



Gracias por solicitar para el Programa de Educación Temprana de Puget Sound ESD. Prestamos servicios a las familias con las mayores necesidades. Valoramos la diversidad y aceptamos a niños y familias de cualquier raza, origen étnico, sexo, capacidad, idioma, orientación sexual, religión, o cualquier otra identidad personal.

Para asegurarse de que se determine apropiadamente la elegibilidad, por favor responda a todas las preguntas según su mejor conocimiento. Las respuestas se utilizarán para determinar la prioridad de selección para el programa. Las respuestas incompletas podrían retrasar el proceso. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor comuníquese con nosotros al:

**Por favor, devuelva esta solicitud llenada, junto con los documentos de prueba de la edad y de los ingresos. Si no tiene prueba de sus ingresos y/o de la edad de su hijo (a), se acepta declaraciones personales bajo ciertas condiciones.**

Se puede utilizar una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de la fecha de nacimiento de su hijo(a):

- Documentos de adopción
- Certificado de nacimiento
- Expediente del niño
- Documentos de la corte
- Carta de autorización de Cuidado en Hogar Sustituto
- Documento oficial con la fecha de nacimiento
- Plan de Educación Individual o Plan de Servicio Familiar Individual (IEP/IFSP)
- Registro de inmunizaciones
- Tarjeta o historial médico
- Historial médico del nacimiento/historial del hospital
- Pasaporte o visa
- Declaración jurada de paternidad
- Registros escolares
- Carta de concesión de TANF

Se puede utilizar una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de los ingresos de su familia:

- Declaración de Impuestos del año pasado
- Formulario W2 del año pasado
- Talones de cheques de pago
- Declaración del empleador con los ingresos brutos de los últimos 12 meses
- Carta de Concesión de Asistencia Pública (TANF o SSI)
- Carta de Beneficios de Cuidado en Hogar Sustituto
- Carta de Beneficios de Desempleo
- Declaración/Orden de Manutención de Niños
- Asignación Familiar Militar
- Se aceptan declaraciones personales bajo ciertas condiciones

**Devuelva esta solicitud y los documentos de respaldo a:**

Nuestro Programa de Educación Temprana procesará su solicitud y se pondrá en contacto con usted con respecto a su elegibilidad para el programa.

Nos esforzamos por asegurar que a todas las familias se les dé una oportunidad equitativa para la inscripción. Mantenemos una lista de espera activa durante todo el año. Debido al espacio limitado, no estamos en condiciones de ofrecer inscripción a cada familia al inicio de la escuela. Sin embargo, luego de determinar la elegibilidad, si no se selecciona inmediatamente a su niño(a) al inicio del año escolar, su nombre permanecerá en la lista de espera. Si encuentra otro programa y desea permanecer en nuestra lista de espera, lo puede hacer. Puede retirar el nombre de su niño(a) de la lista de espera en cualquier momento. Para encontrar un programa de Educación Temprana PSESD lo más cerca de usted, diríjase a

<http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom>

**Sección A: Información Sobre el Niño**

Información Sobre el Niño

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Nombre/Número del Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el idioma natal de su hijo? \_\_\_\_\_  
 ¿De qué manera identifica la raza(s)/etnia(s) de su hijo? \_\_\_\_\_  
 Durante el año pasado, ¿asistió su hijo a  Early Head Start  Head Start y/o ECEAP?  
 Si la respuesta es afirmativa, nombre del programa: \_\_\_\_\_

Edad  
 (Para el personal  
 solamente)

  
  
  
  


**Sección B: Información Sobre Elegibilidad**

Información Sobre la Familia

¿Está recibiendo actualmente su familia asistencia en efectivo de TANF?  No  Sí TANF solamente para el niño?  No  Sí  
 ¿Está recibiendo actualmente su familia Subsidio para el Cuidado de Niños?  No  Sí  
 ¿Está recibiendo actualmente usted o un miembro de su familia SSI?  No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, ¿quién la recibe?: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_  
 ¿Es esta solicitud para un niño bajo Cuidado en Hogar Sustituto?  No  Sí ¿Cuidado de parientes?  No  Sí (FS/FA see App. Proc..  
 ¿Se encuentra actualmente sin hogar?  No  Sí for add'l explanation)  
 Está recibiendo la familia del niño actualmente Servicios de Protección Infantil (CPS)?  No  Sí  
 Se encuentra la familia actualmente recibiendo servicios de Intervención Diferenciada (FAR)?  No  Sí  
 Ingreso del hogar durante el último año calendario o los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_  
 Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_ Indique las edades de todos los niños: \_\_\_\_\_

  
  
  
  
  


