

Early Childhood Education and Assistance Program (ECEAP)
Child Enrollment Form
Formulario de inscripción de niños

**Double-Boxed Areas are for
Program Staff Use Only**

Información del niño

- Nombre del niño: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
- Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa): ____/____/____ 3. Sexo: F M
- Dirección donde vive: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
- Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
- Condado: _____ 7. Distrito escolar (si lo sabe): _____
- Teléfono durante el día: (____) _____ - _____ Teléfono durante la tarde/noche: (____) _____ - _____
- Es un niño de origen étnico español/hispano/latino (opcional): Sí No *Ésta es una pregunta acerca del origen étnico, no de la raza. Por favor responda también a la pregunta #10, marcando una o más casillas para indicar cuál considera usted que es la raza del niño.*
- Raza (opcional):
 Blanca India americana, nativa de Alaska Negra o afroamericana
 Asiática Nativa de Hawai/isleña del Pacífico Otra: _____
- Idiomas que se hablan en la casa: Principal: _____ Secundario: _____
- El niño tiene un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan – IEP): Si marcó, distrito escolar: _____
- La familia recibe subsidios de cuidado de niños de DSHS para este niño: Sí No
- El niño es un niño que no tiene hogar según la Ley McKinney-Vento: Sí No (Para mayor información vea ECEAP Normas de rendimiento B-7)
- El niño vive con (marque uno)
 Padre(madre) soltero(a)* (en casos de custodia conjunta, use el padre o la madre que recibe la manutención)
 Padre y madre*
** Padre/madre significa padre/madre biológico, padre/madre que tiene la custodia, padre/madre sustituto/a, guardián legal u otra persona legalmente responsable por el bienestar del niño.*
 Otro: _____ (por favor especifique)

Información de los padres

16. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial):	_____	_____
17. Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
18. Relación con el niño:	<input type="checkbox"/> Padre (madre) (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (madre) (padastro/madrastra legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre (madre) sustituto (si la respuesta es sí, pase a la pregunta #30) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Otro guardián legal	<input type="checkbox"/> Padre (madre) (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (madre) (padastro/madrastra legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre (madre) sustituto (si la respuesta es sí, pase a la pregunta #30) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Otro guardián legal
19. Edad:	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> 36-45 años <input type="checkbox"/> 18-24 años <input type="checkbox"/> 46-55 años <input type="checkbox"/> 25-35 años <input type="checkbox"/> Mayor de 55 años	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> 36-45 años <input type="checkbox"/> 18-24 años <input type="checkbox"/> 46-55 años <input type="checkbox"/> 25-35 años <input type="checkbox"/> Mayor de 55 años
20. Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> 7° a 9° grado <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> 10° a 12° grado <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 6° grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> 7° a 9° grado <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> 10° a 12° grado <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> GED
21. Marque cualquier tipo de educación o adiestramiento en el que toma parte actualmente (Marque todo lo que se aplique):	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Conclusión de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Programa vocacional/técnico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Conclusión de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Programa vocacional/técnico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Ninguno
22. Situación de empleo:	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Está buscando trabajo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Looking for work <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Not looking for work
23. Trabajador agrícola migratorio/de temporada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. El padre (la madre) está inscrito(a) en un plan médico/dental (marque todos los que se aplican)	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Seguro médico privado/del empleador <input type="checkbox"/> Seguro dental privado/del empleador <input type="checkbox"/> Ningún seguro médico <input type="checkbox"/> Ningún seguro dental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Seguro médico privado/del empleador <input type="checkbox"/> Seguro dental privado/del empleador <input type="checkbox"/> Ningún seguro médico <input type="checkbox"/> Ningún seguro dental <input type="checkbox"/> Otro
25. El padre (la madre) tiene un proveedor de atención a la salud primario/atención médica en el hogar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ECEAP Formulario de inscripción de niños *(Continúa)*

