|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre legal | | Segundo nombre | | Apellido legal | |
| Fecha de nacimiento del niño |  | Apellido |  | Identidad de género |  |

**IEP -** ¿Este niño tiene un plan de educación individualizado (IEP)?  Sí  No

**CPS -** ¿La familia de esté niño está involucrada activamente con Servicios de Protección para Niños

(CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR) o Bienestar de Niños Indígenas (ICW), 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):

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; moho excesivo; o sin instalaciones para cocinar

**Idioma** Este niño habla (seleccione solamente uno):

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 al inglés

|  |  |
| --- | --- |
| Idioma principal del niño | Idioma secundario del niño |

**¿Este niño es hispano/latino?**  Sí  No

*Si contestó que sí, marque todas las opciones que correspondan:*

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 hispano o latino (describa)

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

**Blanco**

**Negro o afroamericano**

**Nativo de Alaska**

Aleut (Unangan)

Alutiiq

Athabaskan

Esquimal (Inupiaq o Yupik)

Eyak

Haida

Tlingit

Tsimshian

Otro nativo de Alaska

(describa)

**Indígena americano**

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

Squaxin Island

Steilacoom

Stillaguamish

Suquamish

Swinomish

Tulalip

Upper Skagit

Yakama

Otro indígena americano

(describa)

**Asiático**

Indio asiático

Bangladesi

Butanés

Birmano

Camboyano/

Kampucheano

Chino

Filipino

Hmong

Indonesio

Japonés

Coreano

Laosiano

Malgache

Malayo

Maldivo

Mongol

Nepalés

Pakistaní

Singapurense

Ceilanés

Taiwanés

Tailandés

Vietnamita

Otro asiático

(describa)

**Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico**

Fiyiano

Guameño

Kosraense

Mariano

Marshalés

Melanesio

Micronesio

Nativo de Hawaii

Palauano

Papú

Ponapeño

Samoano

Salomonense

Tahitiano

Tarawense

Tokelauense

Tongano

Trukés (chuukés)

Vanuatuense

Yapés

Otro isleño del Pacífico (describa)

1. **Miembros del hogar**

*Escriba la información de todas las personas que vivan en el hogar y que formen parte 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 ECEAP | ¿El padre, la madre o el tutor del niño en ECEAP es el sustento financiero de esta persona?  *\* Ver la nota en la parte 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 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 ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.*

**Para uso exclusivo del personal:**

Tamaño de la familia para tabla de FPL

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.

**Información de contacto de la familia**

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

Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección física |  | Departamento |  | Ciudad |  | | Estado |  |
| Código Postal |  |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección postal |  | Ciudad |  | Estado |  |
| Código postal |  |  |  |  |  |
| Correo electrónico |  | Teléfono |  | Número de teléfono alternativo |  |

1. **El niño vive con:**

Uno de sus padres o un tutor (nombre)                               ***Vaya a la sección 3.***

Dos padres o tutores en el mismo hogar (nombres): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Vaya a la sección*** ***3***

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 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 3.***

Si contestó que **no**, ¿uno de los padres recibe pagos de manutención para niños del otro hogar?  Sí  No

Si contestó que **sí**, ¿cuál de los padres recibe los pagos de manutención para niños?

Cónyuge de este padre/madre, si lo tiene:      ***Vaya a la sección 3.***

Si contestó que **no**, el 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

**Contacto con el hogar 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección postal |  | Ciudad |  | Estado |  |
| Dirección física |  | Ciudad |  | Estado |  |
| Correo electrónico |  | Teléfono |  | Número de teléfono alternativo |  |

**Contacto con el hogar 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección postal |  | Ciudad |  | Estado |  |
| Dirección física |  | Ciudad |  | Estado |  |
| Correo electrónico |  | Teléfono |  | Número de teléfono alternativo |  |

1. **Empleo, capacitación y otras actividades de los padres**

Conteste las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor mencionados en la pregunta 2.

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?** | Sí  No | Sí  No |
| 1. Si contestó que sí, horas pagadas promedio por semana |  |  |
| 1. Si contestó que sí, escriba el nombre del empleador (no escriba "desconocido" ni N/A) |  |  |
| * 1. Si contestó que sí, escriba el número telefónico o correo electrónico del empleador |  |  |
| **¿Asiste a la escuela o capacitación laboral?** | Sí  No | Sí  No |
| 1. Si contestó que sí, horas de clase por semana |  |  |
| 1. Si contestó que sí, horas de estudio por semana (máximo 10) |  |  |
| 1. Si contestó que sí, escriba el nombre de la escuela u organización capacitadora. |  |  |
| 1. Si contestó que sí, escriba su objetivo o carrera. |  |  |
| **¿Traslados entre la guardería y su trabajo/escuela?** | Sí  No | Sí  No |
| 1. Si contestó que sí, horas por semana (máximo 10) |  |  |
| **¿Horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW no contadas antes?** | Sí  No | Sí  No |
| 1. Horas adicionales de cuidado de niños por semana aprobadas por CPS |  |  |
| **¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas antes?** | Sí  No | Sí  No |
| 1. Si contestó que sí, nombre de la actividad. |  |  |
| 1. 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? | Sí  No | Sí  No |
| **Si cualquiera de los padres tiene más de 55 horas en total por semana, explique:** |  |  |

1. **¿Cómo se enteró del 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:

Otra forma - describa:

1. **Encuesta para planeación estatal**

Si pudiera elegir la duración de la jornada en el preescolar de su hijo, ¿cuál sería la mejor opción para su hijo y su familia?

