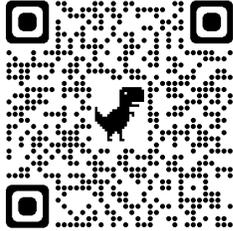


امسح لي لمزيد من المعلومات



مرحّبًا بك! يُرجى إكمال مجموعة أوراق طلب تقدم واحدة لكل طفل مع إرفاق المستندات المطلوبة. يتم اتخاذ القرارات بشأن الأهلية لبرنامجنا وفحصًا إلى سن الطفل، ودخل السرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب. يكتمل العدد في برنامجنا بسرعة، لذا يُرجى تقديم الطلب في أقرب وقت ممكن!

سنحافظ على سرية المعلومات الواردة في طلبك وسنستخدم فقط التّخذ القرار بشأن أهلية طفلك لبرنامج Early Learning لدينا. إننا نطلب وضع الهجرة أو وضع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، أو نتحقق منهما، وإلّا نبلغ بشأنهما.

المستندات المطلوبة

يُرجى الاتصال بنا في حالة الحاجة إلى مساعدة إكمال طلب التقدم أو في حال عدم توفر جميع المستندات المطلوبة المذكورة أدناه.

5



إثبات الحقبة بالوصاية القانونية:
أرفق نسخة من إثبات أحيتك بالوصاية القانونية.

استخدم أحد الخيارات التالية:

- شهادة الميالد
- جواز تأشيرة سفر
- أوراق التبني
- سجل الرعاية البديلة (فوستر كير)
- اتفاقية كتابية مؤرخة وموقعة من كل من اللب والشخص المتولي مسؤولية الرعاية

4



إثبات عمر الطفل:
أرفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.

استخدم أحد الخيارات التالية:

- شهادة الميالد
- جواز تأشيرة سفر
- أوراق التبني
- خطاب اعتماد الرعاية البديلة (فوستر كير)
- سجل التطعيمات الحالي
- مستند بيان سكن الوالدين

3



إثبات عدد أفراد السرة:
أرفق نسخة من إثبات عدد أفراد السرة.

استخدم أحد الخيارات التالية:

- إقرار ضريبي بدخل العام الماضي
- وثيقة الإيجار أو السكن
- خطاب مزايا (مثل TANF أو SSI أو ما إلى ذلك)
- سجلات المدرسة
- وثيقة قانونية أو خاصة بالمحكمة

2



شهادة إثبات الدخل: أرفق نسخة من إثبات دخل أسرتك.

استخدم كل ما ينطبق:

- إقرار ضريبي بدخل العام الماضي
- نموذج بيان الجور والضرائب (2-W) للعام الماضي
- أرومات شيكات دفع الجور خلال الـ 12 شهرًا الماضية
- خطابات مزايا برنامج دخل الضمان التكميلي/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (SSI/TANF) خلال الـ 12 شهرًا الماضية
- منحة الرعاية البديلة (فوستر كير)
- نفقة إعالة الطفل
- خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال الـ 12 شهرًا الماضية

1



طلب التقديم: أمل نموذج طلب التقدم باستخدام قلم أسود أو أزرق.

يُرجى إعادة طلبك بعد استكمال المستندات إلى:

العنوان:

رقم الهاتف:

- يُرجى التأكد من إدراج إثبات دخلك.
- إن لم يكن متابعًا طلبك بدون هذه المعلومات.
- اتصل بمكتبنا إذا تلتقيت أنوعًا أخرى من المستندات، غير مذكورة أعلاه.
- كما سيكون من المفيد إرفاق المستندات التالية:
- 1. نسخة من سجل تطعيمات طفلك الحالي
- 2. الخطة الفردية لخدمة الأسرة/الخطة التربوية الفردية الحالية IFSP/IEP، إن وجدت
- 3. أحدث اختبار لسلامة الطفل
- 4. أحدث فحص أسنان للطفل

تطبيق التعلم المبكر 2024-2025
Early Learning Application 2024-2025



Staff Only - ChildPlus ID: ELMS ID: Date Received:

