



## 2019-20 Preselección y solicitud para el programa ECEAP (formulario combinado)

Enviar el formulario completado a: CC Parker at Stevens Elementary (509)354-4221 or email: CCP@spokaneschools.org  
Juliana Greiner at Roosevelt (509)354-4041, Lincoln Heights (509)354-3336, email: JulianaG@spokaneschools.org

### 1. Información del niño

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

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

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

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

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

Apodo \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

IEP - ¿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

CPS - ¿La familia de este niño está recibiendo actualmente Servicios de Protección de Menores (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR) o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios)?  Sí  No

Cuidado suplente - ¿Se encuentra este niño en cuidado suplente autorizado? Esto significa que hay autorización de un cuidador de parte de un estado o tribu que dice que se trata de una colocación en un hogar de crianza.  Sí  No

Cuidado por parientes - ¿Se encuentra este niño bajo cuidado por parientes, con o sin subsidio, con un pariente o con otra persona adecuada?  Sí  No

Adoptado después del cuidado suplente o por parientes - ¿Fue este niño adoptado después de recibir cuidado suplente o por parientes?  Sí  No

Vivienda (seleccione una opción):

Alquila o posee una residencia adecuada

Comparte vivienda con otra familia por conveniencia, para estar cerca de la familia o amigos o para ahorrar dinero para futuros planes

Comparte vivienda con otra familia debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar

Vive en un refugio de emergencia o transición  Duerme en un hotel, un motel, en el carro, en el parque, en un lugar para campamentos u otras ubicaciones similares

Se muda de un lugar a otro (duerme en sofás ajenos)

Vivienda inadecuada por motivos como no tener agua, calefacción o electricidad, tener un exceso de moho o no tener instalaciones para cocinar

Idioma - Este niño habla (seleccione solo una):

Solo inglés

Mayormente inglés, y un poco de otro idioma natal

Algo de inglés, pero mayormente otro idioma natal

Inglés y otro idioma al nivel de su edad (bilingüe)

Solo un idioma del hogar diferente al inglés

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)
- Nicaragüense
- Panameño
- Peruano
- Puertorriqueño

- Salvadoreño
- Español
- Uruguayo
- Venezolano
- Latinoamericano
- Otro origen hispano o latino (describir) \_\_\_\_\_

**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**

- Chehalis
- Chinook
- Colville
- Cowlitz
- Duwamish
- Hoh
- Jamestown
- Kalispel
- Kikiallus
- Lower Elwha
- 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
- Otro asiático \_\_\_\_\_

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

- Fiyano
- 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 Hébridias)
- Yapés
- Otro isleño del Pacífico \_\_\_\_\_

## 2. Miembros del hogar

Por favor, mencione a todos los que viven en el hogar que puedan incluirse en el tamaño de la familia.

Para las familias que viven temporalmente con parientes u otras personas, no mencione a los anfitriones.

Para familias que viven entre dos hogares cuando los padres comparten la custodia por igual, y ninguno de los padres tiene la custodia principal para los niños, y no hay pagos de manutención para niños:

- Mencione a todos los que viven en los dos hogares abajo.
- Identifique las personas que viven en la segunda casa.
- Responda las preguntas sobre apoyo financiero y relaciones.

Nuestro equipo de trabajo usará esta información para calcular el tamaño de la familia para determinar el nivel de pobreza federal.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño de ECEAP	¿El padre o tutor del niño de ECEAP apoya financieramente a esta persona? * Consulte la nota a continuación para personas de 19 años o más.	¿Esta persona está emparentada con el padre/tutor del niño de ECEAP por sangre, matrimonio o adopción?
Niño de ECEAP:			Niño de ECEAP	Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí

\* Responda No para las personas de 19 años de edad o mayor que no son los padres del niño de ECEAP, y que reciben ingresos ganados y/o no ganados, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño de ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

Solo uso de personal:

Tamaño del grupo familiar para determinar el nivel federal de pobreza \_\_\_\_\_

Un niño que se encuentra en cuidado suplente, o que vive con un tutor que recibe un pago estatal, tribal o de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) en nombre del niño, cuenta como familia de 1.

