

2016-2017 Cómo solicitar a los Programas de Aprendizaje Temprano ESD de Puget Sound

2016-2017 How to Apply for Puget Sound ESD Early Learning Programs



Gracias por solicitar para el Programa de Aprendizaje Temprano del Distrito del Servicios Educativos de Puget Sound. 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 **no excluirán** a su niño(a) de nuestro programa; 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, póngase en contacto con nosotros en: _____

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 niño(a), se acepta declaraciones personales bajo ciertas condiciones.

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

- Documentos de adopción
- Certificado de nacimiento
- Información básica 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 usar 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 Aprendizaje Temprano 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. Usted puede retirar el nombre de su niño(a) de la lista de espera en cualquier momento. Para encontrar un programa de Aprendizaje temprano PSESD lo más cerca de usted, diríjase a

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

**Solicitud de Aprendizaje Temprano
(Early Learning) 2016-2017**
2016-2017 Early Learning Application



Total Points

Sección A: Información para los Niños

Información para los Niños

Nombre del niño: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre/Número de apartamento: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Cuál es el idioma de su niño(a) en casa? _____

¿Cómo identifica usted la(s) raza(s)/origen(es) étnico(s) de su niño? _____

Ha asistido su niño(a): Early Head Start Head Start y/o ECEAP

Si es así, nombre del programa: _____

○

EHS

Sección B: Información sobre la 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 es así, ¿quién?: _____ Relación con el solicitante: _____

¿Es esta solicitud para un niño bajo Cuidado en Hogar Sustituto? No Sí ¿Cuidado de parientes? No Sí

¿Está recibiendo la familia del niño actualmente Servicios de Protección de Niños (Child Protective Services, CPS)? No Sí

¿Está recibiendo actualmente la familia del niño servicios de Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR)? No Sí

¿Está usted actualmente sin hogar? No Sí

Ingresos de la unidad familiar durante el último año calendario o los últimos 12 meses:

Número de personas en su unidad familiar: _____

Sección C: Información sobre la Salud y el Desarrollo

Información para los Niños

¿Ha sido su niño(a) **DIAGNOSTICADO(A)** por un Proveedor de Atención a la Salud con alguna de las afecciones que se detallan a continuación?:

No Sí

Si es así, marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratoria (Asma, VRS, DAR, otra) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Afección Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Alimentos (detalle): _____ | <input type="checkbox"/> Deglución (tragar) | | |
| <input type="checkbox"/> Alergias que no sean a Alimentos (detalle): _____ | <input type="checkbox"/> Otras (detalle): _____ | | |

¿Tiene usted alguna otra preocupación acerca de la salud de su niño? No Sí

Si es así, marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentación y/o dieta especial | <input type="checkbox"/> Peso bajo al nacimiento (5.5lbs o menos) | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries/Sangrado de las encías |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Afección de drogas/alcohol | |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a los alimentos (detalle): _____ | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones de salud (detalle): _____ | | |

¿Tiene su niño seguro médico? No Sí ¿Tiene su niño seguro dental? No Sí

Si es así, ¿qué tipo?: Medicaid Privado Salud de indios Otro: _____

Ha sufrido su niño (marque todo lo que corresponda):

- Abuso/Descuido Cuidado sustituto previo Se le pidió que deje el centro de cuidado de niños debido al comportamiento

¿Tiene su niño una necesidad especial? (Marque todo lo que corresponda):

- Plan de Educación Individualizada (Individualized Education Plan, IEP)
 Plan de Servicios Familiares Individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP) Una discapacidad diagnosticada
 Inscripción en un programa de Intervención Temprana del Nacimiento a los 3 años de edad en los últimos 6 meses

¿Tiene usted preocupaciones acerca del desarrollo de su niño? No Sí

Si es así, marque todo lo que corresponda:

- 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, spinning, falta de contacto visual, pérdida de destrezas)
 Otras preocupaciones: _____

Sección D: Información sobre la familia

El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores <input type="checkbox"/> Los dos padres/tutores	
Relación del/de los padre(s)/tutor(es) con el solicitante: <input type="checkbox"/> Padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) <input type="checkbox"/> Padre(s) sustituto(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tía/tío <input type="checkbox"/> Padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro:	
Padre/tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	Padre/tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección – si es diferente que la del niño: _____ _____	Dirección – si es diferente que la del niño: _____ _____
¿Es usted padre/madre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono principal: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Teléfono secundario: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes	Teléfono principal: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes Teléfono secundario: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes
Dirección electrónica: _____	Dirección electrónica: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Qué idioma(s) habla usted? _____	¿Qué idioma(s) habla usted? _____
Nivel de educación (marque el más alto que haya completado) <input type="checkbox"/> 6 ^{to} año escolar o menos <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Adv. Capacitación <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/certificado de capacitación <input type="checkbox"/> 9 ^{no} año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de maestría <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} año escolar (<i>sin diploma</i>) <input type="checkbox"/> Desarrollo de educación General (GED)	Nivel de educación (marque el más alto que haya completado) <input type="checkbox"/> 6 ^{to} año escolar o menos <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Adv. Capacitación <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/certificado de capacitación <input type="checkbox"/> 9 ^{no} año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de maestría <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} año escolar (<i>sin diploma</i>) <input type="checkbox"/> Desarrollo de educación General (GED)
¿Cuántas horas a la semana trabaja usted? _____	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted? _____
¿Está usted actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Está usted actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene usted alguna preocupación suya, de otro miembro de la familia y/o de su pareja sentimental? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Discapacidad/no puede trabajar <input type="checkbox"/> Trabajo/empleo <input type="checkbox"/> Poco o ningún apoyo de la familia o los amigos <input type="checkbox"/> Asuntos de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Inmigrante/Refugiado (<i>los últimos 3 años</i>) <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre la salud <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Pérdida/duelo <input type="checkbox"/> Padre(s) preso(s) <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Despliegue militar (actual o en el último año) <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud mental, depresión posparto, ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) <input type="checkbox"/> Participación en CPS en el pasado <input type="checkbox"/> Falta de vivienda en los últimos 12 meses (no actualmente)	
¿Tiene el niño en esta solicitud un(a) hermano(a) que actualmente está inscrito(a) en <u>este</u> centro de Aprendizaje Temprano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Cómo se enteró acerca de nuestro programa? <input type="checkbox"/> Referencia de la agencia de: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	

He respondido las preguntas según mi mejor conocimiento. La información que se proporcionó se usará para determinar la elegibilidad de mi niño para los Programas de Aprendizaje Temprano (Early Learning). 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.

Padre/tutor Firma: _____ Fecha: _____

Child's Name: _____

Date FSS contacted family to review Application: _____

Date received: _____

Date sent to PSESD: _____

Site ID/Name: _____

