

**Заявка на участь у програмі раннього розвитку,
2023–2024 рік**
Early Learning Application 2023-2024

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

Загальні відомості про дитину | Child Information – General

Ім'я First Name:	Друге ім'я / ім'я по батькові Middle Initial:
Прізвище Last Name:	Ім'я, якому віддається перевага Preferred Name:
Дата народження (місяць/день/рік) Date of Birth (month/day/year):	

Стать Gender: <input type="checkbox"/> Ч М <input type="checkbox"/> Ж F	Гендерна ідентичність (необов'язково) Gender Identity (optional):
Бажані займенники (необов'язково) Preferred Pronouns (optional):	

Якою мовою дитина розмовляє вдома? What is this child's home language?	Друга мова 2nd language:
Друга мова This child speaks: <input type="checkbox"/> Лише англійською Only English <input type="checkbox"/> Переважно англійською та іншою мовою Mostly English and another language <input type="checkbox"/> Однаково вільно англійською й іншою мовою (двомовна дитина) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> *Трохи англійською, але переважно іншою мовою *Some English, but mostly another language <input type="checkbox"/> *Тільки іншою мовою, не англійською *Only a language other than English

Ця дитина представник іспаномовних американців / латиноамериканців? Is this child Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	
Яка расова приналежність дитини? Позначте всі відповіді, що підходять. What is this child's race? Check all that apply.	
<input type="checkbox"/> Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black <input type="checkbox"/> Азіати Asian <input type="checkbox"/> Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian	<input type="checkbox"/> Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Білі White <input type="checkbox"/> Не вказано вище Not listed above:
До якої етнічної групи / племені / країни походження належить ваша сім'я? What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
Чи є ця дитина частиною племені за членством або за походженням? Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage? <input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	

Чи брала ця дитина раніше участь у наведених нижче програмах? Позначте лише те, що стосується нещодавнього минулого. Has this child been previously enrolled in these programs? Only check the most recent.		
<input type="checkbox"/> Немає None <input type="checkbox"/> Рання підтримка немовлят і дітей раннього віку (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE або будь-яке раннє втручання від народження до трьох років Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	<input type="checkbox"/> Програми Head Start / Early Head Start / Early Childhood Education and Assistance Program / Early ECEAP в окрузі King або Pierce штату Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State <input type="checkbox"/> Програма Head Start / Early Head Start / ECEAP/ Early ECEAP в іншому окрузі штату Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County	<input type="checkbox"/> Програма Head Start для мігрантів і сезонних працівників будь-де в штаті Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
Коли ця дитина востаннє брала участь у програмі? When did this child last attend?		Назва та розташування програми Name and location of program:
Чи має ця дитина зараз право на участь у програмі за місцем проживання? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? <input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No		
Чи є ця дитина братом або сестрою дитини, яка зараз бере участь у програмі, на яку ви подаєте заявку? Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? <input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No		

Child's First Name:

Child's Last Name:

Питання нижче наведено лише для довідки. Якщо ви відповісте «Так», це не вплине на ваше право на участь у програмі. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

Чи перебуває ця дитина офіційно під опікою прийомної сім'ї або родичів із наданням опікунам фінансової допомоги? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? Так | Yes Ні | No

Якщо так, укажіть номер справи чи ідентифікаційний номер клієнта? | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

Яка сума щомісячної фінансової допомоги/виплати та її джерело? | What is the monthly grant/payment amount and source? \$

DSHS SSI
 Плем'я | Tribe
 Інше | Other

Кількість дітей, які отримують фінансову допомогу | # of children covered by grant amount:

Чи мешкає ця дитина з родичами без отримання фінансової допомоги? | Is this child in kinship care without a grant amount? Так | Yes Ні | No

Чи була ця дитина всиновлена після перебування під опікою в прийомній сім'ї чи в родичів або в дитячому будинку іншої країни? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? Так | Yes Ні | No

Чи возз'єдналася ця дитина нещодавно з одним із батьків (обома батьками) після перебування під опікою в прийомній сім'ї чи в родичів? | Was this child reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? Так | Yes Ні | No

Чи користується ваша сім'я зараз послугами/підтримкою Служби захисту дітей (CPS), Служби аналізу ситуації в сім'ї (FAR), Служби соціального забезпечення дітей індіанців (ICW), інших подібних служб племені або правоохоронних/судових органів? | 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? Так | Yes Ні | No

Чи користувалася ваша сім'я в минулому послугами/підтримкою CPS/FAR/ICW, інших подібних служб племені або правоохоронних/судових органів? | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Так | Yes Ні | No

Чи схвалено для вашої сім'ї зараз допомогу з доглядом за дитиною від CPS або FAR? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?

