

Original Points

Total Points

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

Solicitud para el Niño que Regresa 2017-2018

2017-2018 Returning Application

Center Location ID: _____

Sección A: Información Sobre el Niño

Información Sobre el Niño	Nombre del Niño: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____
	Fecha de Nacimiento: _____ Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Teléfono: _____
	Dirección: _____
	Nombre/Número de Apartamento: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Sección B: Información Sobre Salud y Desarrollo

Información Sobre el Niño	<input type="checkbox"/> Respiratoria (Asma, RSV, RAD, 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Alimentación y/o dieta especial <input type="checkbox"/> Peso bajo al nacer (5.5 lbs. o menos) <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries/Encías angrantes <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Intolerancia a los alimentos (detalle): _____ <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones sobre la salud (detalle): _____
	¿Tiene su hijo seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, qué tipo: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Otro: _____
	¿Tiene su hijo seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, qué tipo : <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Ha sufrido su hijo (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Cuidado previo en hogar sustitutivo <input type="checkbox"/> Se le pidió que se saliera de un centro de guardería debido a la conducta
	¿Tiene su hijo una necesidad especial? (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada (IEP por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Una discapacidad diagnosticada <input type="checkbox"/> Inscripción en un programa de Intervención Temprana del Nacimiento a los 3 años en los últimos 6 meses
	¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Habla/Conversación (haciendo sonidos, retraso en el habla, difícil de entender y/o dificultades para entender a los demás) <input type="checkbox"/> Motricidad fina (agarrar, dibujar, escribir y/o vestirse) <input type="checkbox"/> Comportamiento (pegar, morder, tener rabietas y/o no cooperar) <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa (caminar, trepar, lanzar, girar, falta de contacto visual, pérdida de destrezas) <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones: _____

Sección C: Información Familiar

El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de sus padres/tutor <input type="checkbox"/> Dos padres/ tutores		
Relación del/de los padre(s)/tutor(es) con el solicitante: <input type="checkbox"/> Padre(s) Sustituto(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre(s) Biológicos <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo(s) <input type="checkbox"/> Padrastró/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Información Sobre el Padre/Tutor	Padre/ Tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Dirección– si es diferente a la del niño: _____ _____	Padre/ Tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Dirección– si es diferente a la del niño: _____ _____
	Teléfono Principal: _____ <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	Teléfono Secundario: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensajes

Información Sobre el Padre/ Tutor	Dirección de Correo Electrónico: _____	Dirección de Correo Electrónico: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MM DD AAAA	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ MM DD AAAA
	Nivel de educación (marque el más alto que haya completado) <input type="checkbox"/> 6 ^{to} año escolar o menos <input type="checkbox"/> Desarrollo de Educación General (GED) <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Entrena. Avanzado <input type="checkbox"/> 9 ^{no} año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/Certificado de capacitación <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} año escolar (sin diploma) <input type="checkbox"/> Título de maestría	Nivel de educación (marque el más alto que haya completado) <input type="checkbox"/> 6 ^{to} año escolar o menos <input type="checkbox"/> Desarrollo de Educación General (GED) <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Universidad/Entrena. Avanzado <input type="checkbox"/> 9 ^{no} año escolar <input type="checkbox"/> Título universitario/Certificado de capacitación <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de asociado (técnico) <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} año escolar <input type="checkbox"/> Título de bachiller (licenciatura) <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} año escolar (sin diploma) <input type="checkbox"/> Título de maestría
	¿Se encuentra el padre/tutor activo en el servicio militar de EU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es el padre/tutor veterano del servicio militar de EU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Se encuentra el padre/tutor en un entrenamiento para empleo o en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene empleo el padre/tutor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado Si tiene empleo, ¿cuántas horas a la semana _____	¿Se encuentra el padre/tutor activo en el servicio militar de EU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es el padre/tutor veterano del servicio militar de EU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Se encuentra el padre/tutor en un entrenamiento para empleo o en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene empleo el padre/tutor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado Si tiene empleo, ¿cuántas horas a la semana _____
	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué idioma(s) habla? _____	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué idioma(s) habla? _____
	Con el propósito de apoyar a su familia de la mejor manera, por favor marque todas las áreas de inquietud que tiene para usted y /o para su familia. <input type="checkbox"/> Discapacidad/No puede Trabajar <input type="checkbox"/> Trabajo/empleo <input type="checkbox"/> Poco o nada de apoyo de parte de la familia o amigos <input type="checkbox"/> Problemas con Drogas/Alcohol <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Inmigrante/Refugiado (últimos 3 años) <input type="checkbox"/> Inquietudes de Salud <input type="checkbox"/> Cobertura Médica <input type="checkbox"/> Pérdida/duelo <input type="checkbox"/> Padre(s) Encarcelado(s) <input type="checkbox"/> Violencia Familiar <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Problemas legales <input type="checkbox"/> Desplazo Militar (actualmente o durante el último año) <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud mental, Depresión Postparto, Ansiedad, Depresión, Síndrome de Estrés Post-Traumático <input type="checkbox"/> Involucración con CPS anteriormente <input type="checkbox"/> Sin vivienda (homeless) en los últimos 12 meses (no actualmente)	

He respondido las preguntas según mi mejor conocimiento. La información que se proporcionó se usará para determinar la elegibilidad de mi hijo para los Programas de Educación Temprana.

Nota: 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.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

For Staff Use Only	
Is this child returning to the same center? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If not, which center is the child returning to? _____	
Forms Needed: New <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment <input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement <input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed) <input type="checkbox"/> Parent Interest Survey <input type="checkbox"/> Family Engagement Survey <input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form <input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed) <input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS) <input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months) <input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program <input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP) <input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed) <input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
Update or Review/Parent re-sign and date <input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only) <input type="checkbox"/> Family Partnership Plan <input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 rd year HS)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record <input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)