

## Cómo aplicar para los Programas de Educación Temprana de Puget Sound ESD

¡Bienvenidos!

Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos solicitados.

**Su información es confidencial. No requerimos, revisamos ni reportamos el estado migratorio.**

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de su aplicación.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto aplique lo antes posible!



**Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la aplicación, o si no tiene todos los documentos solicitados.**

Por favor siga los pasos a continuación:



Llene el formulario de aplicación utilizando una pluma con tinta negra o azul.



Adjunte una copia de la prueba de la fecha de nacimiento de su hijo(a).

**Utilice uno de estos:**

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Papeles de Adopción
- Carta de Autorización para el Cuidado Temporal
- Record de Vacunas al Corriente



Adjunte una copia de la prueba de su tutoría legal.

**Utilice uno de estos:**

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Papeles de Adopción
- Record de Cuidado Temporal
- Acuerdo escrito, firmado y fechado por el padre/madre y por la persona asumiendo la responsabilidad de la custodia



Adjunte una copia de la prueba de su ingreso familiar.

**Utilice todas las que sean pertinentes:**

- Declaración de Impuestos del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de los cheques de los 12 meses anteriores
- Cartas de beneficios de SSI/TANF de los 12 meses anteriores
- Subvención por cuidado temporal
- Manutención infantil
- Carta del patrón declarando su ingreso grueso total de los 12 meses anteriores



Adjunte una copia de la prueba del número de personas (tamaño) de su familia.

**Utilice uno de estos:**

- Declaración de Impuestos del año pasado
- Contrato de Vivienda



**Llame a nuestra oficina si usted recibe otros tipos de ingreso no listados anteriormente.**



Devuelva la aplicación completa y sus documentos a:

Dirección:

Número de Teléfono:

Sería también útil si incluye una copia del record de vacunas al corriente de su hijo(a).

Si su hijo(a) se encuentra bajo un IFSP/IEP, por favor también adjunte una copia a su aplicación.

**Por favor asegúrese de haber incluido la prueba de su ingreso. No podemos procesar su aplicación sin esta información.**

**¡Recuerde que debe entregar su solicitud completamente llena lo antes posible! ¡Gracias por elegir nuestros Programas de Educación Temprana!**

# Aplicación para la Educación Temprana 2018-2019

|   |   |   |                                  |   |                          |
|---|---|---|----------------------------------|---|--------------------------|
| <b>SOLAMENTE<br/>PARA EL<br/>PERSONAL</b> | Date received:  | Site Name/ID:   | ❖ ELMS<br>Prescreen<br>Questions | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/><br><b>TOTAL</b> | Child's Age              |
|   | Date staff reviewed application with family:  | HS/EHS ONLY - Date sent to PSED:  |                                  |   |                          |
|   | Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                              | Is this child currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                                  |   |                          |
| If yes, mother's name:                    | Is this child's sibling currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   |                                  |   | <input type="checkbox"/> |

La información de su aplicación es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para nuestros Programas de Educación Temprana. No requerimos, revisamos ni reportamos el estado migratorio.

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO</b>  | <b>Información Sobre el/la Niño(a)</b>   |                                       |
|   | ❖ Nombre:  | Inicial del Segundo Nombre: Apellido: |
|   | ❖ Fecha de Nacimiento: ___/___/___<br>Mes/Día/Año  | ❖ Género:                             |
|   | <b>Por favor incluya prueba de la fecha de nacimiento con esta aplicación</b>  |                                       |
|   | <b>Recopilar la información a continuación nos ayuda a determinar los servicios y apoyos más culturalmente adecuados, únicos para su hijo y familia.</b>   |                                       |
|   | ❖ ¿Cuál es el idioma natal de su hijo(a)? _____  |                                       |
|   | ❖ ¿Es su hijo(a) hispano(a)/latino(a)?<br><input type="checkbox"/> Sí - Por favor describa o escriba el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> No   |                                       |
|   | ❖ ¿Cuál es la raza de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:   |                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Blanco<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br>Si no se lista anteriormente, por favor describa los antecedentes de su hijo(a): _____ |                                       |
|   | ¿Ha asistido anteriormente su hijo(a) a alguno de estos programas?   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Programa de Visitas Domiciliarias Birth-to-3 <input type="checkbox"/> Head Start<br><input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar de Washington<br><input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP<br><input type="checkbox"/> Parents as Teachers (Padres como Maestros) <input type="checkbox"/> No |  |                                       |
| ¿Cuándo fue la última vez que asistió? _____ Nombre y Ubicación del Programa: _____   |  |                                       |
| ❖ ¿Se encuentra su hijo(a) bajo cuidado temporal/con familia oficial? (Una autorización para proporcionar cuidado de parte del estado tribu que indique que el niño se encuentra en cuidado temporal/con un familiar)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>➤ ¿Ha estado su hijo(a) anteriormente bajo cuidado temporal/ con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |                                       |
| ¿Se le ha pedido a su hijo(a) que se retire de una guardería o escuela preescolar debido a problemas de comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |                                       |
| ¿Ha sufrido su hijo(a) de abuso o negligencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |  |                                       |
| ¿Ha sido diagnosticado(a) su hijo(a) por un Proveedor de Cuidado de Salud con una o más afecciones de salud más graves/crónicas, como asma, diabetes, convulsiones, afección cardíaca o alergias mortales?<br><input type="checkbox"/> Sí - Por favor descríballo: _____ <input type="checkbox"/> No  |  |                                       |

