

2022-2023 Formulario de preselección para el programa EARLY ECEAP

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 _____

¿Es el niño miembro de una nación tribal? Sí No

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
- Principalmente inglés, y algo de otro idioma familiar
- 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

Idioma principal del niño: _____

Idioma secundario del niño: _____

¿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"/> Vanuatense |
| | <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: Información de contacto de la familia				
Contacto 1:	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		
Contacto 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				
Contacto 3:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				
Contacto 4:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				

Sección 3: El niño vive con

Un padre/madre/tutor (nombre): _____ **Vaya a la sección 4**

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 4

Si contestó que **no**, el 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 4: Tamaño aproximado del grupo familiar

Para determinar el tamaño del grupo familiar a los fines del federal de pobreza, cuenta las personas que cumplen todos los criterios siguientes:

- Viven en el mismo hogar/los mismos hogares junto con este niño.
 - o Excepción: Para las familias que viven temporalmente con parientes u otras personas, no mencione a los anfitriones.
- Tienen una relación de parentesco consanguíneo, por matrimonio
 - o por adopción con el padre/los padres.
 - o Incluye el niño de EARLY ECEAP y el padre/los padres.
- Está siendo mantenidas por los ingresos que reciben los padres o tutores mencionados en la pregunta 3 más arriba.
 - o No incluyen las personas de 19 años de edad o mayor que no son los padres del niño de EARLY ECEAP, y que reciben ingresos ganados y/o no ganados, que cubran más de la mitad de sus gastos.

Por las reglas especiales al respecto a un niño que vive 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, véase a los ECEAP Performance Standards, sección B.

Excepción: Cuenta 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.

Hogar 1 –Tamaño aproximado del grupo familiar, usando las instrucciones arriba: _____

Hogar 2 (si aplique) –Tamaño aproximado del grupo familiar, usando las instrucciones arriba: _____

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				
¿Uno de los padres está discapacitado y no puede trabajar ni cuidar al niño mientras el otro 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. Ingresos anuales aproximado el/los padre(s) \$

¿Cuáles son los ingresos anuales totales aproximados que recibe(n) el/los padre(s) o tutor(es) de este niño mencionado(s) en la pregunta 3 más arriba?

Sección 7: ¿Cómo se enteró del EARLY ECEAP?

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