Так. — Скільки годин на тиждень схвалено? | Yes – How many approved hours per week?

Ні | No

Чи була ця дитина раніше виключена з програм раннього розвитку через проблеми з поведінкою? | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? Так | Yes Ні | No

Відомості про стан здоров'я дитини | Child Information – Health

Чи є у цієї дитини медична страховка? | Does this child have medical insurance? Так | Yes Ні | No

Якщо так, укажіть тип | If yes, what type?

Washington Apple Health/ProviderOne

Приватне страхування | Private Insurance

Страхування племені | Tribal

Військове медичне страхування | Military Medical Coverage

Чи є у цієї дитини свій лікар або поліклініка? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?

Так. — Назва клініки / постачальника медичних послуг | Yes - Name of clinic/provider:

Ні | No

Ім'я та прізвище лікаря | Name of medical professional:

Чи проходила ця дитина медичний огляд протягом останніх 12 місяців? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?

Так. — Дата останнього огляду (місяць/день/рік) | Yes – Date of last exam (month/day/year):

Ні | No

Дата невідома | Date Unknown

Чи є у цієї дитини страховка на стоматологічне обслуговування? | Does this child have dental insurance? Так | Yes Ні | No

Якщо так, укажіть тип | If yes, what type?

Washington Apple Health/ProviderOne

Приватне страхування | Private Insurance

Страхування племені | Tribal

ABCD

Військове медичне страхування | Military Medical Coverage

Чи є у цієї дитини свій стоматолог або стоматологічна клініка? | Does this child have a regular dentist or dental clinic?

Так. — Назва клініки / постачальника медичних послуг | Yes - Name of clinic/provider:

Ні | No

Ім'я та прізвище стоматолога | Name of dental professional:

Чи проходила ця дитина стоматологічний огляд протягом останніх 6 місяців? | Did this child have dental exam within the last 6 months?

Так. — Дата останнього огляду (місяць/день/рік) | Yes – Date of last exam (month/day/year):

Ні | No

Дата невідома | Date Unknown



Child's First Name:

Child's Last Name:

Який статус вакцинації вашої дитини? | What is your child's immunization status?

- Повністю вакцинована | Fully immunized Звільнена | Exempt Неповністю вакцинована або звільнена | Not fully immunized or exempt Не маю точних відомостей | Not sure

Чи є у цієї дитини хронічне захворювання (наприклад, психічний розлад, астма, рак, діабет, судоми, синдром дефіциту уваги й гіперактивності (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD), аутизм, розщеплення хребта, серпоподібноклітинна анемія чи небезпечна для життя алергія)? | 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)?

Так. — Укажіть | Yes – Please describe:

Перебіг захворювання | The health condition is considered:

Важкий | Severe Помірний | Moderate Легкий | Mild

Ні | No

Це захворювання діагностував постачальник медичних послуг? | Has a Health Care Provider diagnosed this condition? Так | Yes Ні | No

Відомості про розвиток дитини | Child Information - Development

Чи є у вас занепокоєння щодо стану здоров'я цієї дитини? | Do you have concerns about this child's health?

Так. — Виберіть всі відповіді нижче, що підходять. | Yes – check all that apply below Ні | No

- Низька вага після народження (менше 2,5 кг (5,5 фунта / 5 фунтів 8 унцій)) | Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.) Народження на менше ніж 37-му тижні вагітності | Preterm birth less than 37 weeks Наркотична/алкогольна залежність | Drug/alcohol affected
- Слух | Hearing Дрібна моторика / велика моторика | Fine motor/gross motor Зубний біль / карієс / кровоточиві ясна | Tooth pain/decay/bleeding gums
- Зір | Vision

Харчова непереносимість / спеціальний режим харчування - Опишіть | Food intolerance/special diet – Please describe:

Чи дитина зараз навчається за індивідуальним освітнім планом (Individual Education Plan, IEP) або за індивідуальним планом сімейного супроводу (Individual Family Service Plan, IFSP)? | Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

Так. — Надайте копію разом із вашою заявою. | Yes – Please provide a copy with your application.