*Recuerde que es posible que no todas estas opciones estén disponibles en su comunidad este año.*

Día parcial - alrededor de tres horas, de tres a cuatro días por semana.

Día escolar - alrededor de seis horas, de cuatro a cinco días a la semana.

Día laboral - disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado de niños.

1. **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

1. **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 8***

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 de cliente, si lo hay:       Origen del pago (encierre): 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** | **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). Cuente todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH y HFD/IDP. |  |  |  |  |  |
|  | Ingresos netos por trabajo independiente |  |  |  |  |  |
|  | Beneficios de seguro social o 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?  Sí  No ***Si contestó que sí, vaya a la sección 8.***

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  Circunstancias similares inesperadas (explique)      

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

1. **Inscripción previa**

Este niño estuvo inscrito antes en:

Head Start en su agencia

Head Start con una agencia diferente

Head Start para migrantes/por temporada en cualquier lugar de Washington

Early Head Start

Nombre del beneficiario de EHS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ESIT - Apoyo temprano para bebés

Nombre del proveedor de ESIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa de intervención temprana según la parte C de la ley IDEA en otro estado

Nombre del estado y proveedor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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"). Describa*

Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no, **vaya a la sección 10.**

Autismo  Discapacidad intelectual  Discapacidad específica del aprendizaje

Sordera-ceguera  Múltiples discapacidades  Impedimento del habla o el lenguaje

Retraso del desarrollo  Problema ortopédico  Lesión cerebral traumática

Perturbación emocional  Otro problema de salud  Problema de la vista

Problema de la audición

Fecha de inicio del IEP            Fecha de finalización 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

1. ¿Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado de niños debido a su conducta?

Sí  No *ECEAP ofrece servicios a niños con problemas de conducta. Marcar sí no excluirá a su hijo.*

1. **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:

Afecte gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?  Sí  No

Afecte moderadamente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?  Sí  No

¿Este niño tiene un padre o madre que era menor de 18 años de edad cuando nació el niño?  Sí  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)*  Sí  No

¿Este niño tiene un padre o madre que se encuentra en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU.?  Sí  No

¿Este niño tiene un padre o madre que actualmente es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad

de las reserva militar?   Sí  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?  Sí  No

¿Este niño tiene un padre o madre que está en la cárcel, en prisión o en un centro de detención?  Sí  No

¿Este niño ha vivido la pérdida de un padre o madre, por ejemplo por fallecimiento, abandono o

deportación?  Sí  No

¿Este niño ha vivido el divorcio o la separación de sus padres?  Sí  No

¿Este niño ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Este niño ha vivido en un hogar con violencia doméstica, incluso mientras estaba en gestación?  Sí  No

¿Este niño ha vivido en un hogar con abuso de sustancias, incluso mientras estaba en gestación?  Sí  No

¿Esta familia ha recibido servicios de CPS/FAR/ICW o ha estado involucrada con el sistema policial/judicial

debido a maltrato, descuido o agresión sexual a menores en el pasado?  Sí  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?  Sí  No

ECEAP recibió una derivación profesional para esta familia.  Sí  No

Si contestó que sí, ¿qué agencia hizo la derivación?

1. **Nivel académico de los padres Marque todas las que correspondan (√)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nivel educativo más alto** | Padre/madre/tutor 1  Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padre/madre/tutor 2  Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6.° grado o menos |  |  |
| 7.° a 12.° grado, sin diploma ni GED |  |  |
| Diploma de educación secundaria o GED |  |  |
| Algo de universidad |  |  |
| Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales) |  |  |
| Título de asociado (dos años) |  |  |
| Título de licenciatura (cuatro años) |  |  |
| Maestría o doctorado |  |  |

1. **Información médica *Adjunte una copia del registro de vacunación del niño***

¿Este niño tiene un trastorno crónico de salud física o mental que:

Afecte gravemente el desarrollo o la asistencia del niño?  Sí  No

Afecte moderadamente el desarrollo o la asistencia del niño?  Sí  No

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?  Sí  No  No sé

¿Este niño cuenta con seguro o cobertura médica?  Sí  No  No sé

Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de Servicios Provider One

Cobertura militar  Seguro médico privado

Cobertura tribal

¿Este niño tiene un médico o clínica regular?  Sí  No  No sé

Nombre de la clínica o proveedor

Teléfono (opcional)

Nombre del profesional médico

¿Este niño se ha hecho un examen médico de rutina en los últimos 12 meses?  Sí  No  No sé

Fecha del último examen médico de rutina antes de solicitar ECEAP        Fecha desconocida

¿Este niño tiene seguro o cobertura dental?  Sí  No  No sé

Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de Servicios Provider One

Cobertura dental militar  Seguro dental privado

ABCD (no disponible en todos los condados)  Cobertura tribal

¿Este niño tiene un dentista o clínica dental regular?  Sí  No  No sé

Nombre de la clínica o proveedor

Teléfono (opcional)

Nombre del profesional dental

¿Este niño se ha hecho un examen dental de rutina en los últimos 6 meses?  Sí  No  No sé

Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP        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*      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma*  *Fecha*