

¡Bienvenidos! Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos requeridos. La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de la solicitud.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto entregue su solicitud lo antes posible!

La información de su solicitud es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Educación Temprana.

No requerimos, revisamos ni reportamos estado migratorio ni estado de DSHS.



Escanèame para más información

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Por favor comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.

1



Solicitud: Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un bolígrafo de tinta negra o azul.

2



Comprobante de Ingreso: Adjunte una copia del comprobante de sus ingresos familiares.

Utilice todos los que correspondan:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de pago de los pasados 12 meses
- Cartas de adjudicación de beneficios de SSI/TANF de los pasados 12 meses
- Subsidio por cuidado de acogida temporal
- Manutención infantil
- Carta de su empleador en la que se indique su ingreso bruto total de los pasados 12 meses

3



Comprobante del Tamaño de la Familia: Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Puede ser cualquiera de estos:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Contrato de arrendamiento o de vivienda
- Cartas de adjudicación de beneficios (TANF, SSI, etc.)
- Registros escolares
- Un documento judicial o legal

4



Comprobante de la Edad del Niño: Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Carta de Autorización para Cuidado de Acogida Temporal
- Registro de Vacunas actualizado
- Lista de crianza residencial del DOC

5



Comprobante de Tutela Legal: Adjunte una copia del comprobante de la tutela legal.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Registro de Cuidado de Acogida Temporal
- Acuerdo escrito, fechado y firmado por uno de los padres y por la persona que asume responsabilidad sobre la custodia

- **Por favor asegúrese de incluir el comprobante de su ingreso. No podemos procesar su solicitud si no tenemos esta información.**
- **Llame a nuestra oficina si usted recibe otro tipo de documentos que no aparecen listados anteriormente.**
- **Sería útil incluir también una copia de lo siguiente:**
 - Una copia del registro de vacunas de su hijo al corriente
 - El IFSP/IEP actual, si corresponde
 - Examen de salud infantil más reciente
 - Examen dental más reciente

Entregue su solicitud debidamente llenada, junto con sus documentos a:

Dirección:

Número Telefónico:

Dirección de Correo Electrónico:

Solicitud para la Educación Temprana 2023-2024
Early Learning Application 2023-2024



Please select which program you are applying for and which site:	
Program: <input type="checkbox"/> Early ECEAP (1-3 years old) <input type="checkbox"/> ECEAP (3-5 years old)	
Site: <input type="checkbox"/> Auburn <input type="checkbox"/> Burien	

Información Sobre el Niño -Child Information:	
Primer Nombre First Name:	Inicial del Segundo Nombre Middle Initial:
Apellido(s) Last Name:	Nombre Preferido Preferred Name:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year):	
Género Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género (opcional) Gender Identity (optional):
¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia? What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje? Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	

¿Cuál es el idioma natal de este niño? What is this child's home language?	2º idioma 2 nd language:
Este niño habla This child speaks: <input type="checkbox"/> Solamente inglés Only English <input type="checkbox"/> Mayormente inglés y otro idioma Mostly English and another language <input type="checkbox"/> Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> Solamente un idioma diferente al inglés Only a language other than English

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa. The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.	
¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad? Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente? If yes, what is the Case Number or Client ID Number? <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribu Tribe	<input type="checkbox"/> Otro Other
¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la Fuente? What is the monthly grant/payment amount and source? \$ # de niños cubiertos por la cantidad del subsidio # of children covered by grant amount:	
¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención? Is this child in kinship care without a grant amount? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	
¿El niño fue adoptado después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes o en un orfanato en otro país? Was this child adopted after foster care or kinship care or from an orphanage from another country? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	
¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes? Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia recibe servicios a través de Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR), de Bienestar del Niño Indígena (Indian Child Welfare, ICW), servicios tribales comparables, o a través del Sistema judicial/policial? Does your family currently receive services/support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente? Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

<p>¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? Yes – How many approved hours per week? <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior challenges? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>ECEAP atiende a niños con problemas de conducta. Marcar sí no excluirá a su hijo. Early ECEAP and ECEAP serves children with challenging behaviors. Checking YES will not exclude your child.</p>
--

