



Gracias por enviar su solicitud al Programa de Aprendizaje Temprano de Clover Park. Nuestro programa sirve a las familias con mayores necesidades y no hay costo.

Para poder ser elegible para el año escolar 2017 – 2018 las familias deben de calificar como de bajos ingresos. Los niños elegibles que cumplen cuatro años para el 31 de Agosto se les van a dar prioridad para ser inscritos. Si hay espacio disponible, nosotros inscribiremos a los niños que cumplan tres años de edad para el 31 de Agosto.

Por favor regrese la solicitud ya completada con los siguientes documentos a:

Clover Park Early Learning Program
10202 Earley AVE SW
Lakewood WA 98499
253-583-5360

- ✓ Prueba de Ingreso (declaración de impuestos del 2016 o la forma W2; carta de otorgación de Asistencia Pública (TANF o SSI); Carta de Autorización de Cuidado Temporal; etc.)
Documentos de Auto-declaración son aceptables bajo algunas condiciones.
- ✓ Cartilla de Vacunación
- ✓ Prueba del guardián(acta de nacimiento)
- ✓ Examen Físico y Dental (completada por un proveedor de salud)
- ✓ Seguro de Salud (la tarjeta de provider one)



Sección A: Información Sobre el Niño

Información Sobre el Niño

Nombre del Niño: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre/Número del Apartamento: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Cuál es el idioma natal de su hijo? _____

¿De qué manera identifica la raza(s)/etnia(s) de su hijo? _____

Durante el año pasado, ¿asistió su hijo a Early Head Start Head Start y/o ECEAP?

Si la respuesta es afirmativa, nombre del programa: _____

Age
(STAFF ONLY)

Sección B: Información Sobre Elegibilidad

Información Sobre la Familia

¿Está recibiendo actualmente su familia asistencia en efectivo de TANF? No Sí TANF solamente para el niño? No Sí

¿Está recibiendo actualmente su familia Subsidio para el Cuidado de Niños? No Sí

¿Está recibiendo actualmente usted o un miembro de su familia SSI? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién la recibe?: _____ Relación con el solicitante: _____

¿Es esta solicitud para un niño bajo Cuidado en Hogar Sustituto? No Sí ¿Cuidado de parientes? No Sí (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)

¿Se encuentra actualmente sin hogar? No Sí

Está recibiendo la familia del niño actualmente Servicios de Protección Infantil (CPS)? No Sí

Se encuentra la familia actualmente recibiendo servicios de Intervención Diferenciada (FAR)? No Sí

Ingreso del hogar durante el último año calendario o los últimos 12 meses: _____

Número de personas en su hogar: _____ Indique las edades de todos los niños: _____

Sección C: Información Sobre Salud y Desarrollo

Información Sobre el Niño

¿Ha sido su hijo **DIAGNOSTICADO** por un Proveedor de la Salud con cualquiera de las siguientes condiciones?
 No Sí

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:

Respiratoria (Asma, RSV, RAD, otra) Diabetes Convulsiones Afección Cardíaca

Alergia a Alimentos (detalle): _____ Deglución (tragar)

Alergias que no sean a Alimentos (detalle): _____ Otras (detalle): _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud de su hijo Do? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:

Alimentación y/o dieta especial Peso bajo al nacer (5.5 lbs. o menos) Audición Dolor de muelas/Caries/Encías sangrantes

Visión Salud mental Afectado por drogas/alcohol

Intolerancia a los alimentos (detalle): _____ Otras preocupaciones sobre la salud (detalle): _____

¿Tiene su hijo seguro médico? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, qué tipo: Apple Health/ProviderOne Privada Indian Health Otra: _____

¿Tiene su hijo seguro dental? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, qué tipo: Apple Health/ProviderOne Privada Indian Health Otra: _____

Ha sufrido su hijo (Marque todo lo que corresponda):

Abuso/Negligencia Cuidado previo en hogar sustitutivo 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)

Plan de Educación Individualizada (IEP por sus siglas en inglés) Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) Una discapacidad diagnosticada 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? No Sí

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:

Habla/Conversación (haciendo sonidos, retraso en el habla, difícil de entender y/o dificultades para entender a los demás)

Motricidad fina (agarrar, dibujar, escribir y/o vestirse)

Comportamiento (pegar, morder, tener rabietas y/o no cooperar)

Motricidad gruesa (caminar, trepar, lanzar, girar, falta de contacto visual, pérdida de destrezas)

