

2022-2023 Solicitud de ECEAP

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

Nombre del niño: _____

Nombre de
padre/madre/tutor: _____

Sección 1: 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 ingreso mediano estatal (SMI)**

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

Para uso exclusivo del personal:

Tamaño de la familia para la tabla de SMI _____
 En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, el tamaño de la familia es 1.
 Para todos los demás niños, cuente a las personas con Sí en las dos preguntas anteriores.

Sección 2: 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 3: 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 y vaya a la sección 4.

- 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 (marque): 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 una opción: Año calendario anterior 12 meses anteriores

Persona(s) con ingresos	Tipo	Importe semanal	Número de semanas que lo recibió	Importe mensual	Número de meses que lo recibió	Anual Importe
	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). Cuente todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH y HFD/IDP.			\$		\$
	Ingresos netos por trabajo independiente					\$
	Beneficios de seguro social o jubilación			\$		\$
	Subsidios de TANF estatal o tribal			\$		\$
	Desempleo	\$				\$
	Incapacidad laboral (L&I)	\$				\$
	Ingreso tribal (imponible)					\$
	Pagos en efectivo de asistencia de emergencia			\$		\$

	Pagos de seguros que sean regulares (no pagos únicos)			\$		\$
	Planes de jubilación o pensión					
	Estipendio para capacitación					
	Becas, subsidios o subvenciones para gastos de subsistencia					
Reste	Manutención para niños pagada a otro hogar, si la exige una orden de manutención para niños vinculante			\$		\$

¿Aún recibe los ingresos arriba descritos? Sí No **Si contestó que sí, vaya a la sección 4.**

Si contestó que no y sus circunstancias cambiaron recientemente, explique:

- Pérdida de persona con ingresos Divorcio o separación Pérdida de empleo inesperada
 Reducción de horas de trabajo
 Salud/Lesión Pérdida de beneficios
 Pérdida de empleo – falta de acceso o de capacidad para pagar el cuidado del recién nacido
 Circunstancias similares inesperadas (explique)

¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales? \$

¿Para qué mes?

Sección 4: Inscripción previa

Este niño estuvo inscrito antes en:

- Head Start en su agencia ECLIPSE
 Head Start con una agencia diferente ESIT – Apoyo temprano para bebés
 Head Start para migrantes/por temporada en cualquier parte de WA Nombre del proveedor de ESIT:
 Early Head Start Programa de intervención temprana según la parte C de la ley IDEA en otro estado
 Cualquier programa de visitas domiciliarias del nacimiento a los tres años Nombre del estado y proveedor:
 Early ECEAP
 Nombre del contratista de Early ECEAP:

Sección 5: IEP o sospechas de retraso

- Este niño tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)
 Este niño tiene un diagnóstico de retraso del desarrollo o discapacidad sin IEP.
 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 IEP, diagnóstico o evaluación, ni una evaluación del desarrollo concluida con el resultado "es necesario reevaluar").

Describala:

❖ Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no, vaya a la sección 6.

- Autismo Discapacidad intelectual Discapacidad del aprendizaje específica
 Sordera y ceguera Múltiples discapacidades Impedimento del habla o el lenguaje
 Retraso en el desarrollo Problema ortopédico Lesión cerebral traumática
 Perturbación emocional Otro problema de salud Problemas de la vista
 Problema de la audición

Fecha de inicio del IEP _____ Fecha de terminación del IEP _____

¿Qué distrito escolar expidió el IEP de este niño? _____

Este niño recibirá servicios del IEP:

- Solamente en el aula de ECEAP Solamente durante el horario de ECEAP, pero fuera del aula de ECEAP
 Fuera del horario de ECEAP

Sección 6

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

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

Sección 7: Preguntas adicionales

Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el 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: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• 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: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<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 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 reserva militar?	<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, madre o cuidador principal, 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 servicios de 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 8: Nivel académico de los padres - Marque todas las opciones que correspondan

Nivel educativo más alto	Padre/madre/tutor 1 Nombre _____	Padre/madre/tutor 2 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 9: 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"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• 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:	_____					
❖ Fecha del último examen médico de rutina del niño antes de solicitar 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 tribal						
<input type="checkbox"/> 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: _____	_____					
❖ Fecha del último examen dental antes de solicitar 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 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 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 del 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 establece la elegibilidad de este niño para el ECEAP. Entiendo que los estándares de desempeño del ECEAP exigen que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho de cualquier uso fraudulento de fondos del 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 el ECEAP.

Nombre en letra de molde _____

Puesto _____

Firma _____

Fecha _____