Por todos los demás, cuenta todas las personas con Si por las dos respuestas arriba.

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

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

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

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

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

### 4. El niño vive con:

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

**Pase a la sección 5.**

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

**Pase a la sección 5.**

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 5.**

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 5.**

Si responde **no**, indique el nombre del padre/tutor legal que comparte la custodia para cada hogar. No incluya a sus cónyuges.

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

Información de contacto para el 2.º hogar:

Dirección física \_\_\_\_\_ N.º de apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

## 5. Empleo de padres, capacitación y otras actividades

Responda las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor nombrado en la pregunta N.º 4.

No incluya las mismas horas en más de una categoría. Por ejemplo:

- No incluya las mismas horas de la semana tanto en el empleo como en WorkFirst.
- No incluya las mismas horas de cuidado de niños de los Servicios de Protección de Niños (CPS) por separado para ambos padres.

	Padre #1 El nombre _____	Padre #2 El nombre _____
<b>¿Tiene un empleo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el promedio de horas pagas semanales		
b. Si responde sí, ingrese el nombre del empleador (no ingrese desconocido o N/A)		
c. Si responde sí, ingrese el número de teléfono o el correo electrónico del empleador		
<b>¿Está en la escuela o en capacitación para un trabajo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas de clase semanales		
b. Si responde sí, indique la cantidad de horas de estudio semanales (máximo 10)		
c. Si responde sí, ingrese el nombre de la escuela o la organización de capacitación.		
d. Si responde sí, ingrese la meta o especialidad.		
<b>¿Viaja entre las actividades de cuidado de niños y el trabajo/la escuela?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas semanales (máximo 10)		
<b>¿Hay horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW que no se hayan incluido anteriormente?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales semanales para el cuidado de niños aprobadas por CPS		
<b>¿Hay horas WorkFirst aprobadas que no se hayan incluido anteriormente?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el nombre de la actividad.		
b. Si responde sí, indique el total de horas semanales		
<b>¿Padre discapacitado que no puede trabajar y no puede cuidar al niño mientras el otro trabaja?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si alguno de los padres tiene un total de más de 55 horas semanales, explique:</b>		

## 6. ¿Cómo supo usted acerca del programa ECEAP?

- Sitio web de DCYF  
  Evento en la comunidad  
  Volante  
  Empleado de ECEAP  
 Recomendación  
  Trabajador del caso  
  Agencia de la comunidad: \_\_\_\_\_  
 Medios de comunicación  
  Otro: \_\_\_\_\_

## 7. Encuesta para planificación a nivel estatal

Si pudiera elegir la duración del día para el preescolar de su hijo, ¿cuál sería la mejor para su hijo y su familia?  
*Por favor, tenga en cuenta que es posible que estas opciones no estén disponibles en su comunidad este año.*

- Medio día: alrededor de tres horas, tres o cuatro días a la semana.  
 Día escolar: alrededor de seis horas, cuatro o cinco días a la semana.  
 Jornada laboral: disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado infantil.

## 8. 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

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

En el caso de niños bajo el cuidado suplente o por parientes o que han sido adoptados después de recibir estos cuidados, si aplica, complete esta casilla y pase a la sección 10

Subsidio o pago mensual por cuidado suplente, cuidado por parientes o apoyo de adopción \$ \_\_\_\_\_

N.º de niños cubiertos por este monto de subsidio o pago \_\_\_\_\_

Fuente de pago (encierre en un círculo): Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social And Health Services, DSHS) SSI Tribu Otro

N.º de caso o N.º de ID del cliente, de haberlo: \_\_\_\_\_

¿Recibió esta familia ingresos durante el pasado año calendario o durante los 12 meses anteriores?  Sí  No

- Si la respuesta es no, indique la razón por la que no tiene ingresos y explique cómo se satisfacen las necesidades básicas: \_\_\_\_\_

- Escriba todos los ingresos de la familia durante un año en el cuadro que figura a continuación.