<p>¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) actual y activo? Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud. Yes- Please provide copy with your application</p> <p><input type="checkbox"/> No – Marque si corresponde alguna de estas opciones No- Check if any of these apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi hijo tuvo una evaluación y se determinó que era elegible para un IEP, pero rechazamos los servicios. My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services <input type="checkbox"/> Mi hijo ha tenido un IFSP en el pasado pero no hizo la transición a un IEP con el distrito escolar. My child has had an IFSP in the past but we did not transition to an IEP with the school district. <input type="checkbox"/> Mi hijo ha sido diagnosticado con un retraso en el desarrollo o con una discapacidad, no tiene un PEI, o lo ha referido para ser evaluado. My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation. <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad. My child has a suspected developmental delay or disability <input type="checkbox"/> Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo. I have concerns about my child’s development.
--

<p>¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Ninguno None</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Intervención temprana desde el nacimiento hasta los tres años Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or Birth-to-Three Early Intervention</p>	<p><input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State</p> <p><input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County</p>	<p><input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State</p>
<p>¿Cuándo asistió este niño? When did this child last attend?</p>	<p>Nombre y ubicación del Programa Name and location of program:</p>	
<p>¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No</p>		
<p>¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando? Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No</p>		

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño: Apellido(s) del niño:

¿Este niño es hispano/latino? | Is this child Hispanic/Latino? Sí | Yes No

<input type="checkbox"/> Argentino Argentinian	<input type="checkbox"/> Dominicano Dominican	<input type="checkbox"/> Nicaragüense Nicaraguan	<input type="checkbox"/> Español Spanish
<input type="checkbox"/> Boliviano Bolivian	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano Ecuatorian (Ecuadorian)	<input type="checkbox"/> Panameño Panamanian	<input type="checkbox"/> Uruguayo Uruguayan
<input type="checkbox"/> Chileno Chilean	<input type="checkbox"/> Guatemalteco Guatemalan	<input type="checkbox"/> Peruano Peruvian	<input type="checkbox"/> Venezolano Venezuelan
<input type="checkbox"/> Colombiano Colombian	<input type="checkbox"/> Hondureño Honduran	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Latinoamericano Latin American
<input type="checkbox"/> Costarricense Costa Rican	<input type="checkbox"/> Mexicano o mexicano-estadounidense (Chicano) Mexican or Mexican-American (Chicano)	<input type="checkbox"/> Salvadoreño Salvadoran	<input type="checkbox"/> Otro hispano o latino Other Hispanic or Latino:
<input type="checkbox"/> Cubano Cuban			

¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan. | What is this child's race? Check all that apply.