Child Information – General | عام - معلومات الطفل

Middle Initial الحرف الأول من الاسم الأوسط	First Name الاسم الأول
Last Name اسم العائلة	Preferred Name الاسم المفضل
Date of Birth (month/day/year) تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام)	
Gender نوع <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	
Child's Gender Identity (optional) الهوية الجنسية للطفل (اختياري)	
Child's Preferred Pronouns (optional) الضمائر المفضلة للطفل (اختياري)	

2 nd language زبان دوم	What is this child's home language? زبان مادر این طفل چیست؟
<input type="checkbox"/> *بعض اللغة الإنجليزية، ولكن في الغالب لغة أخرى *Some English, but mostly another language	<input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية فقط Only English
<input type="checkbox"/> *فقط لغة أخرى غير الإنجليزية *Only a language other than English	<input type="checkbox"/> كل من اللغة الإنجليزية ولغة أخرى بنفس الدرجة (ثنائي اللغة) Both English and another language the same (bilingual)

Decline to report رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	Is this child Hispanic/Latino? هل هذا الطفل من أصل إسباني / لاتيني؟
What is this child's race? Check all that apply. ما عرق هذا الطفل؟ اختر كل الخيارات السارية.	
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black
<input type="checkbox"/> أبيض White	<input type="checkbox"/> الآسيويون Asian
<input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ Decline to report	<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian
<input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above	
What is your family's heritage/tribe/country of origin? ما تراث أسرتك / قبيلتك / دولتك الأصلية؟	
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل جزء من قبيلة إما عن طريق العضوية أو السلالة / النسب؟ Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage?

هل تم تسجيل هذا الطفل سابقًا في هذه البرامج؟ ضع علامة فقط على الخيار الأحدث. Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent.	
<input type="checkbox"/> برنامج Head Start / Early Head Start / ECEAP المبكر في مقاطعة King أو Pierce بولاية Washington الموسمي في أي مكان في ولاية Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State	<input type="checkbox"/> برنامج Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP في مقاطعة أخرى بولاية Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County
Name and location of program اسم البرنامج وموقعه	
When did this child last attend? متى حضر هذا الطفل آخر	
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل مسجل حاليًا في فئة مجتمعية في هذا الموقع؟ Is this child currently enrolled in a community slot at this site?
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل شقيق لطفل مسجل حاليًا في البرنامج الذي تقدم طلبًا للانضمام إليه؟ Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to?



Child's First Name:

Child's Last Name:

No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل يخضع لرعاية التبني الرسمية أو رعاية الأقارب بمبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? إذا كانت الإجابة بنعم، فما رقم الحالة أو رقم معرف العميل؟ If yes, what is the Case Number or Client ID Number?
قسم الخدمات الاجتماعية الصحية <input type="checkbox"/>	دخول الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/>	ما قيمة المنحة / الدفعة الشهرية ومصدرها؟ What is the monthly grant/payment amount and source? \$
Tribe القبيلة <input type="checkbox"/>	Other غير ذلك <input type="checkbox"/>	# of children covered by grant amount: عدد الأطفال المشمولين بمبلغ المنحة
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل يخضع لرعاية الأقارب بدون مبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in kinship care without a grant amount?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تبني هذا الطفل بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب أو من دار للأيتام من دولة أخرى؟ Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم لم شمل هذا الطفل مع والده (والديه) مؤخرًا بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب؟ Was this child reunited with their parent(s) after foster care or kinship care?

الأسئلة أدناه مخصصة للمعلومات فقط. لن تؤثر الإجابة بـ "نعم" على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج. The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.		
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تتلقى أسرته حاليًا خدمات / دعمًا من خلال خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (Family Assessment Response، FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (Indian Child Welfare، ICW)، أو الخدمات القبلية المماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم؟ Does your family currently receive services /support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تلقت أسرته خدمات / دعمًا من خدمات حماية الطفل (CPS) / استجابة تقييم الأسرة (FAR) / رعاية الطفل الهندي (ICW)، أو خدمات قبلية مماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم في الماضي؟ Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past?
هل تمت الموافقة على أسرته حاليًا لتلقي رعاية الأطفال من خلال خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR? نعم - كم عدد الساعات المعتمدة في الأسبوع؟ Yes – How many approved hours per week?		
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل سبق أن طلب من هذا الطفل مغادرة برنامج التعلم المبكر بسبب مشكلات سلوكية؟ Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues?