o 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					\$
	Talones de pago para los 12 meses					\$
	Se recibirá manutención infantil si así lo requiere una orden de manutención infantil.			\$		\$
	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, FSH, 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)	\$				\$
	Ingreso tribal (Imponibles)					\$
	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 10.*

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

- Pérdida de la persona que ganaba el salario  Divorcio o separación  Pérdida imprevista del empleo  
 Reducción de horas laborales  Problemas de salud/lesiones  Pérdida de beneficios  
 Circunstancia inesperada similar (explique) \_\_\_\_\_

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

## 10. Inscripciones anteriores

Este niño fue inscrito anteriormente en:

- Head Start en su agencia  Early Head Start  
 Head Start con una agencia diferente  Cualquier programa de visitas a domicilio de birth-to-three  
 Head Start de migrante/estacional en cualquier sitio en Washington  Apoyo Temprano para Infantes y Niños Pequeños (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT)

## 11. IEP o sospecha de retraso

- El niño tiene un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP).  
 Se sospecha que este niño tiene un retraso o discapacidad del desarrollo.

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

- Autismo  Discapacidad intelectual  Discapacidad específica del aprendizaje  
 Sordera-ceguera  Discapacidades múltiples  Deficiencias del habla o del lenguaje  
 Retraso en el desarrollo  Impedimentos ortopédicos  Lesión cerebral traumática  
 Perturbación emocional  Otras deficiencias de salud  Deficiencias visuales  
 Deficiencias auditivas

Fecha de inicio del IEP \_\_\_\_\_ Fecha de culminación del IEP \_\_\_\_\_

¿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

**12.** ¿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.*

## 13. Preguntas adicionales

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

¿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) o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios) 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

¿Está esta familia socialmente aislada, con falta total, o casi total, de contacto con los demás?

Sí  No

¿ECEAP ha recibido una referencia profesional para esta familia?

Sí  No

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_

#### 14. 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		
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)		
Título de Asociado (Associate degree)		
Título de Licenciatura (Bachelors degree)		
Maestría o doctorado		

#### 15. 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 / Washington Apple Health for Kids  Cobertura médica militar

Seguro médico privado  Cobertura tribal

¿Tiene este niño un médico o una clínica médica habituales?

Sí  No  Se desconoce

Nombre de la clínica o proveedor \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre del profesional médico \_\_\_\_\_

¿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/ Washington Apple Health for Kids

Cobertura dental militar

Seguro dental privado

Cobertura tribal

ABCD (no disponible en todos los condados)

¿Tiene este niño un dentista o una clínica dental habituales?

Sí  No  Se desconoce

Nombre de la clínica o proveedor \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre del profesional dental \_\_\_\_\_

¿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 presente en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo exige el ECEAP. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa, mi familia no podría continuar con los servicios de ECEAP. Además, es posible que tenga que reembolsar el monto empleado para el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se ingresa en el Sistema de Administración de Aprendizaje Temprano (ELMS) y está bajo la operación del Department of Children, Youth, and Families (DCYF). El DCYF se compromete a proteger la información confidencial y personal que pueda identificar a un niño o a una familia. Ninguna información relacionada con el estatus de inmigración se ingresa en el ELMS ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en el ELMS se puede utilizar para:

- Estudios de investigación para determinar si la participación en el ECEAP ayuda a los niños en sus vidas posteriormente.
- Para demostrar que el estado de Washington gasta parte de sus propios fondos en programas para familias, lo que se requiere para recibir dinero del programa Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families) del gobierno federal.

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. Entiendo que los estándares de desempeño de ECEAP requieren que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho un uso fraudulento de los fondos de ECEAP incluidos, entre otros, los siguientes un empleado que ingresa intencionalmente información engañosa o falsa a ELMS con respecto a:

- Criterios para la elegibilidad del niño.
- Las fechas de inicio reales y los últimos días en clase de los niños.
- Fechas de inicio o fin de las clases.
- Servicios que en realidad no se proporcionaron.
- Una familia que proporciona información falsa para inscribirse en ECEAP.

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

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