

اسکن من برای اطلاعات بیشتر



خوش آمدید لطفاً یک بسته ای از برنامه را برای هر کودک تکمیل کرده و مدارک مورد نیاز را ضمیمه کنید.

شایستگی به برنامه های ما با توجه به سن کودک و درآمد خانواده تعیین می شود، نه بر اساس تاریخ درخواست شما.

گنجایش برنامه های ما به سرعت پر می شود، بنابراین لطفاً در اسرع وقت درخواست دهید!

اطلاعات مربوط به برنامه شما محرم است و فقط برای تعیین صلاحیت فرزند شما برای برنامه های آموزش اولیه ما استفاده می شود.

ما نیازی به بررسی، یا گزارش وضعیت مهاجرت نداریم DSHS نداریم.

اسناد مورد نیاز

لطفاً در صورت داشتن سوال یا در صورت نداشتن یکی از مدارک مورد نیاز که ذیل ذکر شده است، با ما به تماس شوید.

5



اثبات سرپرستی قانونی:
کپی سند سرپرستی قانونی خود را ضمیمه کنید.

یکی از این ها را استفاده کنید:

- تصدیقنامه تولد
- پاسپورت/ویزه
- اسناد فرزندی
- سند مجوز سرپرستی
- قرارداد کتبی که توسط والدین و شخصی که مسئولیت حضانت را بر عهده دارند امضا و تاریخ گذاری شده است

4



اثبات سن طفل: یک کپی از سند تاریخ تولد فرزند خود را ضمیمه کنید.

یکی از این ها را استفاده کنید:

- تصدیقنامه تولد
- پاسپورت/ویزه
- اسناد فرزندی
- سند مجوز سرپرستی
- پرونده فعلی مصونیت
- فهرست والدین مسکونی DOC

3



اثبات اندازه خانواده: کپی مدرک اندازه خانواده را ضمیمه کنید.

یکی از این ها را استفاده کنید:

- اظهارنامه مالیات
- درآمد سال گذشته
- سند اجاره یا مسکن
- سند مفاد (TANF, SSI, و غیره)
- اسناد مکتب
- سند حقوقی یا سند محکمه

2



اثبات درآمد: کپی مدرک درآمد خانواده خود را ضمیمه کنید.

هر کدام که مورد تطبیق باشد را استفاده کنید:

- اظهارنامه مالیات درآمد سال گذشته
- فرم W-2 سال گذشته
- پول پرداختی در 12 ماه گذشته
- اوراق مفاد SSI/TANF از 12 ماه گذشته
- کمک هزینه سرپرستی
- حمایت از طفل
- نامه کارمند مقرری با ذکر تمام درآمد ناخالص شما در 12 ماه گذشته

1



برنامه: فرم درخواست را با استفاده از قلم سیاه یا آبی پر کنید.

درخواست و مدارک تکمیل شده خود را به نشانی های ذیل ارسال کنید:

آدرس:

شماره تلفن:

- لطفاً اطمینان حاصل کنید که مدرک درآمد شما در آن گنجانیده شده است. ما نمی توانیم درخواست شما را بدون این اطلاعات طی مراحل کنیم.
- در صورت دریافت انواع دیگر اسنادی که در بال ذکر نشده است، با دفتر ما تماس بگیرید.

- موارد زیر را نیز شامل می شود مفید خواهد بود:

1. یک کپی از سابقه واکسیناسیون فطری فرزند شما 2.
- IFSP/IEP فعلی، در صورت وجود 3.
- آخرین امتحان کودک خوب
4. آخرین معاینه دندان

2025-2024 اولیه تعلیم درخواست

Early Learning Application 2024-2025



Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:
----------------------------	----------

مشخصات طفل – عمومی | Child Information – General

نام میان Middle Initial	نام First Name
نام ترجیحی Preferred Name	نام خانوادگی Last Name
تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Date of Birth (month/day/year)	
جنسیت Gender	☐ دختر ☐ پسر
هویت جنسیتی (اختیاری) Gender Identity (optional)	
ضمایر ترجیحی (اختیاری) Preferred pronouns (optional)	