Ні. — Виберіть відповідь нижче, якщо вона підходить. | No – Check if any of these apply:

Моя дитина пройшла оцінку, і було визначено, що вона має право на IEP, але ми відмовилися від послуг. | My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we declined services.

Моя дитина мала IFSP у минулому, але не переходила на IEP у шкільному окрузі. | My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.

Моїй дитині діагностовано затримку в розвитку або обмежені можливості розвитку, вона не має IEP, або її направили на обстеження. | My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.

У моєї дитини підозрюють затримку розвитку або обмежені можливості розвитку. | My child has a suspected developmental delay or disability.

Мене турбує розвиток моєї дитини. | I have concerns about my child's development.

Відомості про батьків/опікунів | Parent/Guardian Information

Ця дитина проживає з | This child lives with:

- Одним із батьків / опікуном (вказіть відомості про одного з батьків / опікуна 1) | One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)
- Двома батьками/опікунами в одному домогосподарстві (вказіть відомості про батьків/опікунів 1 і 2) | Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)
- Двома батьками/опікунами в одному домогосподарстві (вказіть відомості про батьків/опікунів 1 і 2) | Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

Child's First Name:

Child's Last Name:

	Один з батьків / опікун 1 Parent/Guardian 1	Один з батьків / опікун 2 Parent/Guardian 2
Ім'я та прізвище Name		
Ким доводиться дитині Relationship to child	<input type="checkbox"/> Біологічний батько/мати / усиновлювач / вітчим/мачуха Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Приймний батько/мати Foster Parent <input type="checkbox"/> Дідусь/бабуся Grandparent <input type="checkbox"/> Тітка/дядько Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Інше Other:	<input type="checkbox"/> Біологічний батько/мати / усиновлювач / вітчим/мачуха Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Приймний батько/мати Foster Parent <input type="checkbox"/> Дідусь/бабуся Grandparent <input type="checkbox"/> Тітка/дядько Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Інше Other:
Стать Gender	<input type="checkbox"/> Ч М <input type="checkbox"/> Ж F	<input type="checkbox"/> Ч М <input type="checkbox"/> Ж F
Гендерна ідентичність (необов'язково) Gender Identity (optional)		
Бажані займенники (необов'язково) Preferred Pronouns (optional)		
Дата народження (місяць/день/рік) Date of Birth (month/day/year)		
Адреса (вказати місто, штат, поштовий індекс) Address (include City, State, Zip)		
Телефон Phone	<input type="checkbox"/> Домашній Home <input type="checkbox"/> Мобільний Cell <input type="checkbox"/> Робочий Work	<input type="checkbox"/> Домашній Home <input type="checkbox"/> Мобільний Cell <input type="checkbox"/> Робочий Work
Додатковий телефон Alternate Phone	<input type="checkbox"/> Домашній Home <input type="checkbox"/> Мобільний Cell <input type="checkbox"/> Робочий Work	<input type="checkbox"/> Домашній Home <input type="checkbox"/> Мобільний Cell <input type="checkbox"/> Робочий Work
Адреса електронної пошти Email		
Вам було менше 18 років, коли народилася ця дитина? Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No <input type="checkbox"/> Н/Д N/A	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No <input type="checkbox"/> Н/Д N/A
Якою мовою (мовами) ви розмовляєте? What language(s) do you speak?		
Вам потрібен перекладач цієї мови? Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
Ви латиноамериканець/латиноамериканець? Are you Hispanic/Latino?	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No

Child's First Name:

Child's Last Name:

