|  |
| --- |
| **Fecha Prevista del Nacimiento:** |

|  | **Futura Madre** | | **Segundo Padre o Madre** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | |  | |
| Género | M  F  No especificado | | M  F  No especificado | |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) |  | |  | |
| Dirección (incluir ciudad, estado y código postal) |  | |  | |
| Teléfono |  | Hogar  Celular  Empleo |  | Hogar  Celular  Empleo |
| Teléfono Alterno |  | Hogar  Celular  Empleo |  | Hogar  Celular  Empleo |
| Correo Electrónico |  | |  | |
| ¿Cuál es la mejor forma y hora de comunicarse con usted? | Llamada  Email  Texto  Mañana  Tarde  Noche  En cualquier momento | | Llamada  Email  Texto  Mañana  Tarde  Noche  En cualquier momento | |
| Si no lo es actualmente, ¿ha sido padre o madre adolescente anteriormente? | Sí  No  N/A | | Sí  No  N/A | |
| ¿Qué idioma(s) habla? |  | |  | |
| ¿Necesita intérprete para este idioma? | Sí  No | | Sí  No | |
| ¿Se identifica como hispano/latino? | Sí  No | | Sí  No | |
| ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan | Africano/afroamericano/negro  Asiático  Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano  Nativo hawaiano o isleño del pacífico  Blanco  No aparece en la lista anterior: | | Africano/afroamericano/negro  Asiático  Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano  Nativo hawaiano o isleño del pacífico  Blanco  No aparece en la lista anterior: | |
| ¿Cuál es el nivel de educación **más alto** que completó? | 6o grado o menos  7o a 12o grado, no diploma ni GED  Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School)  GED  Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado  Certificado de universidad/certificado profesional  Título de Técnico Superior (Associate)  Título de Licenciatura (Bachelor’s)  Título de Maestría o Doctorado  Ninguno | | 6o grado o menos  7o a 12o grado, no diploma ni GED  Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School)  GED  Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado  Certificado de universidad/certificado profesional  Título de Técnico Superior (Associate)  Título de Licenciatura (Bachelor’s)  Título de Maestría o Doctorado  Ninguno | |
| ¿Cuenta actualmente con empleo? | Sí  No  Jubilado/Discapacitado  Por Temporada | | Sí  No  Jubilado/Discapacitado  Por Temporada | |
| ¿Es padre o madre soletero(a)? | Sí  No | | Sí  No | |

|  |
| --- |
| ¿Se encuentra recibiendo servicios de WIC actualmente?  Sí  No |
| ¿Se encuentra usted o uno de sus hijos (si es que tiene) inscrito actualmente en un programa Early Head Start, Head Start, o ECEAP?  Si  No |
| ¿Actualmente recibe su familia servicios a través de los siguientes?  Servicios de Protección Infantil (CPS)  Respuesta a la Evaluación Familiar (FAR)  Bienestar Infantil Indio (ICW)  Ninguno |
| ¿Anteriormente ha recibido su familia servicios de parte de CPS/FAR/ICW?  Sí  No |

**Inquietudes Sobre la Familia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Por favor marque todas las que le corresponda a usted/a su familia que viven dentro de su hogar: | | | |
| Falta de servicios de cuidado prenatal  Embarazo de alto riesgo  Falta de cobertura médica/cobertura dental  Falta de doctor/comadrona/dentista  Necesita ayuda con ropa, muebles, equipo para el bebé  Tiene otras inquietudes de salud – especifíquelas: | Discapacidad o enfermad crónica (salud física/mental /depresión materna) y:  No le es posible participar en la vida laboral/escolar/familiar  Cierta capacidad de participar en la vida laboral/escolar/familiar  En su mayoría capaz de participar en la vida laboral/escolar/familiar  Dificultades para aprender, no por discapacidad | Violencia doméstica (anterior o actualmente)  Problemas con drogas/alcohol (anterior o actualmente)  Sentimientos de aislamiento, totalmente o casi totalmente sin contacto con otros  Actualmente dentro del cuerpo militar de EE. UU o veterano  Obteniendo o manteniendo un empleo  Inquietudes legales | Trabajador Migrante  Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)  Encarcelamiento reciente/actual  Pérdida de un familiar (muerte, abandono o deportación)  Divorcio o separación  Anteriormente sin hogar (dentro de los últimos 12 meses)  Inquietudes de viviendo |