<input type="checkbox"/> Blanco White	<input type="checkbox"/> Indígena americano American Indian	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Other Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano Black or African American	<input type="checkbox"/> Chehalis	<input type="checkbox"/> Fiyiano Fijian
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska Alaska Native	<input type="checkbox"/> Chinook	<input type="checkbox"/> Guameño Guamanian
<input type="checkbox"/> Aleut (Unangan)	<input type="checkbox"/> Colville	<input type="checkbox"/> Kosraense Kosraean
<input type="checkbox"/> Alutiiq	<input type="checkbox"/> Cowlitz	<input type="checkbox"/> Mariano Mariana Islander
<input type="checkbox"/> Athabaskan	<input type="checkbox"/> Duwamish	<input type="checkbox"/> Marshalés Marshall Islander
<input type="checkbox"/> Esquimal (Inupiaq o Yupik) Eskimo (Inupiaq or Yupik)	<input type="checkbox"/> Hoh	<input type="checkbox"/> Melanesio Melanesian
<input type="checkbox"/> Eyak	<input type="checkbox"/> Jamestown	<input type="checkbox"/> Micronesio Micronesian
<input type="checkbox"/> Haida	<input type="checkbox"/> Kalispel	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii Native Hawaiian
<input type="checkbox"/> Tlingit	<input type="checkbox"/> Kikiallus	<input type="checkbox"/> Palauano Palauan
<input type="checkbox"/> Tsimshian	<input type="checkbox"/> Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Papú Papua New Guinean
<input type="checkbox"/> Otro nativo de Alaska Other Alaska Native:	<input type="checkbox"/> Lummi	<input type="checkbox"/> Ponapeño Ponapean (Pohnpeian)
<input type="checkbox"/> Asiático Asian	<input type="checkbox"/> Makah	<input type="checkbox"/> Samoano Samoan
<input type="checkbox"/> Indio asiático Asian Indian	<input type="checkbox"/> Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Salomonense Solomon Islander
<input type="checkbox"/> Bangladesi Bangladeshi	<input type="checkbox"/> Nisqually	<input type="checkbox"/> Tahitiano Tahitian
<input type="checkbox"/> Butanés Bhutanese	<input type="checkbox"/> Nooksack	<input type="checkbox"/> Tarawense Tarawa Islander
<input type="checkbox"/> Birmano Burmese	<input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam	<input type="checkbox"/> Tokelauense Tokelauan
<input type="checkbox"/> Camboyano/ Kampucheano Cambodian/Kampuchean	<input type="checkbox"/> Puyallup	<input type="checkbox"/> Tongano Tongan
<input type="checkbox"/> Chino Chinese	<input type="checkbox"/> Quileute	<input type="checkbox"/> Trukés (chuukés) Trukese (Chuukese)
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samish	<input type="checkbox"/> Vanuatense Vanuatuan/New Hebrides
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle	<input type="checkbox"/> Yapés Yapese
<input type="checkbox"/> Indonesio Indonesian	<input type="checkbox"/> Shoalwater	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico Other Pacific Islander:
<input type="checkbox"/> Japonés Japanese	<input type="checkbox"/> Skokomish	
<input type="checkbox"/> Coreano Korean	<input type="checkbox"/> Snohomish	<input type="checkbox"/> Se negó a informar el grupo étnico del niño Decline to report child's ethnicity
<input type="checkbox"/> Laosiano Laotian	<input type="checkbox"/> Snoqualmie	<input type="checkbox"/> Se negó a informar la raza del niño Decline to report child's race
<input type="checkbox"/> Malgache Madagascar	<input type="checkbox"/> Snoqualmoo	
<input type="checkbox"/> Malayo Malayan	<input type="checkbox"/> Spokane	
<input type="checkbox"/> Maldino Maldivian	<input type="checkbox"/> Squaxin Island	
<input type="checkbox"/> Mongol Mongolian	<input type="checkbox"/> Steilacoom	
<input type="checkbox"/> Nepalés Nepali	<input type="checkbox"/> Stillaguamish	
<input type="checkbox"/> Pakistaní Pakistani	<input type="checkbox"/> Suquamish	
<input type="checkbox"/> Singaporense Singaporean	<input type="checkbox"/> Swinomish	
<input type="checkbox"/> Ceilanés Sri Lankan	<input type="checkbox"/> Tulalip	
<input type="checkbox"/> Taiwanés Taiwanese	<input type="checkbox"/> Upper Skagit	
<input type="checkbox"/> Tailandés Thai	<input type="checkbox"/> Yakama	
<input type="checkbox"/> Vietnamita Vietnamese	<input type="checkbox"/> Otro indígena americano Other American Indian:	
<input type="checkbox"/> Otro asiático Other Asian:		

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Información Sobre el Niño – Salud Child Health Information:
¿Este niño cuenta con seguro médico? Does this child have medical insurance? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? If yes, what type? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/Provider One <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Seguro Privado Private Insurance <input type="checkbox"/> Cobertura Médica Militar Military Medical Coverage
¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular? Does this child have a regular doctor or medical clinic? <input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor Yes- Name of clinic/provider: Nombre del profesional médico Name of medical professional: <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores? Did this child have a well-child exam within the last 12 months? <input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) Yes- Date of last exam (month/day/year): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida Date unknown

¿Este niño cuenta con seguro dental? Does this child have dental insurance? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? If yes, what type? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/Provider One <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Seguro Privado Private Insurance <input type="checkbox"/> Cobertura Dental Militar Military Medical Coverage <input type="checkbox"/> ABCD
¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular? Does this child have a regular dentist or dental clinic? <input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la clínica/proveedor Yes- Name of clinic/provider: Nombre del profesional dental Name of dental professional: <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores? Did this child have a dental exam within the last 6 months? <input type="checkbox"/> Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año) Yes- Date of last exam (month/day/year): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha desconocida Date unknown

¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo? What is your child's immunization status?
<input type="checkbox"/> Completamente vacunado Fully immunized <input type="checkbox"/> Exento Exempt <input type="checkbox"/> No estoy seguro Not Sure <input type="checkbox"/> Ni completamente vacunado ni exento Not fully immunized or exempt

¿Un proveedor de atención médica le ha diagnosticado al niño una enfermedad crónica (puede incluir afecciones mentales, asma, cáncer, diabetes, convulsiones, TDAH, autismo, espina bífida, anemia falciforme o alergias potencialmente mortales)? Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bífida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?	
<input type="checkbox"/> Sí – Por favor descríbalo Yes- please describe: <input type="checkbox"/> No	La afección de salud se considera This health condition is considered: <input type="checkbox"/> Severa Severe <input type="checkbox"/> Moderada Moderate <input type="checkbox"/> Leve Mild ¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección? Has a Health Care Provider diagnosed this condition? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No

¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo? Do you have concerns about this child's health?
<input type="checkbox"/> Sí – marque a continuación todas las que correspondan Yes-check all that apply below <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.) <input type="checkbox"/> Nacimiento antes de término, menos <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lb 8 oz) de 37 semanas Preterm birth less Drug/alcohol affected <input type="checkbox"/> Audición Hearing than 37 weeks <input type="checkbox"/> Dolor/caries dentales/encías que sangran <input type="checkbox"/> Visión Vision <input type="checkbox"/> Motricidad fina/motricidad gruesa Tooth pain/decay/bleeding gums Fine motor/gross motor <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa Food intolerance/special diet- Please describe:

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño: Apellido(s) del niño:

Información Sobre el Padre/Madre/Tuto Parent/Guardian Information
<p>Este niño vive con This child lives with:</p> <p><input type="checkbox"/> Unos de los padres/tutores (llene Padre/Madre/Tutor 1) One parent/guardian (complete parent/guardian 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en el mismo hogar (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) Two parent/guardians in the same household (complete parent/guardian 1 & 2)</p> <p><input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en dos hogares (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) Two parent/guardians in two households (complete parent/guardian 1 & 2)</p>

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
Nombre Name		
Relación con el Niño Relationship to child	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida Foster Parent <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela Grandparent <input type="checkbox"/> Tío/Tía Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Otro Other	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padraastro o madrastra Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Padre o Madre de Acogida Foster Parent <input type="checkbox"/> Abuelo o abuela Grandparent <input type="checkbox"/> Tío/Tía Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Otro Other
Género Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Identidad de género (opcional) Gender identity (optional)		
Pronombres preferidos (opcional) Preferred Pronouns (optional)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Date of Birth (month/day/year)		
Dirección (incluir ciudad, estado y código postal) Address (include City, State, Zip)		
Teléfono Phone	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work
Teléfono Alternativo Alternate Phone	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work	<input type="checkbox"/> Hogar Home <input type="checkbox"/> Celular Cell <input type="checkbox"/> Empleo Work
Dirección de Correo Electrónico Email		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño? Were you under 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Qué idioma(s) habla? What language(s) do you speak?		
¿Necesita intérprete para este idioma? Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño: Apellido(s) del niño:

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Eres hispana / latina? Are you Hispanic/Latino?	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro African/African American/Black <input type="checkbox"/> Asiático Asian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco White <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior Not listed above:	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro African/African American/Black <input type="checkbox"/> Asiático Asian <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco White <input type="checkbox"/> No aparece en la lista anterior Not listed above:
¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> 6º grado o menos 6 th grade or less <input type="checkbox"/> 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior Associate degree <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Ninguno None	<input type="checkbox"/> 6º grado o menos 6 th grade or less <input type="checkbox"/> 7º a 12º grado, no diploma ni GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Certificado de universidad/certificado profesional College/professional certificate <input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior Associate degree <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Título de Maestría o Doctorado Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Ninguno None
¿Cuenta actualmente con empleo? Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes - How many hours per week (including travel)? Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #:	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Yes - How many hours per week (including travel)? Nombre & # de teléfono del empleador Employer name & phone #:
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Por temporada Seasonal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, Jubilado/Discapacitado No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Por temporada Seasonal
¿Se encuentra Actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando? Are you currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes- How many hours per week (including class time, study time, and travel)? Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Yes- How many hours per week (including class time, study time, and travel)? Nombre de la Escuela & carrera/meta School name & major/goal: <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? Are you in a WorkFirst activity?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes- Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana Yes- Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> No

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño: Apellido(s) del niño:

	Padre/Madre/Tutor 1 Parent/Guardian 1	Padre/Madre/Tutor 2 Parent/Guardian 2
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.? Are you or have you been in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Sí, veterano Yes, veteran <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar Yes, current service member <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Sí, veterano Yes, veteran <input type="checkbox"/> No

Inquietudes Familiares | Family Concerns

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household:

