

20172018 Cómo solicitar inscripción ECEAP del Colegio de Centralia

Gracias por poner su solicitud en el Programa ECEAP del Colegio de Centralia. Servimos a familias con mayores necesidades. Valoramos la diversidad y aceptamos a niños y familias de cualquier raza, etnia cultural, género, habilidad, idioma, orientación sexual, fé o cualquier otra identidad personal. Para asegurar que la elegibilidad sea determinada apropiadamente, por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Las respuestas se utilizarán para determinar la prioridad de selección para el programa. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, póngase en contacto con nosotros al teléfono: 360-623-8416.



Por favor devuelva esta solicitud completa junto con comprobantes de la edad de su hijo(a), el tamaño de la familia, custodia y los documentos de ingreso. Si no tiene la prueba de los documentos necesario, póngase en contacto con la oficina del ECEAP. * Se requiere tener un documento por cada categoría.

Comprobantes de edad:

- Documentos de adopción/ documentos de la corte
- Acta de nacimiento
- Cartilla de vacunación
- Carta de autorización de cuidado
- Plan de Educación Individual o Plan Individual de servicios a la familia (IEP/IFSP)
- Expediente Médico

Comprobante de Custodia Legal

- Reclamo de impuesto [con el nombre del niño(a)]
- Orden de la corte/hogar suplente/adopción
- Carta de beneficios [con el nombre del niño(a)]
- Un Documento legal/Declaración

Comprobantes Ingresos

- Reclamo de impuestos/ W2 del año anterior
- Talones de pagos de los últimos 12 meses
- L&I o Discapacidad
- Asistencia pública (TANF o SSI)
- Carta de Asignación del Hogar Suplente
- Carta de Benéficos de Desempleo
- Manutención de niños (recibo o paga)
- Asignación para familia militares
- Pago de las Tribus nativas indias

Comprobante de tamaño de la Familia

- Reclamo de impuesto
- Carta de beneficios
- Carta de asignación del Hogar Suplente

Devuelva esta solicitud y los documentos necesarios a: 217 S. Iron St, Centralia, WA 98531 o

envíela por correo a: 600 Centralia College Blvd, Centralia, WA 98531

Nuestro Programa de ECEAP procesará su solicitud y lo contactará con respecto a su elegibilidad para el programa. Nos esforzamos para asegurar que todas las familias tengan una oportunidad equitativa en la inscripción. Mantenemos una lista de espera activa durante todo el año. Debido al espacio limitado, no podemos ofrecer la inscripción a cada familia al comienzo de la escuela. Sin embargo, después de determinar la elegibilidad, si su hijo(a) no es seleccionado inmediatamente al comienzo del año escolar, su nombre permanecerá en la lista de espera. Si encuentra otro programa y desea permanecer en nuestra lista de espera, lo dejaremos en esta. Puede eliminar el nombre de su hijo(a) de la lista de espera en cualquier momento.



Aplicación para el preescolar de ECEAP del Colegio de Centralia



Devuelva personalmente a: 217 S. Iron St, Centralia WA 98531

O mande por correo a: Centralia College ECEAP, 600 Centralia College Blvd, Centralia, WA 98531

1. Información del niño

Fecha de nacimiento del niño ____/____/____

Nombre legal: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

¿Cómo quiere que se le llame al niño(a)? _____ Sexo: Masc. Fem

¿Se encuentra el/la niño(a) en un Programa de Educación Individualizada (IEP)?

Sí No

Si responde no, ¿tiene usted alguna inquietud acerca del desarrollo de este niño? Sí No

¿Se encuentra el/la niño(a) en cuidado suplente autorizado?

Sí No

¿La familia del niño(a) actualmente está recibiendo Servicios de Protección de Menores (CPS, por su sigla en inglés) o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios)?

Sí No

¿La familia del niño(a) actualmente está recibiendo servicios de Respuesta de Evaluación Familiar (FAR, por su sigla en inglés)? Sí No

¿El/la niño se encuentra sin hogar (no tiene una residencia fija, habitual y adecuada donde pasar la noche)?