Información sobre el hogar

26. Tamaño de la familia _____ *(Para mayor información vea ECEAP Normas de rendimiento B-7)*
27. La elegibilidad se basa en los ingresos *(marque uno, o pase a la pregunta #28 si la familia tiene exceso de ingresos):*
(Tome en cuenta los ingresos de todos los recursos como se listan en ECEAP Normas de rendimiento B-5)
 Ingresos brutos anuales o de los 12 meses anteriores: \$ _____
 Ingresos brutos mensuales actuales/anteriores: * \$ _____
(Se debe usar solamente en circunstancias únicas, como se describe en ECEAP Normas de rendimiento B-2)*
28. La familia tiene exceso de ingresos. Ingresos brutos anuales o de los 12 meses anteriores: \$ _____
 Directrices Federales de Pobreza (FPG) _____ %
 La elegibilidad se basa en *(marque uno)*:
 Factores ambientales
 Factores de desarrollo
29. Fuente de ingresos *(marque todo lo que se aplique)*:
 Sueldo/salario
 Seguro de ingreso suplementario (SSI)
 TANF
 Manutención de niños
 Beneficios de desempleo
 Otra: _____
 Pensión, jubilación y/o seguridad social
 Pensión alimenticia/manutención conyugal
30. La familia tiene acceso a los siguientes servicios sociales *(marque todo lo que se aplique)*:
 Programa básico de alimentos
 Centros de distribución de alimentos
 WIC (programa para mujeres, infantes y niños)
 Subsidios para vivienda
 Asistencia para energía
 Otros programas locales *(por favor especifique):* _____
 Servicios para personas sin hogar

Información médica/dental/de salud del niño

31. El niño está inscrito en el siguiente seguro médico y/o en los siguientes programas de salud de los niños *(marque todo lo que se aplique)*:
 Medicaid
 Children's Health Insurance Program (CHIP)
 Washington Basic Health Plan
 Washington Basic Health Plan Plus
 Seguro médico privado
 No tiene seguro médico
 Otro
32. El niño está inscrito en el siguiente seguro dental y/o en los siguientes programas de salud dental *(marque todo lo que se aplique)*:
 Medicaid, Washington Basic Health Plan Plus, o Children's Health Insurance Program (CHIP) *(Estos programas de salud incluyen cobertura dental.)*
 Seguro dental privado
 Ningún seguro dental
 Otro
33. El niño tiene un proveedor primario de atención a la salud/atención médica en el hogar: Sí No
34. Fecha del último examen médico *(antes del primer día de clases del niño)*: ____ / ____ / ____
- If date of last medical exam was completed over one year ago or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP *(must be completed within 90 days of the child's first day in class)*: ____ / ____ / ____
35. Fecha del último examen dental *(antes del primer día de clases del niño)*: ____ / ____ / ____
- If date of last dental exam was completed over six months ago or left blank, provide date dental exam completed while in ECEAP *(must be completed within 90 days of the child's first day in class)*: ____ / ____ / ____
36. El niño ha recibido todas sus vacunas, de acuerdo al Programa de Inmunización de DOH: Sí No
- a) If child is not fully immunized at time of enrollment, an immunization schedule is in progress: Yes No
 b) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: Yes No
 c) Date child became fully immunized while in ECEAP: ____ / ____ / ____

Entiendo que algo o parte de esta información se debe informar a otras agencias estatales y también se puede proporcionar a empresas de investigación no gubernamentales bajo contrato con el Departamento de Aprendizaje Temprano. Esta información se mantendrá confidencial hasta el punto que lo requiera la ley estatal y federal.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta:

37. _____
Firma del padre/de la madre _____
Fecha
38. _____
Firma de la persona que verificó los ingresos para establecer la elegibilidad _____
Fecha

Enrollment Information:

39. Enrollment date: ____ / ____ / ____ *(Date when enrollment process is confirmed and slot is reserved.)*
40. Did child receive ECEAP services in the previous year: Yes No
41. Has child received ECEAP services from another contractor this program year: Yes No *If yes, what city?* _____
42. Child will be transported by ECEAP: One way Both ways Not transported by ECEAP
43. Site code: _____ First day in class: ____ / ____ / ____ Exit date: ____ / ____ / ____

Transfers/Returns: *(To be used when child transfers from another ECEAP site, or exits the program and returns during the same program year.)*

44. Transfer/ Return Site code: _____ First day in class: ____ / ____ / ____ Exit date: ____ / ____ / ____
45. Transfer/ Return Site code: _____ First day in class: ____ / ____ / ____ Exit date: ____ / ____ / ____

Comments to State ECEAP Office:

Form type: New enrollment Update medical-dental Update transfer or return Notify that child exited