Early Childhood Education and Assistance Program

E C E A P

Formulario de Inscripción de Niños

Este es un formulario de dos páginas. Por favor llene ambas páginas.
Por favor proporcione información como se relaciona al niño y la familia a tiempo de la matriculación.

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
Las secciones en casillas de margen doble son solamente para uso del Contratista/Personal del sitio

Información del Niño *Proporcione información relacionada con el niño.*

1. Nombre del niño: Apellido:_____ Nombre _____ Segundo nombre: _____
2. NSS del niño:_____-_____-_____ ☐ NSS no disponible 3. Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ 4. Sexo: ☐ M ☐ F
5. Dirección: _____ Ciudad: _____
   Estado: _____ Código postal: _____-_____ 6. Condado: _____
7. Distrito Escolar (*si se conoce):* _____
8. Tel. de la casa: (_____)_____-_____ Tel. trabajo/mensajes: (_____)_____-_____ Tel. de emergencia: (_____)_____-_____
9. Origen étnico/raza: ¿Es usted de origen hispano? ☐ Sí ☐ No
   La pregunta acerca de español/hispano/latino es acerca de origen étnico, no raza. Por favor continúe respondiendo a la pregunta marcando una o más casillas para indicar lo que usted considera que es su raza:
   ☐ Blanca ☐ Asiática
   ☐ Negra o afro americana ☐ Nativa hawaiana/isleña del pacífico
   ☐ Indio nativo americano o nativo de Alaska ☐ Alguna otra raza: _____
10. Idiomas que se hablan en el hogar: Primario _____ Secundario _____
11. El niño tiene Plan de Educación Individual (IEP): ☐ Si está marcado, distrito escolar: _____
12. El niño reside con (*marque una solamente*):
    a) ☐Sólo con la madre ☐ Sólo con el padre ☐ Con ambos progenitores
    ☐Padre(s) substituto(s) ☐ Abuelo(s) ☐ Otro: _____
    ☐Madre y padrastro ☐ Padre y madrastra
    b) Marque si no tiene hogar: ☐

Información de progenitores *Proporcione información de los padres/padrastros concernientes a los arreglos de vivienda del niño.*

13.	Relación con el niño:	☐ Madre ☐ Madrastra	☐ Padre ☐ Padrastro
14.	Apellido:		
15.	Primer nombre, inicial:		
16.	Número de seguro social:	_____-____-_____ ☐ NSS no disponible	_____-____-_____ ☐ NSS no disponible
17.	Fecha de nacimiento (mes/día/año):		
18.	Marque con un círculo el grado completado más alto:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17 18	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17 18
19.	Marque con un círculo la educación o programa de adiestramiento a la que el progenitor está asistiendo actualmente (*para "Otro" adiestramiento, describa*):	Clases GED / Escuela secundaria / Alfabetización / Escuela superior / Educación avanzada / Escuela vocacional / ESL / Even Start/ Ninguna / Otra _____	Clases GED / Escuela secundaria / Alfabetización / Escuela superior / Educación avanzada / Escuela vocacional / ESL / Even Start/ Ninguna / Otra _____
20.	Situación de empleo:	☐ Tiempo completo ☐ Buscando empleo ☐ Tiempo parcial ☐ No está buscando empleo	☐ Tiempo completo ☐ Buscando empleo ☐ Tiempo parcial ☐ No está buscando empleo
21.	El progenitor es:	☐ Migratorio/ trabajador de granja por temporada	☐ Migratorio/ trabajador de granja por temporada

Información del hogar *Proporcione información para todo el hogar que mantiene al niño; no limitada a la Información de Progenitores mencionada arriba.*

22. Ingresos brutos de los 12 meses previos: $ _____ e ingresos brutos mensuales actuales: $ _____
23. Número de personas en el hogar que se mantiene con estos ingresos: _____

    a) Check if family is over income: ☐ FPL _____%
    b) If child is from over income family, please check risk factors for why child qualifies for ECEAP:
    ☐ Child is at risk due to environmental factors.
    ☐ Child is at risk due to developmental factors.