معلومات الطفل – الصحة | Child Information – Health

No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟ Does this child have medical insurance? إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟ If yes, what type?
التغطية الطبية العسكرية Military Medical Coverage <input type="checkbox"/>	تأمين قبلي <input type="checkbox"/>	Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/>
Private Insurance <input type="checkbox"/>	تأمين خاص <input type="checkbox"/>	Yes - Name of clinic/provider اسم العيادة / موفر الرعاية
هل لدى هذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة طبية منتظمة؟ Does this child have a regular doctor or medical clinic? نعم - اسم العيادة / موفر الرعاية Yes - Name of clinic/provider لا No <input type="checkbox"/>		
هل خضع هذا الطفل لفحص صحة الطفل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ Did this child have a well-child exam within the last 12 months? نعم - تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام) Yes – Date of last exam (month/day/year) التاريخ غير معروف Date Unknown <input type="checkbox"/>		
لا No <input type="checkbox"/>		



Child's First Name:

Child's Last Name:

No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	Does this child have dental insurance? هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟
Military Medical Coverage التغطية الطبية العسكرية <input type="checkbox"/>	Washington Apple Health/ProviderOne إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟ If yes, what type?
ABCD <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/>	
Does this child have a regular dentist or dental clinic? هل لدى هذا الطفل طبيب أسنان أو عيادة أسنان منتظمة؟	
Name of dental professional اسم طبيب الأسنان	Yes - Name of clinic/provider نعم - اسم العيادة / موفر الرعاية
No لا <input type="checkbox"/>	
Did this child have a dental exam within the last 6 months? هل خضع هذا الطفل لفحص أسنان خلال الأشهر الستة الماضية؟	
Yes - Date of last exam (month/day/year) نعم - تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام)	Date Unknown التاريخ غير معروف <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>

What is your child's immunization status? ما حالة تطعيمات طفلك؟	
Not fully immunized or exempt غير حاصل على التطعيمات الكاملة أو غير مُعفى <input type="checkbox"/>	Exempt مُعفى <input type="checkbox"/> Fully immunized حاصل على التطعيمات الكامل <input type="checkbox"/>
غير متأكد Not sure <input type="checkbox"/>	

هل يعاني هذا الطفل من حالة صحية مزمنة (قد يشمل ذلك الصحة العقلية، أو الربو، أو السرطان، أو السكري، أو الثوبات، أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، أو التوحد، أو السنسنة المشقوقة، أو مرض فقر الدم المنجلي، أو الحساسية التي تهدد الحياة)؟	
Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?	
The health condition is considered: الحالة الصحية تعتبر	Yes - Please describe نعم - يرجى التوضيح
Mild خفيفة <input type="checkbox"/> Moderate متوسطة <input type="checkbox"/> Severe خطيرة <input type="checkbox"/>	
هل قام موفر رعاية صحية بتشخيص هذه الحالة؟	
Has a Health Care Provider diagnosed this condition?	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>

معلومات الطفل - النمو - Child Information - Development

Do you have concerns about this child's health? هل لديك مخاوف بشأن صحة هذا الطفل؟	
No لا <input type="checkbox"/>	Yes - check all that apply below نعم - حدد كل ما ينطبق أدناه <input type="checkbox"/>
متأثر بالمخدرات / الكحوليات <input type="checkbox"/>	انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 أرطال / 5 أرطال و8 أونصات) <input type="checkbox"/>
Drug/alcohol affected	Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)
الولادة المبكرة قبل أقل من 37 أسبوعًا <input type="checkbox"/>	السمع Hearing <input type="checkbox"/>
Preterm birth less than 37 weeks	البصر Vision <input type="checkbox"/>
ألم الأسنان / تسوسها / نزيف اللثة <input type="checkbox"/>	عدم القدرة على تحمل الطعام / نظام غذائي خاص - يرجى التوضيح <input type="checkbox"/>
Tooth pain/decay/bleeding gums	Food intolerance/special diet - Please describe