<p>Яка ваша расова приналежність? Позначте всі відповіді, що підходять. What is your race? Check all that apply.</p>	<p><input type="checkbox"/> Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black</p> <p><input type="checkbox"/> Азіати Asian</p> <p><input type="checkbox"/> Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian</p> <p><input type="checkbox"/> Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander</p> <p><input type="checkbox"/> Білі White</p> <p><input type="checkbox"/> Не вказано вище Not listed above:</p>	<p><input type="checkbox"/> Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black</p> <p><input type="checkbox"/> Азіати Asian</p> <p><input type="checkbox"/> Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian</p> <p><input type="checkbox"/> Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander</p> <p><input type="checkbox"/> Білі White</p> <p><input type="checkbox"/> Не вказано вище Not listed above:</p>
<p>Який найвищий рівень освіти ви здобули? What is the highest level of education you completed?</p>	<p><input type="checkbox"/> 6-й клас або менше 6th grade or less</p> <p><input type="checkbox"/> 7–12-й клас, немає атестата або сертифіката за тестами загального освітнього рівня (GED) 7th to 12th grade, no diploma or GED</p> <p><input type="checkbox"/> Атестат про середню освіту High school diploma</p> <p><input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> Навчання в коледжі / поглиблений курс навчання Some college/advanced training</p> <p><input type="checkbox"/> Диплом коледжу / про професійну освіту College/professional certificate</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь асистента Associate degree</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра Bachelor's degree</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь магістра або доктора наук Master's or doctorate degree</p> <p><input type="checkbox"/> Немає None</p>	<p><input type="checkbox"/> 6-й клас або менше 6th grade or less</p> <p><input type="checkbox"/> 7–12-й клас, немає атестата або сертифіката за тестами загального освітнього рівня (GED) 7th to 12th grade, no diploma or GED</p> <p><input type="checkbox"/> Атестат про середню освіту High school diploma</p> <p><input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> Навчання в коледжі / поглиблений курс навчання Some college/advanced training</p> <p><input type="checkbox"/> Диплом коледжу / про професійну освіту College/professional certificate</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь асистента Associate degree</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра Bachelor's degree</p> <p><input type="checkbox"/> Ступінь магістра або доктора наук Master's or doctorate degree</p> <p><input type="checkbox"/> Немає None</p>
<p>Ви зараз працюєте? Are you currently employed?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Скільки годин на тиждень (з дорогою)? Yes – How many hours per week (including travel)?</p> <p>Ім'я/назва та номер телефону роботодавця Employer name & phone #:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p> <p><input type="checkbox"/> Ні, на пенсії або інвалід No, retired or disabled</p> <p><input type="checkbox"/> Сезонна робота Seasonal</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Скільки годин на тиждень (з дорогою)? Yes – How many hours per week (including travel)?</p> <p>Ім'я/назва та номер телефону роботодавця Employer name & phone #:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p> <p><input type="checkbox"/> Ні, на пенсії або інвалід No, retired or disabled</p> <p><input type="checkbox"/> Сезонна робота Seasonal</p>
<p>Ви зараз проходитье професійне навчання або навчання в освітній установі? Are you currently in job training or school?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Скільки годин на тиждень (включаючи час занять, час навчання, дорогу)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</p> <p>Назва школи й основна спеціальність School name & major/goal:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Скільки годин на тиждень (включаючи час занять, час навчання, дорогу)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</p> <p>Назва школи й основна спеціальність School name & major/goal:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>
<p>Чи берете ви участь у програмі WorkFirst? Are you in an approved WorkFirst activity?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Опишіть вид діяльності та кількість затверджених годин на тиждень Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>	<p><input type="checkbox"/> Так. — Опишіть вид діяльності та кількість затверджених годин на тиждень Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>
<p>Ви служите чи служили в збройних силах США? Are you or have been in the U.S. military?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так, я військовослужбовець Yes, current service member</p> <p><input type="checkbox"/> Так, я зараз служу або служив (служила) протягом останніх 12 місяців / загалом 19 місяців Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</p> <p><input type="checkbox"/> Так, я ветеран Yes, veteran</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>	<p><input type="checkbox"/> Так, я військовослужбовець Yes, current service member</p> <p><input type="checkbox"/> Так, я зараз служу або служив (служила) протягом останніх 12 місяців / загалом 19 місяців Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</p> <p><input type="checkbox"/> Так, я ветеран Yes, veteran</p> <p><input type="checkbox"/> Ні No</p>

Child's First Name:

Child's Last Name:

Проблеми сім'ї | Family Concerns

Будь ласка, позначте проблеми, які виникають у вас / вашої сім'ї у домогосподарстві. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

- | | | |
|---|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Член сім'ї має інвалідність або хронічне фізичне чи психічне захворювання та Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> нездатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Unable to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> певною мірою здатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Somewhat able to engage in work/school/ family life <input type="checkbox"/> здебільшого здатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Mostly able to engage in work/school/family life <p><input type="checkbox"/> Один з батьків / опікун дитини має труднощі з навчанням (не є інвалідом) Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability</p> <p><input type="checkbox"/> Домашнє насильство в сім'ї (у минулому або зараз), зокрема коли дитина перебувала в утробі матері Household domestic violence (past or current), including <i>in utero</i></p> <p><input type="checkbox"/> Проблеми з наркотиками/алкоголем або зловживанням психоактивними речовинами в сім'ї (у минулому або зараз), зокрема коли дитина перебувала в утробі матері Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including <i>in utero</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Сім'я соціально ізольована, повністю або практично повністю втратила контакти з іншими людьми Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others</p> <p><input type="checkbox"/> У одного з батьків / опікуна дитини є проблеми з отриманням або збереженням роботи Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job</p> <p><input type="checkbox"/> У сім'ї є юридичні проблеми Family has legal concerns</p> <p><input type="checkbox"/> У дитини є член сім'ї, який навчався у школі-інтернаті для індіанців Child has a family member who attended Indian Boarding School</p> <p><input type="checkbox"/> Один із батьків / опікун дитини є мігрантом або сезонним робітником, і сім'я отримує більше половини свого доходу від сільськогосподарських робіт Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work</p> | <p><input type="checkbox"/> Один із батьків та дитина переїхали задля участі в традиційних культурних заходах або працевлаштування (сезонного чи тимчасового в сільському господарстві чи рибальстві) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)</p> <p><input type="checkbox"/> Нещодавні іммігранти/біженці (останні 5 років) Recent immigrant/refugee (past 5 years)</p> <p><input type="checkbox"/> Один з батьків / опікун дитини ув'язнений Child's parent/guardian is incarcerated</p> <p><input type="checkbox"/> Втрата одного з батьків (смерть, відмова від дитини чи депортація) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation)</p> <p><input type="checkbox"/> Батьки/опікуни дитини розлучилися або розійшлися протягом життя дитини Child's parents/guardians divorced or separated during child's life</p> <p><input type="checkbox"/> Сім'я раніше була безпритульною (протягом останніх 12 місяців) Family previously homeless (in the last 12 months)</p> <p><input type="checkbox"/> Проблеми сім'ї із житлом Family concerns with housing</p> |
|---|---|--|

Child's First Name:

Child's Last Name:

Ситуація сім'ї із житлом | Family Living Situation

Чи отримує сім'я субсидоване житло, наприклад житловий ваучер або грошову допомогу на житло? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? Так | Yes Ні | No

Якою є поточна ситуація вашої родини з житлом? Закон МакКінні-Венто про допомогу безпритульним передбачає послуги та підтримку для дітей і молоді, які стали безпритульними. Ваші відповіді допоможуть нам визначити послуги, на які може претендувати ваша дитина. | 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.

- Власне житло** | Own
- Орендоване житло** | Rent
- Військові – чекають на постійне житло** | Military – waiting for permanent housing
- У готелі** | In a motel
- У притулку** | In a shelter
- В автомобілі, парку, кемпінгу або іншому подібному місці** | A car, park, campsite, or similar location
- Інше. — Укажіть** | Other – Please describe:
- У чужому будинку або квартирі з іншою сім'єю (виберіть один варіант нижче)** | In someone else's house or apartment with another family (select one option below):
- за власним бажанням (наприклад, щоб розділити обов'язки, бути ближче до сім'ї тощо)** | By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
 - у зв'язку із втратою житла, економічними труднощами або з подібних причин** | Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason
- Тимчасове житло** | Transitional Housing
- Переїжджаємо з місця на місце / живемо в різних людей** | Moving from place to place/couch surfing
- У житлі з поганими умовами (немає води, тепла, електропостачання)** | In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