Otras preocupaciones: _____

2017-2018 Early Learning Application

Sección D: 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"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| Información Sobre el Padre/Tutor | Padre/ Tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro | Padre/ Tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro | |
| | Nombre: _____ | Nombre: _____ | |
| | Dirección- si es diferente a la del niño: _____ | Dirección- si es diferente a la del niño: _____ | |
| | ¿Es usted madre/padre soltero(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es usted madre/padre soltero(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | 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 | |
| | Dirección de Correo Electrónico: _____ | Dirección de Correo Electrónico: _____ | |
| | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small> | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small> | |
| | ¿Se encuentra el padre/tutor activo en el servicio militar de EU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿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 | ¿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 | ¿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 | ¿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 | <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 _____ | Si tiene empleo, ¿cuántas horas a la semana _____ | | |
| ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |
| ¿Qué idioma(s) habla? _____ | ¿Qué idioma(s) habla? _____ | | |
| Nivel de educación (marque el más alto que haya completado) | 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 | <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} año escolar (sin diploma) <input type="checkbox"/> Título de maestría | | |
| 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) | | |
| ¿Cómo se enteró de nuestro programa? <input type="checkbox"/> Referido de la agencia: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

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: _____

| | | | |
|---------------------------|--|--|-------------------|
| STAFF ONLY | STAFF ONLY | STAFF ONLY | STAFF ONLY |
| Date received: _____ | Child's Name: _____ | <input type="checkbox"/> This child is currently enrolled in a community slot at this center | |
| Date sent to PSESD: _____ | <input type="checkbox"/> This child's sibling is currently enrolled in a community slot at this center | | |
| Site ID/Name: _____ | Date FSS contacted family to review Application: _____ | | |



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

| EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS | | | | |
|--|---|---|---|--|
| PARENT TO COMPLETE ABOUT THE CHILD | CHILD'S NAME | BROUGHT IN BY | DATE OF BIRTH | |
| | ALLERGIES | CURRENT MEDICATIONS | | |
| | ILLNESSES/ACCIDENTS/PROBLEMS/CONCERNS SINCE LAST VISIT | | TODAY I HAVE A QUESTION ABOUT: | |
| | YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> My child eats a variety of foods. | YES NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> My child can hop on one foot. | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> My child gets along with other children. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> My child can sing a song. | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> My child can dress self. | | | |
| WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | BLOOD PRESSURE | | |
| <input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history | | Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ | | |
| Screening: | MHZ | R | L | |
| Hearing Screen | 4000 _____ | _____ | _____ | |
| | 2000 _____ | _____ | _____ | |
| | 1000 _____ | _____ | _____ | |
| | 500 _____ | _____ | _____ | |
| Vision Screen | 20/ _____ | 20/ _____ | | |
| Development: Circle area of concern | | | | |
| Adaptive/Cognitive | Language/Communication | | | |
| Gross Motor | Social/Emotional | Fine Motor | | |
| Behavior | N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Mental Health | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Physical: | N | A | N A | |
| General appearance | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Chest | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Skin | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lungs | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Head | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cardiovascular/Pulses | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Eyes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Ears | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Genitalia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Nose | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Spine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Oropharynx/Teeth | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Extremities | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Neck | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Neurologic | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Nodes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Gait | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Describe abnormal findings and comments: | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE | | IMMUNIZATIONS GIVEN | | |
| | | REFERRALS | | |
| | | HEALTH PROVIDER NAME | | |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | HEALTH PROVIDER ADDRESS | | |

Dental Examination

Report

Name: _____ Birth Date: _____

Date of exam: _____ Routine exam Follow-up treatment

| | |
|---|-----------|
| Preventative care received today: | Comments: |
| <input type="checkbox"/> Cleaning | |
| <input type="checkbox"/> Fluoride Application | |
| <input type="checkbox"/> Sealants | |

| | |
|---|-----------|
| Oral Health Status: | Comments: |
| <input type="checkbox"/> No oral health disease | |
| <input type="checkbox"/> Active oral health disease | |
| <input type="checkbox"/> Cavities (#____) | |

| | |
|--|-----------|
| Treatment Received Today: | Comments: |
| <input type="checkbox"/> Restoration (#____) | |
| <input type="checkbox"/> Extraction (#____) | |
| <input type="checkbox"/> All restorative treatment completed | |

| | |
|--|--|
| Treatment Needed at Next Visit: | |
| <input type="checkbox"/> No treatment needed, recall in 6 months | |
| <input type="checkbox"/> Preventative Care (ex: sealants) | |
| <input type="checkbox"/> Restoration | |
| <input type="checkbox"/> Extraction | |
| | Approximate number of visits needed: _____ |
| | Date of next appointment: _____ |

| | |
|--|------------------|
| Referrals: | Referred to: |
| <input type="checkbox"/> Needs referral to pediatric dentist | |
| <input type="checkbox"/> Needs treatment under general anesthesia | Name |
| <input type="checkbox"/> Needs referral to other dental specialist | Phone Number |
| | Appointment Date |

Please list oral health education completed with child's family.

Signature of Provider: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Phone: _____

Address: _____