24. Fuentes de ingresos *(marque todo lo que se aplique):*
    ☐ Sueldo/Salario ☐ Manutención de niños ☐ Pensión, jubilación y/o Seguro Social
    ☐ Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Beneficios de Desempleo ☐ Pensión/Manutención conyugal
    ☐ WorkFirst/TANF asistencia en efectivo (ID del Cliente #: _____) ☐ WorkFirst asistencia pública no monetaria
    ☐ Otra: _____
25. La familia recibe subsidio de manutención de niños: ☐ Sí ☐ No

ECEAP Formulario de Inscripción de Niños

(*Continúa*)

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
Las secciones en casillas de margen doble son solamente para uso del Contratista/Personal del sitio

26. La familia tiene acceso a los programas de asistencia/apoyo siguientes *(marque todos los que aplican):*
    ☐ Cupones de alimentos ☐ Bancos de alimentos ☐ WIC ☐ Subsidios de vivienda ☐ Vivienda para personas sin hogar
    ☐ Asistencia para electricidad ☐ Violencia doméstica ☐ Otros programas locales (*por favor especifique*): _____
27. Por favor responda a todas a las preguntas "a" y "b" a continuación:
    a) La familia está inscrita en los siguientes programas de seguro médico/dental *(marque todos los que se aplican):*
    ☐ Healthy Options ☐ Medicaid ☐ Washington Basic Health Plan ☐ Seguro médico privado
    ☐ Seguro dental privado ☐ Otros programas de atención a la salud, seguro médico/dental: _____
    ☐ No tiene seguro
    b) La familia ahora tiene acceso a los siguientes programas de salud familiar *(marque todos los que se aplican):*
    ☐ First Steps ☐ Planificación familiar y salud reproductiva ☐ Programa de tratamiento para dependencia química
    ☐ Otros programas de salud familiar: _____ ☐ Ninguno
28. La familia tiene un proveedor primario de atención familiar: ☐ Sí ☐ No

Información médica/dental del niño *Proporcione información médica/dental acerca del niño a tiempo de la inscripción.*

29. El niño está inscrito en los siguientes programas de salud médica/seguro dental y/o de salud infantil *(marque todos los que se aplican):*
    ☐ Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Washington Basic Health Plan ☐ Children's Health Insurance Program (CHIP)
    ☐ Seguro médico privado ☐ Seguro dental privado
    ☐ Otros planes de atención a la salud, seguro médico/dental: _____ ☐ No tiene seguro
30. El niño tiene un proveedor primario de atención a la salud: ☐ Sí ☐ No
31. Fecha del último examen médico antes de la primera fecha de servicio: ___/___/___

If date of last medical exam is greater than one year prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (***MUST** be completed within 90 days of the first service date*): ___/___/___

32. Fecha del último examen dental antes de la primera fecha de servicio: ___/___/___

If date of last dental exam is greater than six months prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP *(**MUST** be completed within 90 days of the first service date)*: ___/___/___

33. El niño está totalmente inmunizado con todas las vacunas **apropiadas para su edad** (de acuerdo con la Tabla de Inmunización del DOH): *(La ley del Estado de Washington, RCW 28A.210.160, requiere que todos los niños tengan un Certificado de Situación de Inmunización llenado en el archivo en la escuela, pre-escuela, o el establecimiento de atención de niños al que ellos asisten)*: ☐ Sí ☐ No
    a) Si el niño no está completamente vacunado, por favor indique cuáles vacunas necesita:
    ☐ Hepatitis B ☐ Difteria ☐ Tétanos ☐ Pertusis ☐ H. Influenza Tipo B ☐ Polio ☐ Sarampión, Paperas, Rubéola

b) If child not fully immunized at time of enrollment, date child became fully immunized while in ECEAP: ___/___/___
c) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: ☐ Yes ☐ No
Provide date exemption submitted: ___/___/___

Certifico que lo precedente es cierto y correcto. ECEAP es financiado con fondos estatales y federales; por lo tanto, alguna o toda la información proporcionada debe ser notificada a otras agencias estatales y/o federales. Además, la información puede proporcionarse a firmas de investigación no gubernamentales bajo contrato con el Departamento de Desarrollo Comunitario, Comercio y Económico. La información se mantendrá confidencial hasta el grado requerido o autorizado por la ley estatal y federal.

DEBE HABER UNA FIRMA EN TODAS LAS TRES LINEAS.

34. _____ _____
Firma del padre o tutor *Fecha*

35. _____ _____
Firma del entrevistador *Fecha*

36. _____ _____
Firma de la persona que verificó los ingresos /estableció elegibilidad *Fecha*

Enrollment Information

37. Enrollment date: ___/___/___
38. Was child enrolled last year? ☐ Yes ☐ No
39. Child will be transported by ECEAP: ☐ One way ☐ Both ways ☐ Not transported by ECEAP
40. Site code: _____ First service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___

Transfers/Returns

41. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
42. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
43. Form type: ☐ New enrollment ☐ Update medical-dental ☐ Update transfer or return ☐ Notify that child exited