Sí No Si responde sí, ¿vive el niño sin hogar con uno de sus padres/tutor legal? Sí No

Si el niño no vive uno de los padres/tutor, describa la situación: _____

¿Se encuentra el niño bajo cuidado en una residencia familiar con un tutor que recibe subsidio de TANF

(Asistencia temporal para familias necesitadas) a nombre del niño(a)? Sí No

Idioma materno del niño _____ Segundo idioma del niño _____

¿Es el/la niño(a) hispano/latino? Sí Por favor, escriba su

origen _____

Raza del niño (puede seleccionar más de una):

Blanco Negro o afroamericano Asiático (Especifique) _____ Indoamericano (Especifique) _____

Hawaiano o de otras islas del Pacífico (Especifique) _____ Nativo de Alaska (Especifique) _____

2. Información del padre/madre/tutor

Nombre _____ Apellido _____ Sexo: Masc. Fem.

Relación con el niño: Padre/Madre (biológicos o adoptivos) Padrastro/Madrastra Otro tutor legal

Padre/Madre suplentes Abuelo/Abuela Otro pariente Otro (especificar) _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Condado _____ Distrito escolar _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

¿Necesita usted un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés? Sí No

3. Información de la familia: Otros miembros del hogar Tamaño aproximado familiar _____

Nombre	Apellido	Sexo	Relación con el niño	Edad, si es menor de 19	Fecha de nacimiento, si es menor de 5

Padres/Madre del niño/Tutores adicionales: (Que no vivan en la casa)

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

4-7. Actividades de los Padres

	Padre #1 Nombre _____	Padre #2 Nombre _____
Escolaridad (el grado más alto que curso)		
4. ¿El padre, la madre o el tutor están empleados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana en el trabajo remunerado, más los viajes de trabajo.		
b. Si la respuesta es sí, ingrese el nombre del empleador y el teléfono o correo electrónico.		
5. ¿Este padre, madre o tutor está inscrito y asiste a la escuela o a capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana de clase y los viajes relacionados en época escolar. Incluya el horario de clase, hasta 10 horas de tiempo de estudio, y el tiempo de viaje.		
b. Si la respuesta es sí, ingrese el nombre de la escuela u organización de capacitación.		
c. Si la respuesta es sí, ingrese el objetivo o la especialidad.		
6. ¿Este padre, madre o tutor desempeña alguna actividad aprobada por WorkFirst aparte del empleo, la educación o la capacitación laboral mencionados anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, describa la actividad		
d. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas por semana una actividad aprobada y los viajes conexos.		
7. ¿La familia tiene la aprobación para recibir cuidado de niños a través de Servicios de Protección de Menores (CPS), incluyendo Respuesta de Evaluación Familiar (FAR)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad de horas probadas por semana.		

8. ¿Cómo supo usted acerca del programa ECEAP? _____

9. Asistencia de Vivienda

¿El hogar recibe subsidio de vivienda, cupón de vivienda o asistencia en efectivo de vivienda? Sí No

¿Recibe actualmente subsidio de cuidado de niños de Working Connections para el niño? Sí No

10. Ingresos recibidos por el/los padre(s) o tutor (es) del niño

Si el niño no tiene hogar y no está viviendo con su padre/madre o tutor, pase a la sección 11.

Si este niño se encuentra en cuidado suplente o está cubierto por un subsidio TANF solo para niños (cuidado con parientes), complete esta información y luego pase a la sección 11.

Subsidio mensual de cuidado suplente \$ _____ Numero de caso de cuidado suplente _____

Monto mensual del subsidio TANF solo para niños \$ _____ Número de ID de Cliente TANF _____

• ¿Recibió esta familia ingresos durante el año pasado o durante los 12 últimos meses? Sí No

Si no, describe la razón por que no recibieron ingresos: _____

• Escriba todos los ingresos de la familia en el cuadro a continuación.

○ Seleccione: Año calendario anterior o bien 12 meses anteriores

Persona(s) que recibe(n) ingresos	Tipo Por Favor incluya todos los ingresos percibidos	Monto anual
		\$
		\$
		\$
Reste	Orden de la corte de manutención para niños que se paga a otro hogar	-\$
Total		\$

¿Continúa usted recibiendo ingresos que se mencionan más arriba? Sí No

Si responde no, y sus circunstancias han cambiado recientemente, por favor explique _____

¿Cuáles son sus ingresos mensuales?: \$ _____ ¿Para qué mes? _____

11. Inscripciones anteriores

¿Estuvo el niño anteriormente inscrito en el preescolar de Head Start? Sí No Si responde sí, ¿en dónde?