هل لدى هذا الطفل خطة تعليم فردية (IEP، Individual Education Plan) حالية ونشطة أو خطة خدمة عائلية فردية (IFSP)؟	
Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?	
نعم - يرجى تقديم نسخة مع طلبك Yes - Please provide a copy with your application <input type="checkbox"/>	
لا - اختر ما إذا كان أي من هذه الأمور يسري على الطفل No - Check if any of these apply <input type="checkbox"/>	
خضع طفلي للتقييم وتم تحديد أهليته لبرنامج IEP، لكننا رفضنا الخدمات. <input type="checkbox"/>	
My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services.	
حصل طفلي على خطة خدمة عائلية فردية (IFSP) في الماضي ولكنه لم ينتقل إلى خطة تعليم فردية (IEP) مع المنطقة التعليمية. <input type="checkbox"/>	
My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.	
تم تشخيص معاناة طفلي من تأخر في النمو أو إعاقة، أو ليس لديه خطة تعليم فردية (IEP)، أو تتم إحالته للتقييم. <input type="checkbox"/>	
My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation.	
يشتبه في أن طفلي يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة. <input type="checkbox"/>	
My child has a suspected developmental delay or disability لدي مخاوف بشأن نمو طفلي. <input type="checkbox"/>	
I have concerns about my child's development	



Child's First Name:

Child's Last Name:

معلومات الوالد / الوصي Parent/Guardian Information

هذا الطفل يعيش مع | This child lives with

أحد الوالدين / الوصي (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1) | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)

والدان / اثنان من الأوصياء في نفس المنزل (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1 و 2) | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)

والدان / اثنان من الأوصياء في منزلين مختلفين (الوالد / الوصي 1 و 2) | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
Name الاسم		
العلاقة بالطفل Relationship to child	<input type="checkbox"/> بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> والد بالتبني Foster Parent <input type="checkbox"/> جد Grandparent <input type="checkbox"/> غير ذلك Other	<input type="checkbox"/> بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> والد بالتبني Foster Parent <input type="checkbox"/> جد Grandparent <input type="checkbox"/> غير ذلك Other
الجنس Gender	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
الهوية الجنسية (اختياري) Gender Identity (optional)		
الضمائر المفضلة (اختياري) Preferred Pronouns (optional)		
تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Date of Birth (month/day/year)		
العنوان (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي) Address (including City, State, Zip)		
الهاتف Phone	<input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> العمل Work	<input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> العمل Work
الهاتف البديل Alternate Phone	<input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> العمل Work	<input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> العمل Work
عنوان البريد الإلكتروني Email		
هل كنت أقل من عمر 18 عامًا عندما وُلد هذا الطفل؟ Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No
ما اللغات التي تتحدثها؟ What language(s) do you speak?		



Child's First Name:

Child's Last Name:

	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
هل تحتاج إلى مترجم لهذه اللغة؟ Do you need an interpreter for this language?	لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/>	لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/>
هل أنت من أصل إسباني / لاتيني؟ Are you Hispanic/Latino?	لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> Decline to report	لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> Decline to report
ما عرقك؟ اختر كل الخيارات السارية. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black <input type="checkbox"/> الآسيويون / Asian <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> أبيض / White <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> Decline to report <input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above	<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black <input type="checkbox"/> الآسيويون / Asian <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> أبيض / White <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> Decline to report <input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above
ما أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه؟ What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل 6 th grade or less <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> شهادة الدراسة الثانوية High school diploma <input type="checkbox"/> شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate <input type="checkbox"/> درجة الزمالة Associate degree <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> لا شيء None	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل 6 th grade or less <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> شهادة الدراسة الثانوية High school diploma <input type="checkbox"/> شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate <input type="checkbox"/> درجة الزمالة Associate degree <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> لا شيء None
هل أنت موظف حالياً؟ Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? <input type="checkbox"/> اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled <input type="checkbox"/> عمل موسمي Seasonal	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? <input type="checkbox"/> اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled <input type="checkbox"/> عمل موسمي Seasonal
هل تشارك حالياً في تدريب وظيفي أو تدرس في مدرسة؟ Are you currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <input type="checkbox"/> اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: <input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <input type="checkbox"/> اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: <input type="checkbox"/> لا No