زبان مادر این طفل چیست؟ What is this child's home language?	زبان دوم 2 nd language
☐ فقط انگلیسی Only English ☐ به طور عمده انگلیسی و یک زبان دیگر Mostly English and another language ☐ هم انگلیسی و هم یک زبان دیگر به صورت مساوی (دو زبانه) Both English and another language the same (bilingual)	☐ مقداری انگلیسی، اما به طور عمده یک زبان دیگر *Some English, but mostly another language ☐ فقط به زبانی به غیر از زبان انگلیسی *Only a language other than English
این طفل به زبان مشخص شده در زیر گپ میزند This child speaks:	

آیا این طفل به زبان اسپانیایی / لاتین گپ میزند؟ Is this child Hispanic/Latino? ☐ بله Yes ☐ خیر No ☐ رد گزارش Decline to Report	نژاد این طفل چیست؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید. What is this child's race? Check all that apply. ☐ آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black ☐ آسیایی Asian ☐ بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian ☐ بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ سفید پوست White ☐ رد گزارش Decline to Report ☐ در بالا ذکر نگردیده است Not listed above
میراث/قبیله/کشور اصلی شما چیست و کجا می باشد؟ What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
آیا این طفل با عضویت، عضوی از این قبیله شده یا که اصالتاً عضوی از این قبیله می باشد؟ Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? ☐ بله Yes ☐ خیر No	

آیا این طفل قبلاً در این پروگرام ها ثبت نام کرده است؟ فقط گزینه های مربوط به اواخر را علامت بزنید. Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent. ☐ خیر None ☐ پشتمانی و حمایت اولیه برای نوزادان و طفلان نوبا، بخش C قانون تعلیم افراد دارای معلولیت پروگرام برای نوزادان و طفلان نوبا معلول، ECLIPSE، یا هرگونه مداخله زود هنگام از بدو تولد تا سه سالگی Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention ☐ Head Start/Early Head Start / پروگرام تعلیم و کمک در دوران طفلی / پروگرام Washington یا Pierce ایالت Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State ☐ Head Start/Early Head Start / پروگرام تعلیم و کمک در دوران طفلی / پروگرام Washington ایالت Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County نام و محل پروگرام Name and location of program	آیا این طفل در حال حاضر در یک پروگرام اجتماعی در این سایت ثبت نام کرده است؟ Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ☐ بله Yes ☐ خیر No آیا این طفل برادر یا خواهر طفلی می باشد که در پروگرامی که ثبت نام می کنید، ثبت نام کرده باشد؟ Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ☐ بله Yes ☐ خیر No
--	---



Child's First Name:

Child's Last Name:

آیا این طفل تحت سرپرستی موقت رسمی توسط هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی با مبلغ کمک هزینه می باشد؟ Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? در صورت بله بودن، نمبر پرونده یا نمبر شناسایی شخص چیست؟ If yes, what is the Case Number or Client ID Number?	
بله Yes ☐ خیر No ☐	مبلغ کمک هزینه /پرداختی ماهانه چقدر می باشد و از چه منبعی تامین می گردد؟ What is the monthly grant/payment amount and source? \$ تعداد طفلان تحت پوشش کمک هزینه # of children covered by grant amount
اداره خدمات بهداشتی و اجتماعی ☐ عایدات تضمینی تکمیلی ☐ قبیله Tribe ☐ سایر موارد Other ☐	آیا این طفل تحت سرپرستی خیشاوندی بدون مبلغ کمک هزینه می باشد؟ Is this child in kinship care without a grant amount?
بله Yes ☐ خیر No ☐	آیا این طفل پس از سرپرستی به واسطه هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی یا از یتیم منزل از کشور دیگری به طفلی پذیرفته شده است؟ Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country?
بله Yes ☐ خیر No ☐	آیا این طفل اخیراً به والدین خود پس از سرپرستی توسط هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی پیوسته است؟ Was this child reunited with their parent(s) after foster care or kinship care?

