

## 2021-2022 Solicitud para el programa ECEAP

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

**Este formulario es para niños que han sido preseleccionados.**

Si desea obtener ayuda para completar este formulario, llame al: (xxx) xxx-xxxx

o envíe un mensaje de correo electrónico a: [xxxx@xxxxxx.xxx](mailto:xxxx@xxxxxx.xxx)

Enviar el formulario  
completado a:

---



---



---

Nombre del niño

---

Nombre de  
padre/madre/tutor

---



---

### Sección 1: 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:

Para niños bajo cuidado suplente, por parientes o adoptados después del cuidado suplente o por parientes, contar el tamaño de la familia como 1.

Para todos los demás, contar a las personas con Sí para ambas preguntas arriba.

## Sección 2: 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

## Sección 3: 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 4**

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
- N.º de caso o N.º de ID del cliente, de haberlo
- Fuente de pago (encierre en un círculo):  DSHS  SSI  Tribu  Otro

¿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.

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). Cuente 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			\$		\$
	Seguro de desempleo	\$				\$
	Compensación de trabajadores (L&I)	\$				\$
	Ingreso tribal (Imponibles)					\$
	Otros ingresos en efectivo:			\$		\$
				\$		\$
<b>Restar</b>	Orden de la corte de manutención para niños que se paga a otro hogar			\$		\$

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

**Si responde sí, pase a la sección 4.**

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?

#### Sección 4: Inscripciones anteriores

Este niño fue inscrito anteriormente en:

- Head Start en su agencia
- Head Start con una agencia diferente
- Head Start de migrante/estacional en cualquier sitio en Washington
- Early Head Start
- Nombre del cesionario de EHS:
- Cualquier programa de visitas a domicilio de birth-to-three
- Early ECEAP
- ECLIPSE

Apoyo Temprano para Infantes y Niños Pequeños (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT)  
Nombre del proveedor de ESIT:

Parte C del programa de Intervención temprana en otro estado  
Nombre del estado y del proveedor:

## Sección 5: IEP o sospecha de retraso

- El niño tiene un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP).
- Este niño tiene un diagnóstico de retraso o discapacidad del desarrollo sin un IEP.
- Este niño completó un examen de desarrollo que recomendó que se lo derivara para realizar una evaluación adicional.
- Se sospecha que este niño tiene un retraso o discapacidad del desarrollo. *(Sin IEP, diagnóstico, examen o examen de desarrollo completado con resultado, "se necesita volver a realizar el examen").*  
*Describir:*

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"/> Lesión cerebral traumática              |
| <input type="checkbox"/> Perturbación emocional   | <input type="checkbox"/> Otras deficiencias de salud | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales                   |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas   |  |  |

Fecha de inicio del IEP

Fecha de culminación del IEP

¿Qué distrito escolar emitió el IEP de este niño?

Este niño recibirá servicios de IEP:

- Solo dentro del aula ECEAP
- Solo durante las horas de ECEAP, pero fuera del aula ECEAP
- Fuera de las horas de ECEAP

## Sección 6:

¿Se ha expulsado a este niño de un centro de cuidado de niños o una escuela preescolar debido a problemas de comportamiento? *ECEAP presta servicios a niños que tienen problemas de comportamiento. Marcar "sí" no hará que su niño quede excluido.*  Sí  No

## Sección 7: Preguntas adicionales

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

¿Este niño tiene un familiar que tenga una condición física o mental crónica que:		Sí		No
• afecte gravemente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• afecte moderadamente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene este niño un padre o una madre que era menor de 18 años al nacer dicho niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• 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 uno de los padres en servicio activo en el Ejército Estadounidense?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre militar desplegado actualmente o estuvo desplegado dentro de los últimos 12 meses o durante un total de 19 meses o más en el transcurso de 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
¿Tiene este niño un padre o una madre que está recluido/a en la cárcel, la prisión o un centro de detención?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado la pérdida de un padre, por ejemplo, por muerte, abandono o deportación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado el divorcio o separación de sus padres?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado la falta de una vivienda dentro de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con violencia doméstica, incluso dentro del útero?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con abuso de sustancias, incluso dentro del útero?	<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 reunido con sus padres después del cuidado suplente o por parientes en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿ECEAP ha recibido una referencia profesional para esta familia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Nombre de Agencia:				

## Sección 8: Educación de los padres: Marque todo lo que corresponda (√)

Nivel de educación más alto	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
	Nombre _____	Nombre _____
6º grado o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º a 12º grado, sin diploma ni GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudio universitario parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Título de Asociado (Associate degree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de Licenciatura (Bachelors degree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 9: Información de salud *Por favor adjunte una copia del registro de inmunizaciones del niño***

¿Tiene este niño una condición física o mental crónica que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• afecte gravemente el desarrollo del niño o la asistencia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• afecte moderadamente el desarrollo del niño o la asistencia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Si es así, describir:						
¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras al nacer?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
¿Tiene este niño seguro o cobertura médicos?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
<input type="checkbox"/> Tarjeta de servicios ProviderOne / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> Cobertura médica militar <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal						
¿Tiene este niño un médico o una clínica médica habituales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• Nombre de la clínica o proveedor:						
• Nombre del profesional médico:		Teléfono (opcional) _____				
¿Se le realizó a este niño un examen del niño sano durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Fecha del último examen del niño sano antes de solicitar ECEAP:			<input type="checkbox"/> Se desconoce la fecha			
¿Tiene este niño seguro o cobertura dentales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
<input type="checkbox"/> Tarjeta de servicios ProviderOne/ Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> Cobertura dental militar <input type="checkbox"/> Seguro dental privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal <input type="checkbox"/> ABCD (no disponible en todos los condados)						
• ¿Tiene este niño un dentista o una clínica dental habituales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce				
• Nombre de la clínica o proveedor:						
• Nombre del profesional dental:		Teléfono (opcional): _____				
¿Se le realizó a este niño un examen dental durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP:			<input type="checkbox"/> 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*

\_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

*Título*

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

\_\_\_\_\_