Child's First Name:

Child's Last Name:

	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
هل تشارك في نشاط WorkFirst معتمد؟ Are you in an approved WorkFirst activity?	نعم - صيف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes - Describe the activity and the number of approved hours per week: لا No	نعم - صيف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes - Describe the activity and the number of approved hours per week: لا No
هل أنت منخرط في الجيش الأمريكي أو كنت منخرطاً به من قبل؟ Are you or have been in the U.S. military?	نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran لا	نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran لا

Family Concerns | مخاوف الأسرة

<p>Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household انتقل الوالد والطفل إلى ممارسات ثقافية تقليدية أو عمل (موسمي أو مؤقت في مجالي الزراعة أو صيد الأسماك) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)</p> <p>مهاجر / لاجئ حديث (خلال الـ 5 سنوات الماضية) Recent immigrant/refugee (past 5 years)</p> <p>والد/وصي الطفل مسجون أو تم سجنه Child's parent/guardian is/has been incarcerated</p> <p>فقدان أحد الوالدين (الموت أو الهجر أو الترحيل) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation)</p> <p>والدا الطفل / الأوصياء عليه مطلقان أو منفصلان خلال حياة الطفل Child's parents/guardians divorced or separated during child's life</p> <p>أسرة بلا مأوى سابقاً (في آخر 12 شهراً) Family previously homeless (in the last 12 months)</p> <p>الأسرة لديها مخاوف تتعلق بالسكن Family concerns with housing</p> <p>لا أحد None</p>	<p>مشاكل المخدرات / الكحوليات المنزلية أو تعاطي المخدرات (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة قبل الولادة Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero</p> <p>الأسرة منعزلة اجتماعياً، مع انعدام الاتصال بشكل كامل أو بشكل شبه كامل مع الآخرين Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others</p> <p>والد الطفل / الوصي عليه يشعر بالقلق حيال الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job</p> <p>الأسرة لديها مخاوف قانونية Family has legal concerns</p> <p>أحد أفراد أسرة الطفل التحق بالمدرسة الداخلية الهندية Child has a family member who attended Indian Boarding School</p> <p>والد / الوصي على الطفل عامل مهاجر أو عامل موسمي بحيث يأتي أكثر من نصف دخل الأسرة من العمل الزراعي Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work</p>	<p>يرجى اختيار مجالات المخاوف المثارة لديك أنت / لدى أسرتك في المنزل فرد الأسرة يعاني من إعاقة أو يعاني من حالة صحية بدنية أو عقلية مزمنة، وهو Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:</p> <p>غير قادر على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Unable to engage in work/school/family life</p> <p>قادر إلى حد ما على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Somewhat able to engage in work/school/ family life</p> <p>قادر في الغالب على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Mostly able to engage in work/school/family life</p> <p>والد / الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلم، ولكن ليس لديه إعاقة Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability</p> <p>العنف المنزلي (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة قبل Household domestic violence (past or current), including in utero</p>
---	---	--



Child's First Name:

Child's Last Name:

Family Living Situation | الحالة المعيشية للأسرة

No | لا Yes | نعم هل تتلقى هذه الأسرة إسكاناً مدعوماً مثل قسيمة الإسكان أو المساعدة النقدية للإسكان؟
Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing?

ما الوضع السكني الحالي لأسرتك؟ يوفر قانون McKinney-Vento الخدمات ووسائل الدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. قد تساعدنا إجاباتك في تحديد الخدمات التي قد يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها.