The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

آیا فامیل شما در حال حاضر از خدمات حمایت از طفل (Child Protective Services=CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (Family Assessment Response=FAR)، رفاه طفلان هندی (Indian Child Welfare=ICW)، خدمات قبیله ای قابل مقایسه، یا سیستم مجری قانون/دادگاه، خدمات/حمایتی دریافت می کند؟ 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?	بله Yes ☐ خیر No ☐
آیا فامیل شما قبلاً از خدمات حمایت از طفل (CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (FAR)، رفاه طفلان هندی (ICW)، خدمات قبیله ای قابل مقایسه، یا سیستم مجری قانون/دادگاه، خدمات/حمایتی دریافت کرده است؟ Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past?	بله Yes ☐ خیر No ☐
آیا فامیل شما برای مراقبت از طفل از سوی خدمات حمایت از طفل (CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (FAR) مورد تایید واقع شده است؟ Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?	بله - چند ساعت در هفته (تایید شده)؟ Yes - How many approved hours per week? ☐ خیر No ☐
آیا تا به حال از این طفل خواسته شده است که پروگرام یادگیری اولیه را به سبب مسائل رفتاری ترک نماید؟ Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues?	بله Yes ☐ خیر No ☐

معلومات طفل - در ارتباط با سلامت | Child Information – Health

آیا طفل بیمه درمانی دارد؟ Does this child have medical insurance? در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ If yes, what type?	بله Yes ☐ خیر No ☐
Washington Apple Health/ProviderOne ☐ بیمه خصوصی Private Insurance ☐ Tribal ☐ پوشش درمانی نظامی Military Medical Coverage ☐	آیا این طفل به طور متداول به داکتر یا کلینیک طبی مختص می رود؟ Does this child have a regular doctor or medical clinic?
بله - نام کلینیک/ارائه دهنده را ذکر نمایید Yes - Name of clinic/provider ☐ نام تخصص داکتر Name of medical professional ☐	خیر No ☐
آیا این طفل در 12 ماه اخیر تحت چک آپ واقع شده است؟ Did this child have a well-child exam within the last 12 months?	بله - تاریخ آخرین معاینه (سال/روز/ماه) Yes - Date of last exam (month/day/year) ☐ تاریخ نامشخص Date Unknown ☐ خیر No ☐



Child's First Name:

Child's Last Name:

☐ No خیر ☐ ABCD پوشش درمانی نظامی Military Medical Coverage	☐ Yes بله ☐ Private Insurance بیمه خصوصی Washington Apple Health/ProviderOne	Does this child have dental insurance? آیا شما این کودک را بیمه دنتال دارید؟ در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ If yes, what type?
Does this child have a regular dentist or dental clinic? آیا این کودک یک متخصص د بهطور منظم و یا کلینیکدنت آل؟ بله - نام کلینیک/ارائه دهنده را ذکر نمایید Yes - Name of clinic/provider نام حرفه ای دندان پزشکی Name of dental professional خیر No		
Did this child have dental exam within the last 6 months? آیا این طفل در 6 ماه اخیر معاینه دندانپزشکی داشته است؟ بله - تاریخ آخرین معاینه (سال/روز/ماه) Yes - Date of last exam (month/day/year) تاریخ نامشخص Date Unknown خیر No		

ما حالة التطعيم لطفلك؟ | What is your child's immunization status?

☐ Fully immunized | به طور کامل ایمن سازی شده،
☐ Exempt | معاف
☐ Not fully immunized or exempt | به طور کامل ایمن سازی نشده یا معاف
☐ مطمئن نیست | Not sure

آیا این طفل بیماری مزمنی دارد (می تواند سلامت روان، آسم، سرطان، دیابت، تشنج، بیش فعالی، اوتیسم، مهره شکاف دار، کم خونی داسی شکل یا آلرژی های خطرناک باشد)؟ | 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)?

☐ بله - توضیح دهید | Yes - Please describe
 وضعیت بیماری | The health condition is considered:
☐ شدید | Severe
☐ در حد متوسط | Moderate
☐ خفیف می باشد | Mild
 آیا ارائه دهنده مراقبت های طبی این بیماری را تشخیص داده است؟ | Yes
 خیر | No
 Has a Health Care Provider diagnosed this condition?

مشخصات طفل - در ارتباط با رشد | Child Information – Development

آیا نگرانی هایی در ارتباط با سلامت این طفل دارید؟ | Do you have concerns about this child's health?

☐ بله - همه موارد زیر را که برای شما صدق می کند را علامت بزنید | Yes - check all that apply below
☐ خیر | No

☐ تحت تاثیر الکل/دارو | Drug/alcohol affected
☐ زایمان زود هنگام کمتر از 37 هفته | Preterm birth less than 37 weeks
☐ کم وزنی در بدو تولد (کمتر از 5.5 پوند/5 پوند و 8 انس) | Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)
☐ دندان درد/پوسیدگی/خونریزی لثه | Tooth pain/decay/bleeding gums
☐ شنوایی | Hearing
☐ مهارتهای حرکتی درشت/ظریف | Fine motor/gross motor
☐ بینایی | Vision
☐ عدم تحمل غذایی/رژیم خاص - لطفا توضیح دهید | Food intolerance/special diet - Please describe

آیا این طفل در حال حاضر از پروگرام تعلیمی فردی یا پروگرام خدمات خانوادگی فردی برخوردار می باشد؟ | Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

☐ بله - لطفا یک کپی به همراه درخواست خود ارائه نمایید. | Yes - Please provide a copy with your application
☐ خیر - کدام یک از این موارد صدق می کند | No - Check if any of these apply
☐ فرزند من ارزیابی داشت و واجد شرایط برای IEP تعیین شد، اما ما خدمات را رد کردیم.
 My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services.
☐ طفل من در گذشته یک پروگرام خدمات خانوادگی فردی (IFSP) داشته است اما به یک پروگرام تعلیمی فردی (IEP) در ناحیه مکتب منتقل نشده است.
 My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.
☐ طفل من دارای تاخیر رشد یا معلول تشخیص داده شده است، پروگرام تعلیمی فردی (IEP) ندارد، یا برای ارزیابی ارجاع شده است.
 My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.
☐ طفل من مشکوک به تاخیر در رشد یا معلولیت می باشد.
 My child has a suspected developmental delay or disability
☐ من نگرانی هایی در ارتباط با رشد طفل دارم. | I have concerns about my child's development



Child's First Name:

Child's Last Name:

مشخصات والدین/سرپرست | Parent/Guardian Information

این کودک با یکی از موارد لیست شده در زیر زندگی می کند | This child lives with

یکی از والدین/سرپرست (قست والدین/سرپرست 1 را تکمیل نمایید) | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)

دو والدین/سرپرست در یک فامیل (قسمت والدین/سرپرست 1 و 2 را تکمیل نمایید). | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)

دو والدین/سرپرست در دو فامیل (قسمت والدین/سرپرست 1 و 2 را تکمیل نمایید). | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
Name نام		
نسبت با طفل Relationship to child	☐ بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدربیا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent ☐ عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle ☐ پدربیا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent ☐ سایر موارد Other ☐ پدربیا مادر بزرگ Grandparent	☐ بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدربیا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent ☐ عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle ☐ پدربیا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent ☐ سایر موارد Other ☐ پدربیا مادر بزرگ Grandparent
Género Gender	F ☐ M ☐	F ☐ M ☐
هویت جنسیتی (اختیاری) Gender Identity (optional)		
ضمایر ترجیحی (اختیاری) Preferred Pronouns (optional)		
تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Date of Birth (month/day/year)		
آدرس (شامل شهر، ایالت کد پستی) Address (including City, State, Zip)		
تلفون Phone	☐ ثابت Home ☐ همراه Cell ☐ کار Work	☐ ثابت Home ☐ همراه Cell ☐ کار Work
نمبر تلفون جایگزین Alternate Phone	☐ ثابت Home ☐ همراه Cell ☐ کار Work	☐ ثابت Home ☐ همراه Cell ☐ کار Work
آدرس پست الکترونیکی Email		
زمانی که این بچه بدنیا آمد زیر 18 سال بودید؟ Were you under age 18 when this child was born?	☐ بله ☐ نامشخص No ☐ خیر Yes	☐ بله ☐ نامشخص No ☐ خیر Yes
به چه زبان (های) گپ میزنید؟ What language(s) do you speak?		



Child's First Name:

Child's Last Name:

والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
آیا برای این زبان به مترجم نیاز دارید؟ Do you need an interpreter for this language?	
بله Yes ☐ خیر No ☐	بله Yes ☐ خیر No ☐
آیا اسپانیایی/لاتینی هستید؟ Are you Hispanic/Latino?	
بله Yes ☐ خیر No ☐ رد گزارش Decline to Report ☐	بله Yes ☐ خیر No ☐ رد گزارش Decline to Report ☐
از چه نژادی می باشید؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید. What is your race? Check all that apply.	
☐ آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black ☐ آسیایی Asian ☐ بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian ☐ بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ سفید پوست White ☐ رد گزارش Decline to Report ☐ در بالا ذکر نگردیده است Not listed above	☐ آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black ☐ آسیایی Asian ☐ بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian ☐ بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ سفید پوست White ☐ رد گزارش Decline to Report ☐ در بالا ذکر نگردیده است Not listed above
☐ کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less ☐ کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ دیپلم دبیرستان High school diploma ☐ دیپلم تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training ☐ مدرک پوهنتونی/فنی College/professional certificate ☐ مقطع فوق دیپلم Associate degree ☐ مقطع لیسانس Bachelor's degree ☐ مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree ☐ خیر None	☐ کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less ☐ کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ دیپلم دبیرستان High school diploma ☐ دیپلم تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training ☐ مدرک پوهنتونی/فنی College/professional certificate ☐ مقطع فوق دیپلم Associate degree ☐ مقطع لیسانس Bachelor's degree ☐ مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree ☐ خیر None
☐ بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? ☐ نام و نمبر تلفون شاغل Employer name & phone # ☐ خیر No ☐ خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled ☐ کارگر فصلی Seasonal	☐ بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? ☐ نام و نمبر تلفون شاغل Employer name & phone # ☐ خیر No ☐ خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled ☐ کارگر فصلی Seasonal
☐ بله - چند ساعت در هفته (شامل زمان کلاس، زمان مطالعه و رفت و آمد)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? ☐ نام مکتب یا پوهنتون و رشته/هدف School name & major/goal ☐ خیر No	☐ بله - چند ساعت در هفته (شامل زمان کلاس، زمان مطالعه و رفت و آمد)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? ☐ نام مکتب یا پوهنتون و رشته/هدف School name & major/goal ☐ خیر No



Child's First Name:

Child's Last Name:

	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
آیا شما در یک فعالیت WorkFirst مورد تایید می باشید؟ Are you in an approved WorkFirst activity?	بله - فعالیت مورد نظر را توضیح داده و تعداد ساعات تایید شده در هفته را ذکر نمایید. Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week خیر No	بله - فعالیت مورد نظر را توضیح داده و تعداد ساعات تایید شده در هفته را ذکر نمایید. Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week خیر No
آیا شما در ارتش ایالات متحده هستید و یا بوده اید؟ Are you or have been in the U.S. military?	بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member بله، در حال انجام وظیفه می باشم، یا در 12 ماه اخیر انجام وظیفه کرده ام/ در مجموع 19 ماه انجام وظیفه نموده ام Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months بله، کهنه سرباز Yes, veteran خیر	بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member بله، در حال انجام وظیفه می باشم، یا در 12 ماه اخیر انجام وظیفه کرده ام/ در مجموع 19 ماه انجام وظیفه نموده ام Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months بله، کهنه سرباز Yes, veteran خیر

نگرانی های خانوادگی | Family Concerns

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household. لطفاً محدوده نگرانی هایی که برای خود/فامیل خود دارید را علامت بزنید.

☐ یکی از افراد فامیل دارای معلولیت یا دارای بیماری مزمن فیزیکی یا روانی می باشد و Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: ☐ قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی نمی باشد Unable to engage in work/school/family life ☐ تا حدودی قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Somewhat able to engage in work/school/ family life ☐ عمدتاً قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Mostly able to engage in work/school/family life ☐ والدین/سرپرست طفل مشکل یادگیری داشته، دارای معلولیت نمی باشد Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability ☐ خشونت های خانوادگی (گذشته یا در حال حاضر)، دوران حاملگی نیز مشمول می باشد Household domestic violence (past or current), including in utero	☐ مسائل مرتبط با مواد مخدر/الکل یا سوء مصرف مواد در فامیل (گذشته یا در حال حاضر)، دوران حاملگی نیز مشمول می باشد Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero ☐ فامیل با عدم داشتن یا نزدیک به عدم داشتن ارتباط با دیگران از نظر اجتماعی منزوی می باشد، Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others ☐ نگرانی والدین/سرپرست طفل در ارتباط با پیدا کردن یا باقی ماندن در شغل Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job ☐ فامیل نگرانی های حقوقی دارد Family has legal concerns ☐ یکی از عضو فامیل طفل در مکتب شبانه روزی هندی تحصیل کرده است. Child has a family member who attended Indian Boarding School ☐ والدین/ سرپرست طفل مهاجر است یا کارگر فصلی می باشد که بیش از نیمی از عایدات فامیل از کار کشاورزی تامین می شود Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work	☐ والدین یا طفل به منظور شرکت در فعالیت های کلتوری سنتی یا اشتغال (به صورت فصلی یا موقت در کشاورزی یا ماهیگیری) نقل مکان نموده اند. Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing) ☐ مهاجر/پناهنده اخیر (5 سال گذشته) Recent immigrant/refugee (past 5 years) ☐ پدر و مادر کودک / سرپرست است / شده است حبس Child's parent/guardian is/has been incarcerated ☐ از دست دادن والدین (مرگ، ترک طفل، یا دیپورت) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) ☐ در طول زندگی طفل والدین/سرپرست طفل از طلاق گرفته یا جدا شده اند Child's parents/guardians divorced or separated during child's life ☐ فامیلی که قبلاً تجربه بی خانمانی داشته اند (در 12 ماه اخیر) Family previously homeless (in the last 12 months) ☐ نگرانی فامیل در مورد مسکن Family concerns with housing ☐ خیر None
---	--	--



Child's First Name:

Child's Last Name:

شرایط زندگی فامیل | Family Living Situation

آیا این فامیل وام یا رانه ای مسکن مانند کوپن مسکن یا کمک نقدی برای مسکن دریافت می کند؟ Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? No خیر ☐ Yes بله ☐	
وضعیت مسکن فامیل شما در حال حاضر چگونه می باشد؟ قانون McKinney-Vento برای طفلان و جوانانی که بی خانمان می باشند خدمات و حمایت هایی را ارائه می نماید. پاسخ های شما ممکن است به ما در تعیین خدماتی که طفل شما واجد شرایط دریافت آن می باشد کمک کند. 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.	
☐ Own مال خودم می باشد ☐ Rent مستاجر	☐ Military – waiting for permanent housing نظامی - در حال انتظار برای دریافت مسکن دائمی ☐ در منزل یا آپارتمان شخص دیگری با یک فامیل دیگر (یکی از گزینه های زیر را انتخاب نمایید) ☐ In someone else's house or apartment with another family (select one option below) ☐ با انتخاب (به عنوان مثال تقسیم وظایف، به منظور نزدیکی به فامیل و غیره) ☐ By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
☐ In a motel در یک هتل کوچک ☐ In a shelter در یک ☐ یک ماشین، پارک، مناطق کمپینگ یا مکانی مشابه این موارد ☐ A car, park, campsite, or similar location	☐ به سبب از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی، یا دلایل مشابه ☐ Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason ☐ مسکن سیار Transitional Housing ☐ نقل مکانی از جایی به جای دیگر/ماندن در منزل اشخاص مختلف Moving from place to place/couch surfing ☐ در اقامتگاهی با امکانات نا کافی (بدون آب، سیستم گرمایی، برق) ☐ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity) ☐ سایر موارد - لطفا توضیح دهید Other – Please describe

عایدات و تعداد افراد فامیل | Family Income and Family Size

اگر شما، این طفل، یا شخص دیگری که با شما از طریق خون، ازدواج یا فرزند خواندگی نسبت داشته این نوع حمایت های عمومی دریافت می کند، تمامی مواردی که صدق می کند را علامت بزنید 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 والدین/سرپرست ☐ Child طفل ☐ SSI for disability received by عایدات تضمینی تکمیلی برای معلولیت، دریافت شده توسط ☐ Other – Relationship to child سایر موارد - نسبت با طفل ☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند ☐ SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) ☐ None خیر	☐ در صورت دریافت موارد زیر توسط فامیل شما، تمامی مواردی را که برای شما صدق می کند را علامت بزنید ☐ کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند - ☐ مختص طفل Child-only TANF ☐ WorkFirst ☐ کمک مالی به منظور مراقبت از طفل ☐ پروگرام تغذیه مکمل ویژه برای نسون، نوزادان و طفلان ☐ Working Connections Child Care subsidy ☐ None خیر

آیا توسط یک آژانس به این پروگرام مراجعه نموده اید؟ | Were you referred to this program by an agency?

Yes - Name | نام - بله ☐ خیر ☐

چگونه در مورد این برنامه پیدا کردید؟ | How did you find out about this program?



Child's First Name:

Child's Last Name:

لطفاً تمام افرادی که در فامیل اصلی این طفل زندگی می کنند را مشخص نمایید. |

Please list all people living in this child's primary household.

آیا این فرد با خون، ازدواج یا فرزندانگی به والدین/سرپرست مربوط می شود؟ Is this person related to parent/guardian by blood, marriage, or adoption?	آیا این شخص از نظر مالی توسط پدر و مادر / سرپرست حمایت می شود؟ Is this person financially supported by parent/guardian?	نسبت با طفل Relationship to child	تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Birthdate (month/day/year)	نام و نام خانوادگی Name (First and Last)
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐	استفاده از کودک Applying Child		استفاده از کودک Applying Child
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐	پدر و مادر / نگهبان Parent/Guardian		پدر و مادر / نگهبان Parent/Guardian
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐	پدر و مادر / نگهبان Parent/Guardian		پدر و مادر / نگهبان Parent/Guardian
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			
No خیر ☐ Yes بله ☐	No خیر ☐ Yes بله ☐			

من قول می دهم که معلومات موجود در این فورم درست و صحیح می باشد من کل عایداتم و تعداد اقرا فامیل را که برای پروگرام یادگیری اولیه نیز ملزم می باشد را راپور نموده ام. من قول می دهم که اطلاعات در مورد این فورم درست و درست است. من تمام درآمد و اندازه خانواده من گزارش، به عنوان برنامه های یادگیری اولیه مورد نیاز است. اگر من دانستی ارائه اطلاعات نادرست، من درک می کنم خانواده ام ممکن است قادر به ادامه خدمات برنامه. علاوه بر این، اگر فرزند من در ECEAP ثبت نام کرده است، من ممکن است مجبور به بازپرداخت مقدار صرف شده در فرزند من.

من می دانم که معلومات این درخواست در پایگاه معلوماتی تعلیمهای اولیه مختلفی که توسط اداره فامیل ها، جوانان و طفلان و آژانس تعلیمی منطقه ای اداره می شود وارد می شود. اداره فامیل ها، جوانان و طفلان و آژانس تعلیمی منطقه ای متعهد به حفظ معلومات محرمانه و شخصی که می توان توسط آن طفل یا فامیل را شناسایی نمود، می باشد. هیچ یک از معلوماتی که مرتبط با وضعیت مهاجرت می باشد در پایگاه های داده ها وارد نمی شود یا با آژانسهای فدرال یا ایالت در میان گذاشته نمی شود. معلومات موجود در پایگاه های داده ها می تواند برای موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

- مطالعات تحقیقاتی به منظور تعیین اینکه شرکت در تعلیم اولیه برای طفلان در مراحل بعدی زندگی کمک می کند یا خیر.

- برای ثابت کردن این که ایالت Washington کسری از منابع مالی خود را صرف پروگرام ها برای فامیل هایی که نیازمند دریافت کمک مالی موقت برای فامیل های نیازمند از دولت فدرال می باشند، می باشد.

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.

امضاء والدین/سرپرست | Parent/Guardian Signature

تاریخ | 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)