**Sección C: Información Sobre Salud y Desarrollo**

Información Sobre el Niño

¿Ha sido su hijo **DIAGNOSTICADO** por un Proveedor de la Salud con cualquiera de las siguientes condiciones?  
 No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:  
 Respiratoria (Asma, RSV, RAD, otra)  Diabetes  Convulsiones  Afección Cardíaca  
 Alergia a Alimentos (detalle): \_\_\_\_\_  Deglución (tragar)  
 Alergias que no sean a Alimentos (detalle): \_\_\_\_\_  Otras (detalle): \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene alguna inquietud sobre la salud de su hijo Do?  No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:  
 Alimentación y/o dieta especial  Peso bajo al nacer (5.5 lbs. o menos)  Audición  Dolor de muelas/Caries/Encías sangrantes  
 Visión  Salud mental  Afectado por drogas/alcohol  
 Intolerancia a los alimentos (detalle): \_\_\_\_\_  Otras preocupaciones sobre la salud (detalle): \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo seguro médico?  No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, qué tipo:  Apple Health/ProviderOne  Privada  Indian Health  Otra: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo seguro dental?  No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, qué tipo:  Apple Health/ProviderOne  Privada  Indian Health  Otra: \_\_\_\_\_  
 Ha sufrido su hijo (Marque todo lo que corresponda):  
 Abuso/Negligencia  Cuidado previo en hogar sustitutivo  Se le pidió que se saliera de un centro de guardería debido a la conducta  
 ¿Tiene su hijo una necesidad especial? (Marque todas las que correspondan)  
 Plan de Educación Individualizada (IEP por sus siglas en inglés)  Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés)  Una discapacidad diagnosticada  Inscripción en un programa de Intervención Temprana del Nacimiento a los 3 años en los últimos 6 meses  
 ¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo?  No  Sí  
 Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:  
 Habla/Conversación (haciendo sonidos, retraso en el habla, difícil de entender y/o dificultades para entender a los demás)  
 Motricidad fina (agarrar, dibujar, escribir y/o vestirse)  
 Comportamiento (pegar, morder, tener rabietas y/o no cooperar)  
 Motricidad gruesa (caminar, trepar, lanzar, girar, falta de contacto visual, pérdida de destrezas)  
 Otras preocupaciones: \_\_\_\_\_

**Sección D: Información Familiar**

Información Sobre el Padre/Tutor

El niño vive con:  Uno de sus padres/tutor  Dos padres/ tutores

Relación del/de los padre(s)/tutor(es) con el solicitante:  Padre(s) Sustituto(s)  Abuelo(s)  Tía/Tío  
 Padre(s) Biológicos  Padre Adoptivo(s)  Padrastro/Madrastra  Otro: \_\_\_\_\_

**Padre/ Tutor**  Madre  Padre  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección- si es diferente a la del niño: \_\_\_\_\_

¿Es usted madre/padre adolescente?  Sí  No

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Domicilio  Celular  Trabajo  Mensajes

Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Domicilio  Celular  Trabajo  Mensajes

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

¿Se encuentra el padre/tutor activo en el servicio militar de EU?  No  Sí

¿Es el padre/tutor veterano del servicio militar de EU?  No  Sí

¿Se encuentra el padre/tutor en un entrenamiento para empleo o en la escuela  No  Sí

¿Tiene empleo el padre/tutor?  No  Sí

Tiempo Completo  Medio Tiempo  Temporal  Retirado  Discapacitado

Si tiene empleo, ¿cuántas horas a la semana \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete?  No  Sí

¿Qué idioma(s) habla? \_\_\_\_\_

**Nivel de educación (marque el más alto que haya completado)**

6<sup>to</sup> año escolar o menos  Desarrollo de Educación General (GED)

7<sup>mo</sup> año escolar  Graduado de la escuela secundaria

8<sup>vo</sup> año escolar  Universidad/Entrena. Avanzado

9<sup>no</sup> año escolar  Título universitario/Certificado de capacitación

10<sup>mo</sup> año escolar  Título de asociado (técnico)

11<sup>vo</sup> año escolar  Título de bachiller (licenciatura)

12<sup>vo</sup> año escolar (sin diploma)  Título de maestría

Con el propósito de apoyar a su familia de la mejor manera, por favor marque todas las áreas de inquietud que tiene para usted y /o para su familia.

Discapacidad/No puede Trabajar  Trabajo/empleo  Poco o nada de apoyo de parte de la familia o amigos

Problemas con Drogas/Alcohol  Dificultades para aprender  Inmigrante/Refugiado (últimos 3 años)  Inquietudes de Salud

Cobertura Médica  Pérdida/duelo  Padre(s) Encarcelado(s)  Violencia Familiar

Vivienda  Problemas legales  Desplazo Militar (actualmente o durante el último año)

Inmigración  Salud mental, Depresión Posparto, Ansiedad, Depresión, Síndrome de Estrés Post-Traumático

Involucración con CPS anteriormente  Sin vivienda (homeless) en los últimos 12 meses (no actualmente)

¿Cómo se enteró de nuestro programa?  Referido de la agencia: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

He respondido las preguntas según mi mejor conocimiento. La información que se proporcionó se usará para determinar la elegibilidad de mi hijo para los Programas de Educación Temprana.

**Nota:** La información en su solicitud es confidencial y se usa SOLAMENTE para determinar la elegibilidad. No revelamos información a inmigración ni a otras autoridades gubernamentales.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>
Date received: _____ Date sent to PSESD: _____ Site ID/Name: _____	<b>Child's Name:</b> _____ <input type="checkbox"/> This child is currently enrolled in a community slot at this center <input type="checkbox"/> This child's sibling is currently enrolled in a community slot at this center <b>Date FSS contacted family to review Application:</b> _____		