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

**Información Sobre el/la Niño(a)**

¿Sospecha usted que su hijo(a) padece de un retraso del desarrollo o de una discapacidad?  Sí - Por favor descríbala: \_\_\_\_\_  No

¿Posee su hijo(a) un Plan de Servicios Individualizados (IFSP) o un Plan de Educación Individualizada (IEP)?  Sí  No

**Si la respuesta es que sí, por favor responda las siguientes preguntas e incluya una copia del IFSP o del IEP con esta aplicación**

➤ Por favor marque todas las categorías para el IEP/IFSP (por sus siglas en inglés):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual   | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica |
| <input type="checkbox"/> Sordoceguera             | <input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades   | <input type="checkbox"/> Discapacidad de habla/lenguaje         |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica    | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática             |
| <input type="checkbox"/> Disturbio emocional      | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual                    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva    |   |   |

➤ ¿Existe una escuela preescolar de Ed. Especial o un Programa Birth-to-3 disponible/fácilmente accesible para usted?  Sí  No  No sé

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el desarrollo de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:

Bajo peso al nacer (menos de 5.8 lb.)  Salud Mental - Por favor descríbala: \_\_\_\_\_  Conducta - Por favor descríbala: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Audición                                     | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial - Por favor descríbala: _____ | <input type="checkbox"/> Habla/lenguaje                      |
| <input type="checkbox"/> Visión                                       |  | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/motricidad fina   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de dientes/caries/encillas que sangran |  | <input type="checkbox"/> Otro - Por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol                  |  |  |

¿Posee su hijo(a) seguro médico?

Sí - ¿qué tipo?

➤  Washington Apple Health/ProviderOne  Seguro Privado  Cobertura médica Tribal o Militar

No

¿Posee su hijo(a) un doctor o una clínica médica regulares?  Sí  No

¿Recibió su hijo(a) un examen de salud en los últimos 12 meses?  Sí - Fecha del último examen: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Fecha desconocida  No

¿Posee su hijo(a) seguro dental?

Sí- ¿Qué tipo?

➤  Washington Apple Health/ProviderOne  Seguro Privado  Cobertura dental Tribal o Militar

No

¿Posee su hijo(a) un dentista o una clínica dental regulares?  Sí  No

¿Recibió su hijo(a) un examen dental en los últimos 6 meses?  Sí - Fecha del último examen: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Fecha desconocida  No

INFORMACIÓN FAMILIAR

**Información Familiar**

**Padre(Madre)/Tutor 1**

**Padre(Madre)/Tutor 2**

|   |   |   |
|---|---|---|
| ❖ Nombre:   |   |   |
| ❖ Relación con el/la Niño(a):                       | <input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/Padrastra(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/Padrastra(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro |
| ❖ Fecha de Nacimiento:                              | ___/___/___<br>Mes/Día/Año  | ___/___/___<br>Mes/Día/Año  |
| ¿Qué edad tenía usted cuando nació este(a) niño(a)? | _____   | _____   |
| ❖ Dirección:  |   |   |
| ❖ Teléfono:   | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo  | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo  |
| ❖ Teléfono Alterno:                                 | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo  | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo  |
| ❖ Dirección electrónica:                            |   |   |

| Información Familiar  | Padre(Madre)/Tutor 1  | Padre(Madre)/Tutor 2  |  |   |   |   |
|---|---|---|--|---|---|---|
| ❖ ¿Necesita intérprete?<br><br>❖ ¿Qué idioma(s) habla?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><hr/>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><hr/>  |  |   |   |   |
| ¿Obtuvo un diploma de la secundaria (high school) o GED?<br><br>¿Cuál es el <b>título</b> más alto que obtuvo?  | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school)<br><input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el <b>grado</b> más alto que terminó? _____<br><br><input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado<br><input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado<br><input type="checkbox"/> Título asociado<br><input type="checkbox"/> Título de licenciatura<br><input type="checkbox"/> Título de doctorado<br><input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school)<br><input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el <b>grado</b> más alto que terminó? _____<br><br><input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado<br><input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado<br><input type="checkbox"/> Título asociado<br><input type="checkbox"/> Título de licenciatura<br><input type="checkbox"/> Título de doctorado<br><input type="checkbox"/> Ninguno |  |   |   |   |
| ❖ ¿Cuenta actualmente con un empleo?<br><br>❖ ¿Se encuentra asistiendo a la escuela o a un entrenamiento para empleo?   | <input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapacitado(a)<br><input type="checkbox"/> Por temporada<br><br><input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapacitado(a)<br><input type="checkbox"/> Por temporada<br><br><input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No   |  |   |   |   |
| ❖ ¿Se encuentra participando en una actividad de WorkFirst?   | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____<br><input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____<br><input type="checkbox"/> No  |  |   |   |   |
| ¿Se encuentra en servicio militar activo de EU?<br><br>¿Es usted miembro en una unidad de la Guarda Nacional o Reserva Militar?<br><br>¿Es usted veterano militar de EU?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |   |   |   |
| Por favor marque las áreas de inquietud que tiene para <b>usted/su familia en su hogar</b> en las que es posible que le podamos ayudar:   |   |   |  |   |   |   |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses)<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a)<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) se encuentra actualmente desplazado(a) en una zona de combate o lo estuvo en el último año<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) está encarcelado(a)                             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental/ consejería en el hogar, incluyendo depresión materna.<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante<br/> <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual)<br/> <input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar<br/> <input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos                             </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen seguro médico/dental<br/> <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje                             </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo<br/> <input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda<br/> <input type="checkbox"/> Inquietudes legales<br/> <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)                             </td> </tr> </table> |   |   | <input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses)<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a)<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) se encuentra actualmente desplazado(a) en una zona de combate o lo estuvo en el último año<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) está encarcelado(a) | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental/ consejería en el hogar, incluyendo depresión materna.<br><input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual)<br><input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar<br><input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos | <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen seguro médico/dental<br><input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo<br><input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda<br><input type="checkbox"/> Inquietudes legales<br><input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses)<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a)<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) se encuentra actualmente desplazado(a) en una zona de combate o lo estuvo en el último año<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) está encarcelado(a)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental/ consejería en el hogar, incluyendo depresión materna.<br><input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual)<br><input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar<br><input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos   |   |  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen seguro médico/dental<br><input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud<br><input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje   | <input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo<br><input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda<br><input type="checkbox"/> Inquietudes legales<br><input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)   |   |  |   |   |   |



## SOLAMENTE PARA EL PERSONAL: Returning Child Information

Complete if the child is returning for the next program year. Do not reverify income.

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Program Year:</b>   |  | <b>Updated Total:</b>   |   |
| <b>HS/EHS Only – Date Sent to PSESD:</b>   |  | <b>Site/ID Name:</b>  |   |
| <b>CHILD INFORMATION</b>   |  |   |   |
| <b>Child's Name:</b>   |  | <b>Child's Date of Birth:</b>   |   |
| Has the child been diagnosed by a Health Care Provider with one or more serious/chronic health conditions, such as asthma, diabetes, seizures, heart condition, or life-threatening allergies? |  |   |   |
| □ Yes – Please describe: _____   |  | □ No  |   |
| Does the family <b>suspect</b> that the child has a developmental delay or disability?   |  |   |   |
| □ Yes – Please describe: _____   |  | □ No  |   |
| Does the child have a current Individual Family Service Plan (IFSP) or Individual Education Plan (IEP)?  |  |   |   |
| □ Yes – Please describe: _____   |  | □ No  |   |
| Does the family have concerns about the child's health and development?  |  |   |   |
| □ Yes – Please describe: _____   |  | □ No  |   |
| Does this child have medical insurance? □ Yes □ No   |  | Does this child have a regular doctor or medical clinic? □ Yes □ No   |   |
| Does this child have dental insurance? □ Yes □ No  |  | Does this child have a regular dentist or dental clinic? □ Yes □ No   |   |
| Does the family have new/additional areas of concern?  |  |   |   |
| □ Yes – Please describe: _____   |  | □ No  |   |
| <b>FAMILY INFORMATION</b>  |  | <b>Parent/Guardian 1</b>  | <b>Parent Guardian 2</b>  |
| Name:  |  |   |   |
| Relationship to Child:   |  | <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent<br><input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent<br><input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other   | <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent<br><input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent<br><input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other   |
| Address (if changed):  |  |   |   |
| Phone (if changed): _____ - _____ - _____  |  | □ Home □ Cell □ Work  | _____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work  |
| Alternate Phone (if changed): _____ - _____ - _____  |  | □ Home □ Cell □ Work  | _____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work  |
| Email Address (if changed):  |  |   |   |
| Did the parent/guardian receive a high school diploma or GED?  |  | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> High school diploma<br><input type="checkbox"/> None – What is the highest <b>grade</b> completed? _____   | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> High school diploma<br><input type="checkbox"/> None – What is the highest <b>grade</b> completed? _____   |
| What is the highest <b>degree</b> the parent/guardian completed?   |  | <input type="checkbox"/> Some college/advanced training<br><input type="checkbox"/> College degree/training certificate<br><input type="checkbox"/> Associate degree<br><input type="checkbox"/> Bachelor's degree<br><input type="checkbox"/> Master's degree<br><input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> Some college/advanced training<br><input type="checkbox"/> College degree/training certificate<br><input type="checkbox"/> Associate degree<br><input type="checkbox"/> Bachelor's degree<br><input type="checkbox"/> Master's degree<br><input type="checkbox"/> None |
| Is the parent/guardian currently employed?   |  | <input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Retired/Disabled<br><input type="checkbox"/> Seasonal  | <input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Retired/Disabled<br><input type="checkbox"/> Seasonal  |
| Is the parent/guardian currently in job training or school?  |  | <input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____<br><input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____<br><input type="checkbox"/> No  |
| Is the parent/guardian on active U.S. military duty?   |  | □ Yes □ No  | □ Yes □ No  |
| Is the parent/guardian a member of a National Guard or Military Reserve unit?  |  | □ Yes □ No  | □ Yes □ No  |
| Is the parent/guardian a U.S. military veteran?  |  | □ Yes □ No  | □ Yes □ No  |
| What is the family's current housing situation? (The family must complete the <i>Housing Questionnaire</i> annually, if they continue to meet the definition of homeless)                      |  |   |   |
| □ Rent   □ Own   □ Other – Please describe: _____  |  |   |   |
| <b>Staff Name:</b>   |  | <b>Title:</b>   |   |
| <b>Staff Signature:</b>  |  | <b>Date:</b>  |   |

