

Selección previa y solicitud de EARLY ECEAP 2021-2022 (formulario combinado)

2021-2022 Early Early ECEAP Prescreen & Application(Combined Form)

Año escolar para el que
presenta solicitud: _____

Entregar a: _____

Sección 1: Información del niño

Nombre legal

Segundo nombre

Apellido legal

Fecha de nacimiento del niño _____ Apodo _____ Identidad de género _____

IFSP - ¿Este niño tiene un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)? Sí No

CPS - ¿La familia de este niño está involucrada activamente con, o recibiendo apoyos de, sistemas tribales o estatales como Servicios de Protección para Niños (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR), Bienestar de Niños Indígenas (ICW), servicios tribales comparables o con el sistema policial o judicial, en referencia a maltrato, descuido o agresión sexual contra niños? Sí No

Cuidado de crianza - ¿Este niño está en cuidado de crianza oficial? *Esto significa que hay una autorización de un estado o una tribu a un cuidador que establece que es una colocación de cuidado de crianza.* Sí No

Familiares – ¿Este niño está en cuidado de familiares con un pariente u otra persona apropiada, con o sin subsidio? Sí No

Adopción después de cuidado de crianza/familiar - ¿Este niño fue adoptado después de cuidado de crianza, cuidado de familiares o después de vivir en un orfanato en otro país (*no incluye otras adopciones*)? Sí No

Vivienda (seleccione una opción)

- Alquilan o poseen una residencia adecuada
Comparten vivienda con otra familia por conveniencia, para estar cerca de familiares o amigos, o para ahorrar dinero para planes futuros.
- Comparten vivienda con otra familia debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas o motivos similares.
- En un albergue de emergencia o de transición
- Duermen en un hotel, motel, automóvil, parque, campamento o lugar similar
- Se mudan de un lugar a otro (con distintos amigos)
- Vivienda inadecuada, por ejemplo, sin agua, calefacción o electricidad; con moho excesivo; o sin instalaciones para cocinar

Idioma Este niño habla (seleccione solo una opción)

- Solo inglés Idioma principal del niño:

- Principalmente inglés, y algo de otro idioma familiar Idioma secundario del niño:

- Algo de inglés, y principalmente otro idioma familiar _____
- Inglés y otro idioma al nivel apropiado para su edad (bilingüe) _____
- Solamente el idioma familiar, distinto a _____

¿Este niño es hispano/latino? Sí No

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Boliviano | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Salvadoreño |
| <input type="checkbox"/> Chileno | <input type="checkbox"/> Mexicano o mexicano-estadounidense (Chicano) | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Uruguayo |
| <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Panameño | <input type="checkbox"/> Venezolano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Peruano | <input type="checkbox"/> Latinoamericano |
| <input type="checkbox"/> Dominicano | | <input type="checkbox"/> Otro <i>hispano o latino</i> |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | | |
-

