address (include City, State, Zip)		
Teléfono Phone	☐ Hogar Home ☐ Celular Cell ☐ Empleo Work	☐ Hogar Home ☐ Celular Cell ☐ Empleo Work
Teléfono Alternativo Alternate Phone	☐ Hogar Home ☐ Celular Cell ☐ Empleo Work	☐ Hogar Home ☐ Celular Cell ☐ Empleo Work
Dirección de Correo Electrónico Email		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño? Were you under age 18 when this child was born?	☐ Sí Yes ☐ No ☐ N/A	☐ Sí Yes ☐ No ☐ N/A
¿Qué idioma(s) habla? What language(s) do you speak?		



El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Necesita intérprete para este idioma? Do you need an interpreter for this language?	☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
¿Eres hispana / latina? Are you Hispanic/Latino?	☐ Sí Yes ☐ No ☐ Negarse a denunciar Decline to Report	☐ Sí Yes ☐ No ☐ Negarse a denunciar Decline to Report
¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan. What is your race? Check all that apply.	☐ Africano/afroamericano/negro African/African American/Black ☐ Asiático Asian ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Blanco White ☐ Negarse a denunciar Decline to Report ☐ No aparece en la lista anterior Not listed above:	☐ Africano/afroamericano/negro African/African American/Black ☐ Asiático Asian ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Blanco White ☐ Negarse a denunciar Decline to Report ☐ No aparece en la lista anterior Not listed above:
¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? What is the highest level of education you completed?	☐ 6º grado o menos 6 th grade or less ☐ 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma ☐ GED ☐ Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training ☐ Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate ☐ Título de Técnico Superior Associate degree ☐ Título de Licenciatura Bachelor's degree ☐ Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree ☐ Ninguno None	☐ 6º grado o menos 6 th grade or less ☐ 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma ☐ GED ☐ Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training ☐ Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate ☐ Título de Técnico Superior Associate degree ☐ Título de Licenciatura Bachelor's degree ☐ Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree ☐ Ninguno None
¿Cuenta actualmente con empleo? Are you currently employed?	☐ Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes – How many hours per week (including travel)? Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #: ☐ No ☐ No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled ☐ Por temporada Seasonal	☐ Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes – How many hours per week (including travel)? Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #: ☐ No ☐ No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled ☐ Por temporada Seasonal
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando? Are you currently in job training or school?	☐ Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: ☐ No	☐ Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: ☐ No



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

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? Are you in an approved WorkFirst activity?	☐ Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ No	☐ Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ No
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.? Are you or have been in the U.S. military?	☐ Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member ☐ Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ Sí, veterano Yes, veteran ☐ No	☐ Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member ☐ Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ Sí, veterano Yes, veteran ☐ No

Inquietudes Familiares | Family Concerns

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

☐ Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: ☐ Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Unable to engage in work/school/family life ☐ Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar Somewhat able to engage in work/school/ family life ☐ Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Mostly able to engage in work/school/family life ☐ El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability ☐ Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso en útero Household domestic violence (past or current), including in utero	☐ Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso en útero Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero ☐ La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others ☐ Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job ☐ La familia tiene inquietudes legales Family has legal concerns ☐ El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio Child has a family member who attended Indian Boarding School ☐ 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 Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work	☐ Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing) ☐ Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) Recent immigrant/refugee (past 5 years) ☐ El padre/tutor del niño está/ha estado encarcelado Child's parent/guardian is/has been incarcerated ☐ Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) ☐ Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño Child's parents/guardians divorced or separated during child's life ☐ Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) Family previously homeless (in the last 12 months) ☐ Preocupaciones con la vivienda Family concerns with housing ☐ Ninguno None
--	---	--



El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

Situación Familiar de Vivienda | Family Living Situation

¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? ☐ Sí | Yes ☐ 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. | What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

☐ Dueños | Own☐ Militar – esperando vivienda permanente | Military – waiting for permanent housing☐ Alquilan | Rent☐ En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia (seleccione una opción a continuación) | In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

➤ ☐ Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.) | By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)

☐ En un motel | In a motel

➤ ☐ Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar | Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

☐ En un refugio | In a shelter☐ Vivienda de Transición | Transitional Housing☐ En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar | A car, park, campsite, or similar location☐ Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón | Moving from place to place/couch surfing☐ En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)☐ Otro – Por favor describa | Other – Please describe:

Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia | Family Income and Family Size

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 | Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance:

☐ SSI por discapacidad, recibido por | SSI for disability received by: ☐ el Niño | Child ☐ el Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian☐ Otro – Relación con el Niño | Other – Relationship to child:☐ Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash☐ SNAP☐ Ninguno | None

Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente | Check all that apply if your family receives the following:

☐ TANF solo para el niño | Child-only TANF☐ WorkFirst☐ Subsidio para Guardería de Working Connections | Working Connections Child Care subsidy☐ WIC☐ Ninguno | None

¿Fue remitido a este programa por una agencia? | Were you referred to this program by an agency?

☐ No ☐ Sí – Nombre | Yes - Name:

¿Cómo se enteró de este programa? | How did you find out about this program?



El primer nombre del niño:

Apellido(s) del niño:

Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño. Please list all people living in this child's primary household.				
Nombre [Nombre y Apellido(s)] Name (First and Last)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Birthdate (month/day/year)	Relación con el niño Relationship to child	¿Esta persona recibe apoyo financiero del padre/tutor? Is this person financially supported by parent/guardian?	¿Está esta persona relacionada con el padre/tutor por sangre, matrimonio o adopción? Is this person related to parent/guardian by blood, marriage, or adoption?
Niño Applying Child		Niño Applying Child	☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
Padre/madre/tutor Parent/Guardian		Padre/madre/tutor Parent/Guardian	☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
Padre/madre/tutor Parent/Guardian		Padre/madre/tutor Parent/Guardian	☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No
			☐ Sí Yes ☐ No	☐ Sí Yes ☐ No

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. Informaré todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo exigen los Programas de Aprendizaje Temprano. Si a sabiendas proporciono información falsa, entiendo que es posible que mi familia no pueda continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, es posible que tenga que reembolsar el monto gastado en mi hijo.

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.

I promise that the information on this form is true and correct. I will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in the databases or shared with state or federal agencies. Information in the databases may be used for the following:

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

Firma del Padre/Madre/Tutor | Parent/Guardian Signature _____

Fecha | Date _____ (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)