What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

Military – waiting for permanent housing | عسكري - في انتظار سكن دائم Own | سكن مملوك في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى (حدد خيارًا واحدًا أدناه) | Rent | إيجار

In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

عن طريق الاختيار (على سبيل المثال، لتقاسم المسؤوليات، لتكون قريباً من الأسرة، وما إلى ذلك) |

By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)

بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لسبب مماثل |

Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

In a motel | في نزل Transitional Housing | الإسكان الانتقالي In a shelter | في ملجأ Moving from place to place/couch surfing | الانتقال من مكان إلى آخر / التنقل بين أماكن السكن | في سيارة أو موقف سيارات أو موقع تخيم أو مكان مشابه في مسكن مرافقه غير كافية (بدون ماء، تدفئة، كهرباء) | A car, park, campsite, or similar location

In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

Other – Please describe: | يرجى التوضيح

Family Income and Family Size | دخل الأسرة وعدد أفراد الأسرة

حدد كل ما ينطبق إذا تلقيت أنت أو هذا الطفل أو أي شخص آخر يعيش في منزلك ومرتببط بك بصلة الدم أو الزواج أو التبني هذه الأنواع من المساعدة العامة |
Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance:Parent/Guardian | ولي الأمر / الوصي Child | الطفل SSI for disability received by: | يتم تلقي دخل الضمان الاجتماعي (SSI) نظير الإعاقة من خلال Other – Relationship to child | غير ذلك - العلاقة بالطفل Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash | النقد من المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لا أحد

None

حدد كل ما ينطبق إذا كانت أسرتك تتلقى ما يلي | Check all that apply if your family receives the following

Working Connections | إعانة رعاية الطفل من WorkFirst | المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) للطفل فقط | Working Connections Child Care subsidy | Child-only TANF لا أحد

None

هل تمت إحالتك إلى هذا البرنامج من قبل وكالة؟ | Were you referred to this program by an agency? Yes - Name | نعم - اسم الوكالة

كيف عرفت عن هذا البرنامج؟

How did you find out about this program? 

Child's First Name:

Child's Last Name:

Please list all people living in this child's primary household لطفاً تمام أفرادى كه در فاميل اصلى اين طفل زندگى مى كنند را مشخص نماييد				
هل هذا الشخص مرتبط بالوالد/الوصي بالدم أو الزواج أو التبني؟ Is this person related to parent/guardian by blood, marriage, or adoption?	هل هذا الشخص مدعوم ماليًا من قبل الوالد/الوصي؟ Is this person financially supported by parent/guardian?	العلاقة بالطفل Relationship to child	تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Birthdate (month/day/year)	الاسم (الأول والعائلة) Name (First and Last)
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	طفل Applying Child		طفل Applying Child
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	الوالد/الوصي Parent/Guardian		الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	الوالد/الوصي Parent/Guardian		الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>			

وأتعهد بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وصحيحة. سوف أقوم بالإبلاغ عن كل دخلي وحجم أسرتي، كما هو مطلوب في برامج التعلم المبكر. إذا قدمت معلومات كاذبة عن عمد، فأنا أفهم أن عائلتي قد لا تتمكن من مواصلة خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان طفلي مسجلاً في برنامج ECEAP، فقد أضطر إلى سداد المبلغ الذي أنفقته على طفلي.

أفهم أن المعلومات الواردة من هذا الطلب يتم إدخالها في العديد من قواعد بيانات التعليم المبكر التي تديرها إدارة الأطفال والشباب والأسر (Department of Children, Youth, and Families، DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بيوجيت ساوند (Puget Sound Educational Service District، PSESD). تلتزم كل من إدارة الأطفال والشباب والأسر (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بيوجيت ساوند (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي يمكن أن تحدد هوية الطفل أو الأسرة. ولا يتم إدخال أي معلومات تتعلق بوضع الهجرة في قواعد البيانات أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. يمكن استخدام المعلومات الواردة في قواعد البيانات لما يلي:

- الدراسات البحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة في برامج التعليم المبكر تساعد الأطفال في وقت لاحق في الحياة.
- إثبات أن ولاية واشنطن تنفق بعض الأموال الخاصة بها على برامج للأسر، وهو أمر مطلوب لتلقي أموال المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families، TANF) من الحكومة الفيدرالية.

I promise that the information on this form is true and correct. I will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in the databases or shared with state or federal agencies. Information in the databases may be used for the following:

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

توقيع ولي الأمر / الوصي | Parent/Guardian Signature

التاريخ | Date (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

***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:

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)