Дохід і розмір сім'ї | Family Income and Family Size

Позначте всі відповіді, що підходять, якщо ви, ця дитина або інша особа, що проживає у вашому будинку і є вашим родичем, чоловіком/дружиною або усиновленою дитиною, отримуєте наведені нижче види державної допомоги. | 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:

- Допомога SSI за інвалідністю, яку отримує** | SSI for disability received by: **дитина** | Child **один із батьків / опікун** | Parent/Guardian
- інше (ким доводиться дитині)** | Other – Relationship to child:
- Грошова допомога за програмою тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF)** | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash
- Допомога на харчування (SNAP)** | SNAP

Позначте всі відповіді, що підходять, якщо ваша сім'я отримує наведені нижче види допомоги. | Check all that apply if your family receives the following:

- Допомога TANF лише для дитини** | Child-only TANF **WorkFirst** **Субсидія програми Working Connections Child Care (Допомога з оплатою догляду за дитиною)** | Working Connections Child Care subsidy **WIC**

Чи направила вас в цю програму певна служба? | Were you referred to this program by an agency?

Так. — Назва | Yes - Name:

Ні | No

Будь ласка, перелічіть усіх людей, які живуть у основному домогосподарстві цієї дитини. | Please list all people living in this child's primary household.

Ім'я та прізвище Name (First and Last)	Дата народження (місяць/день/рік) Birthdate (month/day/year)	Ким доводиться дитині Relationship to child	Чи надаєте ви фінансову підтримку цій людині? Do you financially support this person?	Чи є ця людина вашим кривним родичем, родичем за шлюбом чи всиновленням? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No

Child's First Name:

Child's Last Name:

Будь ласка, перелічіть усіх людей, які живуть у основному домогосподарстві цієї дитини. | Please list all people living in this child's primary household.

Ім'я та прізвище Name (First and Last)	Дата народження (місяць/день/рік) Birthdate (month/day/year)	Ким доводиться дитині Relationship to child	Чи надаєте ви фінансову підтримку цій людині? Do you financially support this person?	Чи є ця людина вашим кровним родичем, родичем за шлюбом чи всиновленням? Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No
			<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No	<input type="checkbox"/> Так Yes <input type="checkbox"/> Ні No

Яка загальна кількість членів родини, що проживають у вашому домі, включно з вами та цією дитиною? | What is the total number of family members living in your home, including yourself and this child?

Який загальний дохід вашого домогосподарства за останній календарний рік або останні 12 місяців? | What is your total estimated household income for the last calendar year or the last 12 months?

Я підтверджую, що інформація, надана в цій формі, є достовірною та точною. Я повідомив (повідомила) про всі свої доходи та розмір сім'ї, як цього вимагають програми раннього розвитку. Я розумію, що, якщо я свідомо надаю неправдиву інформацію, моя сім'я може бути позбавлена можливості користуватися послугами програми. Крім того, якщо моя дитина буде зарахована до програми ECEAP, мені, можливо, доведеться повернути суму, витрачену на мою дитину.

Я розумію, що інформація з цієї заявки вноситься до різних баз даних програм раннього розвитку, якими керують Департамент у справах дітей, молоді та сім'ї (Department of Children, Youth and Families, DCYF) та освітній округ Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD). DCYF та PSESD зобов'язуються захищати конфіденційні та особисті дані, які можуть ідентифікувати дитину чи сім'ю. До баз даних не вноситься інформація, пов'язана з імміграційним статусом, і ці відомості не передаються державним або федеральним органам. Інформація в базах даних може бути використана в зазначених нижче цілях.

- Наукові дослідження, що визначають користь участі в програмах раннього розвитку для дітей у подальшому житті
- Підтвердження того, що штат Washington витрачає частину власних коштів на програми для сімей, що необхідно для отримання від федерального уряду коштів за програмою тимчасової допомоги для нужденних сімей

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.

Підпис одного з батьків або опікуна | Parent/Guardian Signature _____

Дата | 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)

PSESD Early Learning Staff Only

Section 1: Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer

Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	

EHS Only - Is this child a newborn taking a pregnancy slot? Yes No If yes, pregnant participant's name:

Section 2: For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.

- | | | |
|---|---|--|
| <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:**