**Situación de Vivienda de la Familia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál es la situación actual de vivienda de esta familia? **La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios que su hijo puede ser elegible para recibir.** | | | |
| Alquilan  Dueños | En un motel  En un refugio | En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar  Vivienda de Transición | Moviéndose de lugar en lugar/ de sillón en sillón  En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) |
| En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia:   * Por opción propia (ej. para ahorrar, estar cerca de la familia, etc.) * Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar | | | Otro – Por favor describa: |

**Ingreso y Tamaño de la Familia**

|  |
| --- |
| Marque todas las que correspondan si usted u otra persona que vive en su hogar y está relacionado con usted por consanguineidad, matrimonio o adopción recibe estos tipos de Asistencia Pública:  Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad recibido por:  Niño  Padre/Madre/Tutor  Otro – Relación con usted:  Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). |
| Marque si también cuenta con:  TANF solo para el niño  WorkFirst  Subsidio para Guardería de Working Connections  SNAP |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Fue remitido a este programa por una agencia?  Sí - | No |

| **Por favor liste a continuación a las personas adicionales que viven en su hogar, incluyendo el embarazo.** | | |
| --- | --- | --- |
| **Nombre (Nombre y Apellido)** | **¿Usted mantiene económicamente a esta persona?** | **¿Esta persona está relacionada con usted por consanguineidad, matrimonio o adopción?** |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |
|  | Sí  No | Sí  No – relación con usted: |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es el **número total** de familiares que viven en su hogar, incluyéndose a usted misma(o) y al embarazo? |
| ¿Cuál es el ingreso **total aproximado** de su hogar durante el año calendario pasado o en los últimos 12 meses? |

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia como lo requieren los Programas de la Educación Temprana. Si proporciono información falsa a propósito, comprendo que existe la posibilidad que mi familia no pueda continuar recibiendo los servicios del programa.

Comprendo que la información de esta solicitud se ingresa en varias bases de datos de la Educación Temprana operada por Puget Sound Educational Service District (PSESD). PSESD está comprometido con la protección de información confidencial y personal que pudiese identificar a un niño o a una familia. En las bases de datos no se ingresa ninguna información relacionada con el estado de inmigración ni se comparte con ninguna agencia estatal o federal. La información dentro de las bases de datos se puede utilizar para lo siguiente:

* Estudios de investigación con el fin de determinar si la participación en la Educación Temprana ayuda a los niños más adelante en la vida.
* Con el fin de probar que el Estado de Washington gasta una cantidad de su propio dinero en programas para las familias, lo cual es un requisito para recibir fondos del programa del gobierno federal de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.** | |
| **Reviewed and received verbal verification on (date):** | **Staff Initials:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Staff Only** | | | | | | | |
| **Initial App**  **Returning App** | **Total Verified Family Size:** | | **Total Verified Income:** | | | | **Total Points:** |
| **Site Name/ID:** | | | | **Date received:**  (This date will determine eligibility timeframe) | | | |
| **Date staff reviewed application with family:** | | | | **Date sent to PSESD:** | | | |
| **For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.** | | | | | | | |
| Childcare resources  Clothing resources  School supplies  Medical/dental referral  Housing/shelter referral | | Immunization/medical records  Vision referral  Hygiene products/toiletries  Food resources  Birth certificate | | | | Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF | |
| College/vocational/technical resources | |
| School transportation (if site provides) | |
| Other: | |
|  | |
| **Staff Name & Signature:** | | | | | **Date:** | | |