### Cuestionario Sobre la Vivienda

Site Name and Address

**Si es propietario/alquila su hogar, no necesita llenar este formulario.**

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios para los cuales este estudiante pueda ser elegible para recibir. La ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están atravesando por una experiencia de carencia de hogar. (Para más información favor lea la siguiente página)

Si usted no es propietario/alquila su hogar, por favor compártanos su situación de vivienda actual. A continuación, marque todas las que sean pertinentes:

- En un motel
- En un refugio
- En la casa o apartamento de alguien más con otra familia – Por favor marque una:
  - Por decisión propia
  - Debido a una pérdida de hogar, dificultad económica o una razón similar
- En una residencia con instalaciones no adecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Mudándose de lugar en lugar/durmiendo en diferentes sillones
- En un carro, parque, campamento o ubicación similar
- Vivienda de Transición
- Otro – Por favor describa:

**STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_  
Nombre
Segundo Nombre
Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año
Género: \_\_\_\_\_

- El niño no está acompañado (no vive ni con uno de sus padres ni con un tutor legal)
- El niño vive con uno de sus padres o con un tutor legal

Dirección del domicilio actual: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

**Bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Washington, declaro que la información aquí presentada es verdadera y correcta.**

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

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## SEC. 725. DEFINICIONES

Para propósitos de este subtítulo:

- (1) Los términos “inscribir” e “inscripción” incluyen asistir a clases y participar totalmente en las actividades escolares.
- (2) El término niños y adolescentes sin hogar (homeless) —
  - (A) significa los individuos que tienen falta de una residencia nocturna, fija y adecuada (dentro del significado de la sección 103(a)(1));
  - (B) incluye—
    - (i) los niños y adolescentes que se encuentran compartiendo vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar; que están viviendo en moteles, hoteles, parques móviles o lugares para acampar debido a la falta de acomodaciones alternas adecuadas; se encuentran viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en hospitales;
    - (ii) los niños y los adolescentes que cuentan con una residencia primaria nocturna, que es un lugar público o privado no designado ni ordinariamente utilizado como acomodaciones para dormir destinado para los seres humanos (dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C));
    - (iii) los niños y adolescentes que se encuentren viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de trenes o autobuses o entornos similares; y
  - (iv) niños migratorios (tal como el término se encuentra definido en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) quienes califican como indigentes (homeless) para efectos de este subtítulo debido a que los niños viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (3) El término adolescente no acompañado incluye a los adolescentes que no se encuentren bajo la custodia física de un padre o tutor.

## Recursos Adicionales

Información y recursos para los padres pueden ser encontrados a continuación:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

### SOLAMENTE PARA EL PERSONAL

**Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child care resources                   | <input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)  |
| <input type="checkbox"/> Clothing resources                     | <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries               |
| <input type="checkbox"/> School supplies                        | <input type="checkbox"/> Food resources                            |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral                | <input type="checkbox"/> Vision referral                           |
| <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources | <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF |
| <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral               | <input type="checkbox"/> Birth certificate                         |
| <input type="checkbox"/> Immunization/medical records           | <input type="checkbox"/> Other:                                    |

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_