

Selección previa y solicitud de ECEAP 2024-2025 (Formulario combinado)

2024-2025 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)

I am interested in ECEAP at:

Cedar Wood - 3414 168th St. SE 98012

Hawthorne - 1110 Poplar St. 98201

Jackson - 3700 Federal Ave. 98201

Lowell - 5010 View Dr. 98203

Madison - 616 Pecks Dr. 98203

Silver Firs - 5909 146th PL SE 98208

Silver Lake - 12815 Bothell-Everett Hwy 98208

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

Apellido

Identidad de género

¿El niño es un niño indígena, según la definición en WAC 110-425-0030? ☐ Sí ☐ No

IEP - ¿Este niño tiene un plan de educación individualizado (IEP)?

☐

Sí

☐

No

Se determinó que el niño era elegible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios.

☐

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

SNAP - ¿Este niño pertenece a una familia que es elegible para recibir ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria del Departamento de Agricultura de EE. UU., o SNAP, que en Washington se denomina Alimentos Básicos?

☐

Sí

☐

No

Vivienda (seleccione una opción)

☐ Alquilan o poseen una residencia adecuada

☐ Comparten vivienda en un acuerdo de vivienda cooperativa con familiares o amigos

☐ 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

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Argentino | ☐ Guatemalteco | ☐ Puertorriqueño |
| ☐ Boliviano | ☐ Hondureño | ☐ Salvadoreño |
| ☐ Chileno | ☐ Mexicano o mexicano-estadounidense (Chicano) | ☐ Español |
| ☐ Colombiano | ☐ Nicaragüense | ☐ Uruguayo |
| ☐ Costarricense | ☐ Panameño | ☐ Venezolano |
| ☐ Cubano | ☐ Peruano | ☐ Latinoamericano |
| ☐ Dominicano | | ☐ Otro <i>hispano o latino</i> |
| ☐ Ecuatoriano | | |

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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Blanco | ☐ Indígena americano | ☐ Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico |
| ☐ Negro o afroamericano | ☐ Chehalis | ☐ Fiyiano |
| ☐ Nativo de Alaska | ☐ Chinook | ☐ Guameño |
| ☐ Aleut (Unangan) | ☐ Colville | ☐ Kosraense |
| ☐ Alutiiq | ☐ Cowlitz | ☐ Mariano |
| ☐ Athabaskan | ☐ Duwamish | ☐ Marshalés |
| ☐ Esquimal (Inupiaq o Yupik) | ☐ Hoh | ☐ Melanesio |
| ☐ Eyak | ☐ Jamestown | ☐ Micronesio |
| ☐ Haida | ☐ Kalispel | ☐ Nativo de Hawaii |
| ☐ Tlingit | ☐ Kikiallus | ☐ Palauano |
| ☐ Tsimshian | ☐ Lower Elwha | ☐ Papú |
| ☐ Otro nativo de Alaska | ☐ Lummi | ☐ Ponapeño |
| | ☐ Makah | ☐ Samoano |
| | ☐ Muckleshoot | ☐ Salomonense |
| | ☐ Nisqually | ☐ Tahitiano |
| | ☐ Nooksack | ☐ Tarawense |
| | ☐ Port Gamble Klallam | ☐ Tokelauense |
| | ☐ Puyallup | ☐ Tongano |
| | ☐ Quileute | ☐ Trukés (chuukés) |
| | ☐ Quinault | ☐ Vanuatense |
| | ☐ Samish | ☐ Yapés |
| | ☐ Sauk-Suiattle | ☐ Otro isleño del Pacífico |
| | ☐ Shoalwater | |
| | ☐ Skokomish | |
| | ☐ Snohomish | |
| | ☐ Snoqualmie | |
| | ☐ Snoqualmoo | |
| | ☐ Spokane | |
| | ☐ Squaxin Island | |
| | ☐ Steilacoom | |
| | ☐ Stillaguamish | |
| | ☐ Suquamish | |
| | ☐ Swinomish | |
| | ☐ Tulalip | |
| | ☐ Upper Skagit | |
| | ☐ Yakama | |
| | ☐ Otro indígena americano | |

- ☐ **Se negó a informar el grupo étnico del niño**
- ☐ **Se negó a informar la raza del niño**

Sección 2: 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 3: 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? ☐ Sí ☐ 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 4: El niño vive con

☐ Un padre/madre/tutor (nombre): **Vaya a la sección 5**

☐ 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 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 5

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:

Hogar 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:	¿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	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Teléfono alternativo		

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?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
a. 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
a. Horas adicionales de cuidado de niños por semana aprobadas por CPS		
¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas antes?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si cualquiera de los padres tiene más de 55 horas en total por semana, explique:		

Sección 6: ¿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: _____

☐ Otro

Sección 7: 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.

Sección 8: 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 9: 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 10

- 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 10.**

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 10: 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 |
| Nombre del beneficiario de EHS: | Nombre del estado y proveedor: |
| ☐ Cualquier programa de visitas domiciliarias del nacimiento a los tres años | |
| ☐ Early ECEAP | ☐ No se ha inscrito antes en un preescolar de educación temprana |
| Nombre del contratista de Early ECEAP: | |

Sección 11: IEP o sospechas de retraso

- ☐ Este niño tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)
- ☐ Se determinó que este niño era elegible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero se está esperando a que se elabore un IEP o el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios
- ☐ 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 12.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 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 12:

¿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 13: 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)	☐	Sí	☐	No
• Afecte gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?				
• 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: (si contestó que sí, seleccione una opción)	☐	Sí	☐	No
• Es trabajador agrícola migrante o por temporada? (51% o más de los ingresos de la familia provienen de trabajo agrícola)				
• Se muda con el niño para participar en prácticas culturales tradicionales o trabajo (trabajos agrícolas o pesqueros, temporales o por temporada)?	☐	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 familiar que asistió a una escuela residencial para indígenas?	☐	Sí	☐	No
¿Este niño ha vivido la experiencia de que un padre o madre esté en la cárcel, en prisión o en un centro de detención?	☐	Sí	☐	No
¿Este niño ha vivido la pérdida de un padre, madre o cuidador principal, 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 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?	☐	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?

Sección 14: 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	☐	☐
7.º a 12.º 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	☐	☐

Sección 15: Información médica - Adjunte una copia del registro de vacunación del niño

¿Este niño tiene un trastorno crónico de salud física o mental que:		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
• Afecte gravemente el desarrollo o la asistencia del niño?		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
• Afecte moderadamente el desarrollo o la asistencia del niño?		☐	Sí	☐	No	☐	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?		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
¿Este niño cuenta con seguro o cobertura médica?		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
☐ 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	☐	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor:		Teléfono: _____					
• Nombre del profesional médico:							
¿El ECEAP ha recibido una copia de los resultados de un examen médico de rutina del niño (EPSDT)?		☐	Sí	☐	No		
❖ Fecha del último examen médico de rutina del niño antes de solicitar ECEAP:				☐	Fecha desconocida		
¿Este niño tiene seguro o cobertura dental?		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
☐ Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de Servicios Provider One ☐ Cobertura militar ☐ Seguro dental privado ☐ Cobertura tribal ☐ ABCD (no disponible en todos los condados)							
¿Este niño tiene un dentista o clínica dental regular?		☐	Sí	☐	No	☐	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor: _____		Teléfono: _____					
• Nombre del profesional dental:							
¿El ECEAP ha recibido una copia de los resultados de un examen dental?		☐	Sí	☐	No		
❖ 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. Tengo facultades para inscribir a este niño y 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 _____