

## Cómo aplicar para los Programas de Early Head Start 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 por 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 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:**

**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 Early Head Start!**

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL	Date received:	Site ID/Name:
	Date staff reviewed application with family:	Date sent to PSESD:

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

Fecha Prevista del Parto del/la Niño(a):		
Información Familiar	Madre Embarazada	Segundo Padre
Nombre:		
❖ Fecha de Nacimiento:	____/____/____ Mes/Día/Año Si actualmente no es madre adolescente, ¿lo ha sido anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____ Mes/Día/Año Si actualmente no es padre adolescente, ¿lo ha sido anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección:		¿Se encuentra viviendo con la madre embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Escriba su dirección a continuación :
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:		
¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted?	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto
¿Cuál es la mejor hora para comunicarse con usted?	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> A cualquier hora	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> A cualquier hora
<b>Recopilar la información a continuación nos ayuda a determinar los servicios y apoyos más culturalmente adecuados, únicos para su familia.</b>		
¿Se identifica usted como hispano(a)/latino(a)?	<input type="checkbox"/> Sí- Por favor describa o escriba su país de origen: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí- Por favor describa o escriba su país de origen: _____ <input type="checkbox"/> No
¿Cómo identifica su raza? Marque todas las que sean pertinentes:	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Asiático ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Blanco ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ Si no aparecen en lista anterior, por favor describa los antecedentes de su hijo(a): _____	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Asiático ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Blanco ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ Si no aparecen en lista anterior, por favor describa los antecedentes de su hijo(a): _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Información Familiar	
¿Necesita intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué idioma(s) habla?	_____
¿Obtuvo un diploma de la secundaria (high school) o GED?	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school) <input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el <b>grado</b> más alto que terminó? _____
¿Cuál es el <b>título</b> más alto que obtuvo?	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno
¿Se encuentra recibiendo servicios de WIC actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fue derivado a Early Head Start (EHS)?	<input type="checkbox"/> Sí – Nombre de la persona/agencia que lo derivó: _____ <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra inscrito actualmente en un programa EHS?	<input type="checkbox"/> Sí – Nombre del Programa: _____ <input type="checkbox"/> No
Por favor marque todas las áreas de inquietud que tiene para usted/para su familia en las que es posible que le podamos ayudar:	
<input type="checkbox"/> Servicios de cuidado prenatal <input type="checkbox"/> Embarazo de alto riesgo <input type="checkbox"/> Falta de cobertura médica/cobertura dental <input type="checkbox"/> Falta de doctor/partera/dentista <input type="checkbox"/> Ayuda con ropa, muebles, equipo para el bebé <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses) <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a) <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 los último 12 meses <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 <input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual) <input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar <input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos <input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo <input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda <input type="checkbox"/> Inquietudes legales <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)
Información Sobre el Ingreso	
¿Usted, su hijo(a) u otro familiar reciben este tipo de ingreso? Marque todos los que sean pertinentes:	
<input type="checkbox"/> TANF > ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No > ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad > Relación de la persona con el/la niño(a) no nacido(a): _____ <input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal
Ingreso familiar total aproximado para el año calendario más reciente o durante los últimos 12 meses *: _____	
Número de personas en su familia u hogar que son mantenidas por su ingreso total (incluya el embarazo como parte del número de personas en su familia): _____ <b>Por favor incluya junto a esta aplicación, una prueba de ingreso y del número de personas en familia.</b>	
¿Recibe su familia servicios a través de los Servicios de Protección Infantil (CPS por sus siglas en inglés), Respuesta a la Evaluación Familiar (FAR por sus siglas en inglés), o Bienestar Infantil Indio (ICW por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
❖ ¿Su familia se encuentra actualmente aprobada para la guardería a través de CPS o FAR? <input type="checkbox"/> Sí – Número de horas aprobadas a la semana: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido su familia servicios de parte de CPS o ICW anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su situación de vivienda actual? <input type="checkbox"/> Alquilamos <input type="checkbox"/> Propietarios <input type="checkbox"/> Otro- <b>Si marca esta respuesta, por favor llene el Cuestionario de Vivienda adjunto.</b>	
❖ ¿Cómo se enteró de nuestro programa? Marque todas las que sean pertinentes:	
<input type="checkbox"/> Sitio en la Web <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Medios de comunicación <input type="checkbox"/> Correr de voz <input type="checkbox"/> Personal del sitio <input type="checkbox"/> Padre/Madre anterior <input type="checkbox"/> Agencia/trabajador de caso comunitarios – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otra– Por favor especifique: _____	

He respondido a las preguntas a mi leal saber y he proporcionado la documentación solicitada que tengo disponible.

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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:

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

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

Nombre de la Madre Embarazada: \_\_\_\_\_  
Nombre
Segundo Nombre
Apellido

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

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: \_\_\_\_\_