¿A qué raza(s) considera que pertenece este niño? (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indígena americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Fiyiano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chinook | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Aleut (Unangan) | <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Kosraense |
| <input type="checkbox"/> Alutiiq | <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Mariano |
| <input type="checkbox"/> Athabaskan | <input type="checkbox"/> Duwamish | <input type="checkbox"/> Marshalés |
| <input type="checkbox"/> Esquimal (Inupiaq o Yupik) | <input type="checkbox"/> Hoh | <input type="checkbox"/> Melanesio |
| <input type="checkbox"/> Eyak | <input type="checkbox"/> Jamestown | <input type="checkbox"/> Micronesio |
| <input type="checkbox"/> Haida | <input type="checkbox"/> Kalispel | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Tlingit | <input type="checkbox"/> Kikiallus | <input type="checkbox"/> Palauano |
| <input type="checkbox"/> Tsimshian | <input type="checkbox"/> Lower Elwha | <input type="checkbox"/> Papú |
| <input type="checkbox"/> Otro nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Lummi | <input type="checkbox"/> Ponapeño |
| | <input type="checkbox"/> Makah | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Salomonense |
| | <input type="checkbox"/> Nisqually | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| | <input type="checkbox"/> Nooksack | <input type="checkbox"/> Tarawense |
| | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam | <input type="checkbox"/> Tokelauense |
| | <input type="checkbox"/> Puyallup | <input type="checkbox"/> Tongano |
| | <input type="checkbox"/> Quileute | <input type="checkbox"/> Trukés (Chuukés) |
| | <input type="checkbox"/> Quinault | <input type="checkbox"/> Vanuatuense |
| | <input type="checkbox"/> Samish | <input type="checkbox"/> Yapés |
| | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Shoalwater | |
| | <input type="checkbox"/> Skokomish | |
| | <input type="checkbox"/> Snohomish | |
| | <input type="checkbox"/> Snoqualmie | |
| | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo | |
| | <input type="checkbox"/> Spokane | |
| | <input type="checkbox"/> Squaxin Island | |
| | <input type="checkbox"/> Steilacoom | |
| | <input type="checkbox"/> Stillaguamish | |
| | <input type="checkbox"/> Suquamish | |
| | <input type="checkbox"/> Swinomish | |
| | <input type="checkbox"/> Tulalip | |
| | <input type="checkbox"/> Upper Skagit | |
| | <input type="checkbox"/> Yakama | |
| | <input type="checkbox"/> Otro indígena americano | |
-

Sección 2: Miembros del hogar

Escriba la información de todas las personas que vivan en el hogar y que se cuenten para el tamaño de la familia.

En el caso de familias que vivan temporalmente con parientes, no incluya a los anfitriones.

En el caso de familias con dos hogares en las que haya custodia compartida sin padre/madre principal y sin manutención

- Incluya a los miembros de ambos hogares en la tabla.
- Marque a los miembros del segundo hogar.
- Después conteste las preguntas sobre sustento financiero y relaciones.

❖ **El personal usará esta información para calcular el tamaño de la familia y determinar el nivel de pobreza federal.**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño en Early ECEAP	¿El padre, la madre o el tutor del niño en Early ECEAP es el sustento financiero de esta persona? * <i>Vea la nota de abajo para personas de 19 años o más.</i>	¿Esta persona tiene parentesco biológico, político o por adopción con el padre, la madre o el tutor del niño en Early ECEAP?
Niño en Early Early ECEAP			Niño en Early ECEAP	Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí

* Responda No en el caso de una persona de 19 años de edad o más que tenga ingresos, ganados o no, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño en Early ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

Para uso exclusivo del personal:

Tamaño de la familia para tabla de FPL _____

Para los niños en cuidado de crianza, con familiares, o adoptados después de cuidado de crianza o con familiares o de vivir en

un orfanato en otro país, el tamaño de la familia es 1. Para todos los demás niños, cuente a las personas con Sí en las dos preguntas anteriores.

Sección 3: Información de contacto de la familia				
Contacto 1:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:	¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla?			
Dirección física	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Teléfono alternativo		
Contacto 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				
Contacto 3:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				
Contacto 4:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				

Sección 4: El niño vive con

Uno de sus padres o un tutor (nombre): _____ **Vaya a la sección 5**

Dos padres o tutores en el mismo hogar (nombres): _____

_____ , _____

Dos padres o tutores en dos hogares

Si marcó esta opción, conteste estas preguntas para determinar los ingresos de cuáles padres se tomarán en cuenta para su elegibilidad para Early ECEAP.

¿Uno de los hogares tiene custodia legal primaria? Sí No

Si contestó que **sí**, ¿cuál de los padres tiene custodia primaria?

Cónyuge de este padre/madre, si lo tiene _____ **Vaya a la sección 5**

Si contestó que **no**, Early ECEAP contará los ingresos del padre/madre/tutor legal de cada hogar. No incluya a sus cónyuges. Escriba aquí los nombres de los padres legales.

Hogar 1:

Hogar 2:

Hogar 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:	¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla?			
Dirección física	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Teléfono alternativo		

Sección 5: Empleo, capacitación y otras actividades de los padres

Conteste las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor mencionados en la pregunta 3.

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

- No cuente las mismas horas de la semana para empleo y para WorkFirst.
- No cuente las mismas horas de cuidado de niños de CPS por separado para dos padres.

	Padre/Madre/Tutor 1 Nombre:	Padre/Madre/Tutor 2 Nombre:
¿Está empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas remuneradas promedio por semana		
b. Si contestó que sí, escriba el nombre del empleador (no escriba "desconocido" ni N/A)		
c. Si contestó que sí, escriba el número telefónico o correo electrónico del empleador		
¿Asiste a la escuela o capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas de clase por semana		
b. Si contestó que sí, horas de estudio por semana (máximo 10)		
c. Si contestó que sí, escriba el nombre de la escuela u organización capacitadora.		
d. Si contestó que sí, escriba su objetivo o carrera.		
¿Traslados entre la guardería y su trabajo/escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas por semana (máximo 10)		
¿Horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW no contadas antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales de cuidado de niños por semana aprobadas por CPS		
¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, nombre de la actividad.		
b. Si contestó que sí, horas totales por semana		
¿Padre/madre incapacitado(a) incapaz de trabajar e incapaz de cuidar del niño mientras el otro padre/madre trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si cualquiera de los padres tiene más de 55 horas en total por semana, explique:		

Sección 6: ¿Cómo se enteró de Early ECEAP?

- Sitio de internet del DCYF
 Evento comunitario
 Volante
 Empleado de Early ECEAP
 De boca en boca
 Trabajador social
 Medio de comunicación
 Agencia comunitaria - nombre de la agencia: _____
 Otro

Sección 7: Situación del hogar

- ¿Su hogar recibe vivienda con subsidio, como un cupón de vivienda o asistencia en efectivo para vivienda?
 Sí No
- ¿Su hogar actualmente recibe un subsidio para cuidado de niños de Working Connections para este niño?
 Sí No

Sección 8: Ingresos recibidos por los padres o tutores del niño

En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, llene este cuadro *vaya a la sección 9*.

- Subsidio o pago mensual por cuidado de crianza, cuidado de familiares o apoyo a la adopción \$ _____
- Número de niños cubiertos por este subsidio o pago _____
- Número de caso o número de identificación del cliente, si tiene: _____
- Origen del pago DSHS SSI Tribu Otro _____

¿Recibió ingresos durante el último año calendario o durante los 12 meses anteriores? Sí No

Si contestó que no, escriba el motivo por el que no tiene ingresos y explique cómo cubre sus necesidades básicas:

Escriba todos los ingresos de la familia en un año en la siguiente tabla.

Seleccione Año calendario 12 meses anteriores
 una opción:

Persona(s) con ingresos	Tipo	Importe semanal	N.º de semanas que lo recibió	Importe mensual	N.º de meses que lo recibió	Importe anual
	W-2					\$
	W-2					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripciones del IRS					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripciones del IRS					\$
	Recibos de nómina de 12 meses					\$
	Recibos de nómina de 12 meses					\$
	Manutención para niños recibida, si la exige una orden de manutención para niños			\$		\$
	Ingresos por discapacidad, incluyendo SSI			\$		\$
	Declaración de permisos e ingresos militares (LES). Cuento todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH y HFD/IDP.			\$		\$
	Ingresos netos por trabajo independiente					\$
	Seguro social u otros beneficios de jubilación			\$		\$
	Asistencia en efectivo de TANF			\$		\$
	Desempleo	\$				\$
	Incapacidad laboral (L&I)	\$				\$
	Ingreso tribal (imponible)					\$
	Otros ingresos no calificados antes			\$		\$
				\$		\$
Reste	Manutención para niños pagada a otro hogar, si la exige una orden de manutención para niños vinculante			\$		\$

¿Aún recibe los ingresos arriba descritos? Yes No **Si contestó que sí, vaya a la sección 9.**
 Si contestó que no y sus circunstancias cambiaron recientemente, explique

Pérdida de persona con ingresos
 Salud/Lesión

Divorcio o separación
 Pérdida de beneficios

Pérdida de empleo inesperada
 Circunstancia inesperada similar (explique)

Reducción de horas de trabajo

¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales? \$ _____ ¿Para qué mes? _____

Sección 9: Inscripción previa

Este niño estuvo inscrito antes en:

Early Head Start en su agencia

Early Head Start con una agencia diferente

Head Start para migrantes/por temporada en cualquier parte de WA

Early Head Start

Nombre del beneficiario de EHS:

Cualquier programa de visitas domiciliarias del nacimiento a los tres años y para niños pequeños

Early ECEAP

Nombre del contratista de Early ECEAP:

ESIT – Apoyo temprano para bebés Nombre del proveedor de ESIT:

Programa de intervención temprana de la Parte C de IDEA en otro estado Nombre del estado y proveedor:

ECLIPSE

Sección 10: IFSP o sospechas de retraso

Este niño tiene un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)

Este niño tiene un diagnóstico de retraso del desarrollo o discapacidad sin IFSP.

Este niño se sometió a una evaluación del desarrollo que recomendó su derivación a una evaluación adicional.

Hay sospechas de que este niño tiene un retraso del desarrollo o discapacidad.
 (No hay un IFSP, diagnóstico o evaluación, ni una evaluación del desarrollo concluida con el resultado "es necesario reevaluar"). Descríbala:

❖ Si este niño tiene un IFSP, marque todas las categorías del IFSP. Si no, vaya a la sección 11.

<input type="checkbox"/> Cognitivo	<input type="checkbox"/> Comunicación expresiva	<input type="checkbox"/> Opinión clínica informada (marque si este es el único método usado para determinar la elegibilidad)
<input type="checkbox"/> Físico: Motriz fina	<input type="checkbox"/> Comunicación receptiva	
<input type="checkbox"/> Físico: Motriz gruesa	<input type="checkbox"/> Problema ortopédico	<input type="checkbox"/> Un trastorno diagnosticado
<input type="checkbox"/> Adaptativo	<input type="checkbox"/> Otro problema de salud	
<input type="checkbox"/> Social o Emocional		

Fecha de inicio del IFSP _____ Fecha de conclusión del IFSP _____

¿Qué agencia de servicios de intervención temprana emitió el IFSP del niño? _____

Este niño recibirá servicios del IFSP:

Solamente en el aula de Early ECEAP

Sección 11:

¿Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado de niños debido a su conducta? Sí No

Early ECEAP atiende a niños con problemas de conducta. **Marcar sí no excluirá a su hijo.**

Sección 12: Preguntas adicionales

Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el EARLY ECEAP. Todas las respuestas son confidenciales.

¿Este niño tiene un miembro de la familia en su hogar que tenga un trastorno crónico de salud física o mental que:				
• Afecte gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Afecte moderadamente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que era menor de 18 años de edad cuando nació el niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que:				
• Es trabajador agrícola migrante o por temporada? (51% o más de los ingresos de la familia provienen de trabajo agrícola)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Se muda con el niño para participar en prácticas culturales tradicionales o trabajo (trabajos agrícolas o pesqueros, temporales o por temporada)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que se encuentra en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU.?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que actualmente es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de las reservas militares?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre militar que se encuentra desplegado, o que estuvo desplegado en los últimos 12 meses, o que ha estado desplegado en total 19 o más meses de la vida del niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un familiar que asistió a una escuela residencial para indígenas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que está en la cárcel, en prisión o en un centro de detención?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido la pérdida de un padre o madre, por ejemplo por fallecimiento, abandono o deportación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido el divorcio o la separación de sus padres?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un hogar con violencia doméstica, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un hogar con abuso de sustancias, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Esta familia ha recibido previamente servicios de apoyo o ha estado involucrada con sistemas tribales o estatales, incluyendo a CPS/FAR/ICW o servicios tribales comparables, o ha estado involucrada con el sistema policial/judicial debido a maltrato, descuido o agresión sexual a menores?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño se ha reunificado con sus padres después de estar en cuidado de crianza o cuidado de familiares en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
ECEAP recibió una derivación profesional para esta familia.	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Si contestó que sí, ¿qué agencia hizo la derivación?				

Sección 13: Nivel académico de los padres - Marque todas las opciones que correspondan

Nivel educativo más alto	Padre/madre/tutor 1	Padre/madre/tutor 2
	Nombre _____	Nombre _____
6.º grado o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.º a 12.º grado, sin diploma ni GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma de educación secundaria o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algo de universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de asociado (dos años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Título de licenciatura (cuatro años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 14: Información médica - *Adjunte una copia del registro de vacunación del niño*

¿Este niño tiene un trastorno crónico de salud física o mental que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Afecte gravemente el desarrollo o la asistencia del niño?	<input type="checkbox"/>					
• Afecte moderadamente el desarrollo o la asistencia del niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
❖ Si contestó que sí, describa:						
¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras (2.5 kg) al nacer?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
¿Este niño cuenta con seguro o cobertura médica?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de servicios Provider One						
<input type="checkbox"/> Cobertura militar <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal						
¿Este niño tiene un médico o clínica regular?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor: _____	Teléfono: _____					
• Nombre del profesional médico: _____						
¿Este niño se ha hecho un examen médico de rutina en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
❖ Fecha del último examen médico de rutina antes de solicitar Early ECEAP					<input type="checkbox"/>	Fecha desconocida
¿Este niño tiene seguro o cobertura dental?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de servicios Provider One						
<input type="checkbox"/> Cobertura militar <input type="checkbox"/> Seguro dental privado <input type="checkbox"/> Cobertura						
<input type="checkbox"/> tribal ABCD (no disponible en todos los condados)						
¿Este niño tiene un dentista o clínica dental regular?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor: _____	Teléfono: _____					
• Nombre del profesional dental: _____						
¿Este niño se ha hecho un examen dental de rutina en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
❖ Fecha del último examen dental antes de solicitar Early ECEAP					<input type="checkbox"/>	Fecha desconocida

Firma del padre/madre/tutor

Prometo que la información en este formulario es veraz y correcta. He informado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, como exige Early ECEAP. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas mi familia quizá no pueda seguir recibiendo servicios de ECEAP. Además, quizá tenga que devolver el importe gastado en el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se captura en el Sistema de Gestión de Aprendizaje Temprano (ELMS, por sus siglas en inglés) operado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés). El DCYF asume el compromiso de proteger la información confidencial y personal que podría identificar a un niño o una familia. La información relacionada con la situación migratoria no se captura en ELMS ni se proporciona a agencias estatales o federales. La información de ELMS puede usarse para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si la participación en Early ECEAP ayuda a los niños en etapas posteriores de sus vidas.
- Para demostrar que el Estado de Washington invierte parte de su propio dinero en programas para familias, lo que es un requisito para recibir fondos de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas del gobierno federal.

Nombre en letra de molde _____

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Firma _____

Fecha _____

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

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta. He observado y verificado los documentos que establecen la elegibilidad de este niño para Early ECEAP. Entiendo que los estándares de desempeño de Early ECEAP exigen que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho de cualquier uso fraudulento de fondos de Early ECEAP incluyendo, entre otras cosas, que un empleado intencionalmente capture información engañosa o falsa en el ELMS acerca de:

- Criterios de elegibilidad del niño.
- Fechas reales de inicio del niño y últimos días de clases.
- Fechas de inicio y terminación de clases..
- Servicios que en realidad no se prestaron.
- Una familia que proporcione información falsa para inscribirse en Early ECEAP.

Nombre en letra de molde _____

Puesto _____

Firma _____

Fecha _____