<input type="checkbox"/> Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Unable to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar Somewhat able to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar Mostly able to engage in work/school/family life 	<input type="checkbox"/> Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso en útero Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo Child's parent/guardian concerns for getting or keeping a job <input type="checkbox"/> La familia tiene inquietudes legales Family has legal concerns <input type="checkbox"/> El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio Child has a family member who attended Indian Boarding School <input type="checkbox"/> El padre/tutor del niño es un trabajador migrante o de temporada con más de la mitad de los ingresos familiares provenientes del trabajo agrícola Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work <input type="checkbox"/> Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing) 	<input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) Recent immigrant/refugee (past 5 years) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión Child's parent/guardian is incarcerated <input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) <input type="checkbox"/> Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño Child's parents/guardians divorced or separated during child's life <input type="checkbox"/> Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) Family previously homeless (in the last 12 months) <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda Family concerns with housing
---	--	--

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
-----------------------------------	------------------------------

Situación Familiar de Vivienda Family Living Situation
¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo? Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No

¿Cuál es la situación actual de su familia? La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios a los que su hijo puede ser elegible para recibir. What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.	
<input type="checkbox"/> Dueños Own <input type="checkbox"/> Alquilan Rent	<input type="checkbox"/> Militar – esperando vivienda permanente Military-waiting for permanent housing <input type="checkbox"/> En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia (seleccione una opción a continuación) In someone else's house or apartment with another family (select option below): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.) By choice (e.g. to share responsibilities, to be close to family, etc.) <input type="checkbox"/> Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar Due to loss of housing,, economic hardship, or similar reason
<input type="checkbox"/> En un motel In a motel <input type="checkbox"/> En un refugio In a shelter <input type="checkbox"/> En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar A car, campsite, or similar location	<input type="checkbox"/> Vivienda de Transición Transitional housing <input type="checkbox"/> Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón Moving from place to place/couch surfing <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)
<input type="checkbox"/> Otro – Por favor describa Other-Please describe:	

Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia Family Income and Family Size
Marque todas las que correspondan, si el niño u otra persona que viva en su hogar, pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción reciben estos tipos de Asistencia Pública Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance.
<input type="checkbox"/> SSI por discapacidad, recibido por SSI for disability received by: <input type="checkbox"/> el Niño Child <input type="checkbox"/> el Padre/Madre/Tutor Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Otro – Relación con el Niño Other- relationship to child: <input type="checkbox"/> Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash <input type="checkbox"/> SNAP
Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente Check all that apply if your family receives the following:
<input type="checkbox"/> TANF solo para el niño Child-only TANF <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Subsidio para Guardería de Working Connections Working Connections Child Care subsidy <input type="checkbox"/> WIC

¿Fue remitido a este programa por una agencia? Were you referred to this program by an agency? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Nombre Yes-Name:

Early Learning Application 2023-2024

El primer nombre del niño:	Apellido(s) del niño:
----------------------------	-----------------------

Indique todas las personas que viven en el hogar principal de este niño. Please list all the people living in this child's primary household.				
Nombre [Nombre y Apellido(s)] Name (first and last)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Birthdate (month/day/year)	Relación con el niño Relationship to child	¿Usted mantiene económicamente a esta persona? Do you financially support this person?	¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No

¿Cuál es el número total de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo? What is the total number of family members living in your home including yourself and this child?
¿Cuál es su ingreso familiar total aproximado para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? What is your total estimated household income for the last calendar year or the last 12 months?

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.

I promise that the information on this form is true and correct. I have reported all my income and family size, as required by ECEAP. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue ECEAP services. Additionally, I may have to repay the amount spent on my child's ECEAP. I understand that information from this application is entered in the Early Learning Management System (ELMS) operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF). DCYF is committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered into ELMS or shared with state or federal agencies. Information in ELMS may be used for:

- Research studies to determine if participating in ECEAP helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

Firma del Padre/Madre/Tutor | Caregiver/Guardian Signature: _____

Fecha | Date: _____

Interpreter Signature: _____ Date: _____

Early Learning Application 2023-2024

Child's first name:	Last name:
---------------------	------------

Staff Only- if not signed, complete this section and obtain caregiver signature as soon as possible and no later than enrollment date.	
Reviewed and received verbal verification on (date):	Staff initials:

Childhaven Staff Only			
Section 1: Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing child on waitlist			
Child's age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site name:		Date received:	
Section 2: For McKinney-Vento Act children/families, check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.			
<input type="checkbox"/> Childcare resources <input type="checkbox"/> Clothing resources <input type="checkbox"/> School supplies <input type="checkbox"/> Medical/dental referral <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records <input type="checkbox"/> Vision referral <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries <input type="checkbox"/> Food resources <input type="checkbox"/> Birth certificate	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services- food stamps/TANF <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources <input type="checkbox"/> Transportation resources <input type="checkbox"/> Other:	
Staff Name & Signature:			Date: