

Заявка на раннее обучение 2023-2024

Early Learning Application 2023-2024

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

Сведения о ребенке: общая информация | Child Information – General

Имя First Name:	Инициал второго имени Middle Initial:
Фамилия Last Name:	Предпочитаемое имя Preferred Name:
Дата рождения (месяц/число/год) Date of Birth (month/day/year):	

Пол Gender: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> F	Половая идентичность (необязательно) Gender Identity (optional):
Предпочтительные местоимения (необязательно) Preferred Pronouns (optional):	

На каком языке говорят с ребенком в семье? What is this child's home language?	2-й язык 2nd language:			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Ребенок говорит This child speaks: <input type="checkbox"/> только на английском Only English <input type="checkbox"/> на английском и на другом языке параллельно (билингв) Both English and another language the same (bilingual) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> преимущественно на английском, а также на другом языке Mostly English and another language </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> * немного на английском, но преимущественно на другом языке *Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> * только на языке, отличном от английского *Only a language other than English </td> </tr> </table>	Ребенок говорит This child speaks: <input type="checkbox"/> только на английском Only English <input type="checkbox"/> на английском и на другом языке параллельно (билингв) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> преимущественно на английском, а также на другом языке Mostly English and another language	<input type="checkbox"/> * немного на английском, но преимущественно на другом языке *Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> * только на языке, отличном от английского *Only a language other than English	
Ребенок говорит This child speaks: <input type="checkbox"/> только на английском Only English <input type="checkbox"/> на английском и на другом языке параллельно (билингв) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> преимущественно на английском, а также на другом языке Mostly English and another language	<input type="checkbox"/> * немного на английском, но преимущественно на другом языке *Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> * только на языке, отличном от английского *Only a language other than English		

Относится ли ребенок к испаноговорящим или латиноамериканцам? Is this child Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	
К какой расе принадлежит ребенок? Отметьте все подходящие варианты. What is this child's race? Check all that apply.	
<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие African/African American/Black <input type="checkbox"/> Азиаты Asian <input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы Alaska Native/Native American/American Indian	<input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Белые White <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите Not listed above:
Ничего из перечисленного. Укажите What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
Является ли этот ребенок частью племени либо по членству, либо по происхождению/происхождению? Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	

Участвовал ли ребенок ранее по крайней мере в одной из указанных ниже программ? Отметьте только самые последние. Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent.		
<input type="checkbox"/> Нет None <input type="checkbox"/> Ранняя поддержка младенцев и детей младшего возраста (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE Раннее вмешательство от рождения до трех лет Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP в округе Кинг или Пирс, штат Вашингтон Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP в другом округе штата Вашингтон Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County	<input type="checkbox"/> Мигрант / сезонный Head Start в любой точке штата Вашингтон Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
Когда ребенок посещал организацию, предоставляющую услуги по программе, в последний раз? When did this child last attend?	Название и расположение организации, предоставляющей услуги по программе Name and location of program:	
Зарезервировано ли за ребенком место в этой организации, предоставляемое жителям данного сообщества? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No		
Есть ли у ребенка брат или сестра, за которыми в настоящее время зарезервировано место в этой организации? Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? <input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No		

Child's First Name:

Child's Last Name:

Вопросы ниже приведены только в ознакомительных целях. Ответ «Да» не повлияет на ваше соответствие требованиям или участие в программе. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

Находится ли ребенок под официальной опекой приемных родителей или родственников с установленной суммой гранта? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? Да | Yes Нет | No

Если да, укажите номер дела или идентификатор клиента | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

Укажите сумму и источник ежемесячного гранта / субсидии | What is the monthly grant/payment amount and source? \$ DSHS SSI Племя | Tribe

Количество детей, охватываемых суммой гранта | # of children covered by grant amount: Другое | Other

Находится ли ребенок под опекой родственников без установленной суммы гранта? | Is this child in kinship care without a grant amount? Да | Yes Нет | No

Был ли этот ребенок усыновлен/удочерен после опеки приемных родителей или родственников либо из детского дома в другой стране? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? Да | Yes Нет | No

Воссоединился ли ребенок недавно со своими родителями после опеки приемных родителей или родственников? | Was this child reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? Да | Yes Нет | No

Предоставляются ли в настоящее время вашей семье услуги в рамках программ Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR) или Indian Child Welfare (ICW) либо через правоохранительную/судебную систему? | 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? Да | Yes Нет | No

Предоставлялись ли вашей семье услуги в рамках программ CPS, FAR или ICW либо через правоохранительную/судебную систему в прошлом? | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Да | Yes Нет | No

Утверждены ли в настоящее время для вашей семьи услуги по уходу за детьми в рамках программы CPS или FAR? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?

Да. Сколько часов утверждено в неделю? | Yes – How many approved hours per week? No

Был ли ребенок исключен из программы обучения детей младшего возраста из-за проблем с поведением? | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? Да | Yes Нет | No

Сведения о ребенке: здоровье | Child Information – Health

Есть ли у ребенка медицинская страховка? | Does this child have medical insurance? Да | Yes Нет | No

Если да, какого типа? | If yes, what type? Washington Apple Health/ProviderOne Частная страховка | Private Insurance Страховка члена племени | Tribal Медицинская страховка военнослужащего | Military Medical Coverage

Есть ли у ребенка постоянный врач или клиника, которую он регулярно посещает? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?

Да. Название клиники / поставщика медицинских услуг | Yes - Name of clinic/provider: Нет | No Имя медицинского работника | Name of medical professional:

Проходил ли ребенок профилактическое обследование за последние 12 месяцев? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?

Да. Дата последнего обследования (месяц/число/год) | Yes – Date of last exam (month/day/year):

Нет | No Дата неизвестна | Date Unknown

Child's First Name:

Child's Last Name:

Есть ли у ребенка стоматологическая страховка? | Does this child have dental insurance? Да | Yes Нет | No

Если да, какого типа? | If yes, what type? Washington Apple Health/ProviderOne Частная страховка | Private Insurance Страховка члена племени | Tribal ABCD Медицинская страховка военнослужащего | Military Medical Coverage

Есть ли у ребенка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника, которую он регулярно посещает? | Does this child have a regular dentist or dental clinic?

Да. Название клиники / поставщика медицинских услуг | Yes - Name of clinic/provider: Нет | No Имя специалиста-стоматолога | Name of dental professional:

Проходил ли ребенок стоматологическое обследование за последние 6 месяцев? | Did this child have dental exam within the last 6 months?

Да. Дата последнего обследования (месяц/число/год) | Yes - Date of last exam (month/day/year): Нет | No Дата неизвестна | Date Unknown

Укажите прививочный статус вашего ребенка | What is your child's immunization status?

Полностью привит | Fully immunized Освобожден | Exempt Не полностью привит или не освобожден | Not fully immunized or exempt Точно не известно | Not sure

Было ли у ребенка диагностировано поставщиком медицинских услуг хроническое заболевание (например, психические заболевания, астма, рак, диабет, судороги, СДВГ, аутизм, расщепление позвоночника, серповидноклеточная анемия, опасная для жизни аллергия)? | 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)?

Да. Уточните | Yes - Please describe:

Какова степень тяжести заболевания? | The health condition is considered:

Тяжелое | Severe Умеренное | Moderate Незначительное | Mild

Медицинский работник диагностировал это состояние? | Has a Health Care Provider diagnosed this condition? Да | Yes Нет | No

Нет | No

Сведения о ребенке: развитие | Child Information - Development

Вызывает ли у вас что-нибудь беспокойство по поводу здоровья ребенка? | Do you have concerns about this child's health?

Да. Отметьте все применимые пункты ниже | Yes - check all that apply below Нет | No

Малый вес при рождении (менее 5,5 фунта / 5 фунтов 8 унций) | Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)

Преждевременные роды (ранее 37 недель) | Preterm birth less than 37 weeks

Влияние алкоголя/препаратов | Drug/alcohol affected

Слух | Hearing

Мелкая моторика / крупная моторика | Fine motor/gross motor

Зубная боль, кариес, кровоточащие десны | Tooth pain/decay/bleeding gums

Зрение | Vision

Пищевая непереносимость / специальная диета Опишите: | Food intolerance/special diet - Please describe:

Child's First Name:

Child's Last Name:

Имеется ли для ребенка применяемый в настоящее время План индивидуального обучения (Individual Education Plan, IEP) или План индивидуального семейного обслуживания (Individual Family Service Plan, IFSP)? | Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

- Да. Предоставьте копию с заявлением. | Yes – Please provide a copy with your application.
- Нет. Отметьте применимые пункты ниже. | No – Check if any of these apply:
 - Мой ребенок прошел обследование и было определено, что он имеет право на IEP, но мы отказались от услуг. | My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services.
 - У моего ребенка в прошлом был план IFSP, но он не перешел на IEP со школьным округом. | My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.
 - У моего ребенка диагностирована задержка в развитии или имеется инвалидность, нет IEP, или данные ребенка направлены на оценку. | My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation.
 - У моего ребенка заподозрена задержка в развитии или инвалидность. | My child has a suspected developmental delay or disability.
 - Меня беспокоит развитие моего ребенка. | I have concerns about my child's development.

Сведения о родителях/опекунах | Parent/Guardian Information

С кем проживает ребенок? | This child lives with:

- С одним родителем или опекуном (укажите информацию о родителе или опекуне 1) | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)
- С двумя родителями или опекунами в одном домохозяйстве (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2) | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)
- С двумя родителями или опекунами в разных домохозяйствах (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2) | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	Родитель/опекун 1 Parent/Guardian 1	Родитель/опекун 2 Parent/Guardian 2
Имя, фамилия Name		
Кем приходится ребенку Relationship to child	<input type="checkbox"/> Биологический родитель, усыновивший/удочеривший родитель, отчим/мачеха Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Приемный родитель, под опекой которого находится ребенок Foster Parent <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка Grandparent <input type="checkbox"/> Тетя/дядя Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Прочие Other:	<input type="checkbox"/> Биологический родитель, усыновивший/удочеривший родитель, отчим/мачеха Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Приемный родитель, под опекой которого находится ребенок Foster Parent <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка Grandparent <input type="checkbox"/> Тетя/дядя Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Прочие Other:
Пол Gender	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж F	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж F
Половая идентичность (необязательно) Gender Identity (optional)		
Предпочтительные местоимения (необязательно) Preferred Pronouns (optional)		
Дата рождения (месяц/число/год) Date of Birth (month/day/year)		



Child's First Name:

Child's Last Name:

	Родитель/опекун 1 Parent/Guardian 1	Родитель/опекун 2 Parent/Guardian 2
Адрес (включая город, штат, почтовый индекс) Address (include City, State, Zip)		
Телефон Phone	<input type="checkbox"/> Домашний Home <input type="checkbox"/> Сотовый Cell <input type="checkbox"/> Рабочий Work	<input type="checkbox"/> Домашний Home <input type="checkbox"/> Сотовый Cell <input type="checkbox"/> Рабочий Work
Дополнительный телефон Alternate Phone	<input type="checkbox"/> Домашний Home <input type="checkbox"/> Сотовый Cell <input type="checkbox"/> Рабочий Work	<input type="checkbox"/> Домашний Home <input type="checkbox"/> Сотовый Cell <input type="checkbox"/> Рабочий Work
Адрес электронной почты Email		
Было ли вам менее 18 лет, когда родился ребенок? Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No <input type="checkbox"/> Не применимо
На каких языках вы говорите? What language(s) do you speak?		
Нужен ли вам переводчик с этого языка? Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
Вы испанец / латиноамериканец? Are you Hispanic/Latino?	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
К какой расе вы принадлежите? Отметьте все подходящие варианты. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие African/African American/Black <input type="checkbox"/> Азиаты Asian <input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Белые White <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите Not listed above:	<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие African/African American/Black <input type="checkbox"/> Азиаты Asian <input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Белые White <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите Not listed above:

Child's First Name:

Child's Last Name:

	Родитель/опекун 1 Parent/Guardian 1	Родитель/опекун 2 Parent/Guardian 2
<p>Укажите наивысший уровень полученного вами образования. What is the highest level of education you completed?</p>	<input type="checkbox"/> 6-й класс или менее 6 th grade or less <input type="checkbox"/> С 7-го по 12-й классы, без диплома или GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Неоконченное обучение в колледже или курсы повышения квалификации Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Диплом колледжа или сертификат специалиста College/professional certificate <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста Associate degree <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Нет None	<input type="checkbox"/> 6-й класс или менее 6 th grade or less <input type="checkbox"/> С 7-го по 12-й классы, без диплома или GED 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы High school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Неоконченное обучение в колледже или курсы повышения квалификации Some college/advanced training <input type="checkbox"/> Диплом колледжа или сертификат специалиста College/professional certificate <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста Associate degree <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> Нет None
<p>Работаете ли вы в настоящее время? Are you currently employed?</p>	<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов в неделю (включая поездки)? Yes – How many hours per week (including travel)? Имя и телефон работодателя Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> Нет No <input type="checkbox"/> Нет (на пенсии или по инвалидности) No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Сезонный работник Seasonal	<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов в неделю (включая поездки)? Yes – How many hours per week (including travel)? Имя и телефон работодателя Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> Нет No <input type="checkbox"/> Нет (на пенсии или по инвалидности) No, retired or disabled <input type="checkbox"/> Сезонный работник Seasonal
<p>Проходите ли вы в настоящее время профессиональное или академическое обучение? Are you currently in job training or school?</p>	<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Название учебного заведения и специальность или цель School name & major/goal: <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Название учебного заведения и специальность или цель School name & major/goal: <input type="checkbox"/> Нет No
<p>Участвуете ли вы в утвержденных мероприятиях WorkFirst? Are you in an approved WorkFirst activity?</p>	<input type="checkbox"/> Да. Укажите мероприятие и утвержденное число часов в неделю Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да. Укажите мероприятие и утвержденное число часов в неделю Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: <input type="checkbox"/> Нет No
<p>Являетесь ли вы действительным или бывшим военнослужащим США? Are you or have been in the U.S. military?</p>	<input type="checkbox"/> Да, являюсь военнослужащим Yes, current service member <input type="checkbox"/> Да, в расположении сейчас или в течение последних 12 месяцев, в общей сложности 19 месяцев Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Да, ветеран Yes, veteran <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да, являюсь военнослужащим Yes, current service member <input type="checkbox"/> Да, в расположении сейчас или в течение последних 12 месяцев, в общей сложности 19 месяцев Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months <input type="checkbox"/> Да, ветеран Yes, veteran <input type="checkbox"/> Нет No

Child's First Name:

Child's Last Name:

Проблемы в семье | Family Concerns

Отметьте проблемные аспекты, которые касаются вас или членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

- Член домохозяйства имеет инвалидность или хроническое физическое или психическое заболевание | Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:
 - Не может заниматься работой/учебой/семейной жизнью | Unable to engage in work/school/family life
 - В некоторой степени способен участвовать в работе/учебе/семейной жизни | Somewhat able to engage in work/school/family life
 - В основном способен участвовать в работе/учебе/семейной жизни | Mostly able to engage in work/school/family life
- Родитель/опекун ребенка имеет трудности в обучении, инвалидности нет | Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability
- Насилие в семье (в прошлом или настоящем), в том числе в утробе матери | Household domestic violence (past or current), including *in utero*
- Бытовые проблемы с наркотиками/алкоголем или злоупотребление психоактивными веществами (в прошлом или в настоящее время), в том числе в утробе матери | Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including *in utero*
- Семья социально изолирована, с полным или почти полным отсутствием контактов с другими людьми. | Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others
- Родитель/опекун беспокоится о том, чтобы получить или сохранить работу | Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job
- Семья имеет юридические проблемы | Family has legal concerns
- У ребенка есть член семьи, который посещал индийскую школу-интернат | Child has a family member who attended Indian Boarding School
- Родитель/опекун ребенка является мигрантом или сезонным рабочим, более половины дохода семьи которого приходится на сельскохозяйственные работы | Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work
- Родитель и ребенок переехали, чтобы заниматься традиционной культурной практикой или работать (сезонно или временно в сельском хозяйстве или рыболовстве) | Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)
- Недавний иммигрант/беженец (последние 5 лет) | Recent immigrant/refugee (past 5 years)
- Родитель/опекун ребенка находится в заключении | Child's parent/guardian is incarcerated
- Потеря родителя (смерть, оставление или депортация) | Loss of a parent (death, abandonment, or deportation)
- Родители/опекуны ребенка развелись или разделились в течение жизни ребенка | Child's parents/guardians divorced or separated during child's life
- Семья, ранее бездомная (за последние 12 месяцев) | Family previously homeless (in the last 12 months)
- Семейные заботы о жилье | Family concerns with housing

Child's First Name:

Child's Last Name:

Жилье семьи | Family Living Situation

Получает ли данное домохозяйство жилищные субсидии, такие как жилищный ваучер или финансовая помощь с оплатой жилья? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? Да | Yes Нет | No

Где в настоящее время проживает ваша семья? Закон Мак-Кинни-Венто (McKinney-Vento Act) предусматривает предоставление услуг и помощи детям и молодежи, которые являются бездомными. Ваши ответы могут помочь нам определить, на какие услуги имеет право ваш ребенок. | 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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Собственное жилье Own | <input type="checkbox"/> В чужом доме или квартире вместе с другой семьей (выберите один вариант ниже) In someone else's house or apartment with another family (select one option below): |
| <input type="checkbox"/> Съемное жилье Rent | |
| <input type="checkbox"/> Военные – ждут постоянного жилья Military – waiting for permanent housing | <input type="checkbox"/> По собственному выбору (например, чтобы разделить обязанности, быть ближе к семье и т. д.) By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Мотель In a motel | <input type="checkbox"/> в связи с потерей жилья, экономическими проблемами или по аналогичной причине Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason |
| <input type="checkbox"/> Приют In a shelter | <input type="checkbox"/> Временное жилье Transitional Housing |
| <input type="checkbox"/> Машина, парк, кемпинг или аналогичное место A car, park, campsite, or similar location | <input type="checkbox"/> Переезжаем из одного места в другое / живем там, где предложат Moving from place to place/couch surfing |
| | <input type="checkbox"/> В жилье с недостатком удобств (отсутствие воды, отопления, электричества) In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity) |
| <input type="checkbox"/> Другое. Укажите Other – Please describe: | |

Доходы и размер семьи | Family Income and Family Size

Отметьте все подходящие варианты, если вы, ребенок или другой человек, проживающий в вашем доме и связанный с вами кровными узами, в результате брака или усыновления/удочерения, получаете следующие типы социального обеспечения. | 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:

- Кто получает SSI по инвалидности | SSI for disability received by: ребенок | Child родитель/опекун | Parent/Guardian
- другое лицо. Укажите, кем приходится ребенку | Other – Relationship to child:
- Субсидии по программе Temporary Assistance for Needy Families (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям, или TANF). | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash
- SNAP

Если ваша семья получает указанные ниже выплаты, отметьте, какие именно | Check all that apply if your family receives the following:

- Только для детей TANF | Child-only TANF WorkFirst Субсидии в рамках Working Connections | Working Connections Child Care subsidy WIC

На эту программу вас направило агентство? | Were you referred to this program by an agency?

- да - имя | Yes - Name: Нет | No

Child's First Name:	Child's Last Name:
---------------------	--------------------

Пожалуйста, перечислите всех людей, проживающих в основном домохозяйстве этого ребенка. | Please list all people living in this child's primary household.

Имя и фамилия Name (First and Last)	Дата рождения (месяц/число/год) Birthdate (month/day/year)	Кем приходится ребенку Relationship to child	Оказываете ли вы финансовую помощь этому человеку? Do you financially support this person?	Связан ли этот человек с вами кровными узами, в результате брака или усыновления/удочерения? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No
			<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No	<input type="checkbox"/> Да Yes <input type="checkbox"/> Нет No

Сколько всего членов семьи проживают в вашем доме, включая вас и этого ребенка? | What is the total number of family members living in your home, including yourself and this child?

Укажите общий предполагаемый доход домохозяйства за последний календарный год или последние 12 месяцев? | What is your total estimated household income for the last calendar year or the last 12 months?

Я подтверждаю, что приведенная в этой форме информация является достоверной и правильной. Мной указаны все мои доходы, а также вся информация о размере семьи согласно требованиям программ обучения детей младшего возраста. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений моя семья не сможет получать дальнейшие услуги в рамках программы. Кроме того, если мой ребенок участвует в программе ECEAP, мне, возможно, придется уплатить сумму, потраченную на моего ребенка.

Я понимаю, что указанная в данном заявлении информация вносится в различные базы данных программ обучения детей младшего возраста, которые ведутся Департаментом по вопросам детей, молодежи и семьи (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) и Отделом образовательных услуг округа Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD). DCYF и PSESD стремятся защищать конфиденциальную и личную информацию, с помощью которой можно установить личность ребенка или членов семьи. Никакая информация, связанная с иммиграционным статусом, не вносится в базы данных и не передается властям штата или федеральным органам. Внесенная в базы данных информация может использоваться для следующих целей:

- Научные исследования для определения того, помогает ли участие в программе обучения детей младшего возраста в их дальнейшей жизни.
- Подтверждение того, что штат Washington тратит некоторые собственные средства на программы, предназначенные семьям. Это необходимо для получения субсидий федерального правительства в рамках Temporary Assistance for Needy Families (Программы оказания временной помощи нуждающимся семьям).

I promise that the information on this form is true and correct. I have reported 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.

Подпись родителя или опекуна | Parent/Guardian Signature _____

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

<p>*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.</p> <p>Reviewed and received verbal verification on (date): _____ Staff Initials: _____</p> <p>(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)</p>	
---	--

PSESD Early Learning Staff Only			
<p>Section 1: Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer</p>			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	
<p>EHS Only - Is this child a newborn taking a pregnancy slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, pregnant participant's name: _____</p>			
<p>Section 2: For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.</p>			
<input type="checkbox"/> Childcare resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	<input type="checkbox"/> Other:	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate		
Staff Name & Signature: _____			Date: _____