¿Estuvo el niño inscrito en Early Head Start o en un programa de visitas domiciliarias para niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad? Sí No

¿Tuvo el/la niño(a) un Coordinador de Recursos Familiares (programa ESIT)? Sí No

¿Tiene el/la niño(a) un Programa de Educación Individualizada (IEP)? Sí No

Si el/la niño(a) tiene un Plan Educacional Individual (IEP, por su sigla en inglés) marque todas las categorías del IEP. Si no lo tiene, pase a la siguiente pregunta.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas/Sordera-ceguera | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples | <input type="checkbox"/> Deficiencias del habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Lesiones cerebrales traumáticas | <input type="checkbox"/> Perturbación emocional |
| <input type="checkbox"/> Otras deficiencias de salud | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales |

Fecha de Inicio del IEP: _____ Fecha Final del IEP: _____ ¿Qué distrito escolar emitió el IEP de este niño? _____

¿Hay disponible para el niño una escuela preescolar de educación especial de su distrito escolar? Sí No

¿Se le ha pedido al niño que abandone un centro de cuidado de niños o una escuela preescolar debido a problemas de comportamiento? Sí No

ECEAP presta servicios a niños que tienen problemas de comportamiento. El marcar "sí" no hará que su niño(a) quede excluido.

12. Preguntas adicionales (Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el programa ECEAP. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.)

- ¿Es el niño un estudiante de inglés como segundo idioma? Sí No
- ¿Ha estado el niño sin hogar en el transcurso de los últimos 12 meses? Sí No
- ¿Tiene el niño un padre o una madre con discapacidades físicas o de desarrollo? Sí No
- ¿El niño tiene uno de los padres en servicio activo en el Ejército Estadounidense? Sí No
- ¿El niño tiene uno de los padres que es actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar? Sí No
- ¿Tiene el niño un padre o madre que recientemente estuvo o actualmente está asignado/a una zona de combate? Sí No
- ¿Tiene el niño un padre o madre que está en la cárcel, la prisión o un centro de detención? Sí No
- ¿Tiene el niño un padre o madre que está sufriendo problemas de salud mental? Sí No
- ¿Tiene este niño un padre o una madre que era menor de 18 años al nacer dicho niño? Sí No
- ¿Tiene este niño un padre o una madre que es trabajador(a) migrante? Sí No
- ¿Ha recibido su familia servicios de CPS o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios) en el pasado? Sí No
- ¿Ha sufrido su familia violencia doméstica alguna vez? Sí No
- ¿Tiene su familia dificultades con temas relacionados con el abuso de sustancias? Sí No
- ¿Tiene usted un sistema de apoyo fuera de su familia (personas con las que puede hablar y personas que le ayudan)? Sí No
- ¿ECEAP ha recibido una referencia profesional para esta familia? Nombre de la Agencia: _____ Sí No
- Si no tenemos lugar para su hijo(a), ¿Le gustaría que compartiéramos información con Head Start? Sí No

13. Información de salud

- ¿Tiene este niño una enfermedad crónica tal como diabetes, asma, convulsiones, etc.? Sí No
- ¿Pesaba este niño menos de 5.5 libras en el momento de nacer? Sí No
- ¿Tiene este niño seguro o cobertura médicos? Sí No
- ProviderOne / Apple Health Cobertura médica militar Seguro médico privado Cobertura tribal
- ¿Se le realizó al niño un examen médico anual durante los últimos 12 meses? Sí No
- ¿Quién es el médico del niño (a)/cual es la clínica? _____ Fecha de su último examen médico: _____
- ¿Tiene este niño seguro o cobertura dental? Sí No
- ¿Se le ha hecho a este niño un examen dental durante los últimos 6 meses? Sí No
- ¿Quién es el dentista del niño/ cual es la clínica dental? _____ Fecha de su último examen dental: _____

Firma de padre/madre/tutor

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que es posible que esta información se comunique a otras agencias estatales o compañías de investigación. El Departamento de Aprendizaje Temprano mantiene la confidencialidad de las identidades de los niños y las familias individuales en la medida en que lo permiten las leyes estatales y federales.

Nombre en letra de molde _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del miembro del personal de ECEAP que verificó la elegibilidad Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Examiné y verifiqué la documentación que establece la elegibilidad de este niño para el programa ECEAP. Firm _____ Fecha _____