

2024-2023 اولیه تعلیم درخواست
Early Learning Application 2023-2024

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

مشخصات طفل - عمومی | Child Information - General

Middle Initial نام میانی	First Name نام
Preferred Name نام ترجیحی	Last Name نام خانوادگی
Date of Birth (month/day/year) تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	
Gender جنسیت <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر	
Gender Identity (optional) هویت جنسیتی (اختیاری)	
Preferred pronouns (optional) ضمائر ترجیحی (اختیاری)	

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

No خیر <input type="checkbox"/>	Yes بله <input type="checkbox"/>	Is this child Hispanic/Latino? آیا این طفل به زبان اسپانیایی/لاتین گپ میزند؟
What is this child's race? Check all that apply. نژاد این طفل چیست؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید.		
<input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black	<input type="checkbox"/> آسیایی Asian
<input type="checkbox"/> سفید پوست White	<input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian	
<input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above		

What is your family's heritage/tribe/country of origin? میراث/قبیله/کشور اصلی شما چیست و کجا می باشد؟	
No خیر <input type="checkbox"/>	Yes بله <input type="checkbox"/>
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?	

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.	
<input type="checkbox"/> مهاجرت/ Head Start در هر نقطه از ایالت Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State	<input type="checkbox"/> پروگرام/ Head Start/Early Head Start در دوران طفلی اولیه در منطقه King یا ایالت Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State
<input type="checkbox"/> پروگرام/ Head Start/Early Head Start در دوران طفلی اولیه در منطقه دیگری از ایالت Washington Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County	<input type="checkbox"/> خیر None
نام و محل پروگرام Name and location of program	
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	
آخرین مراجعه این طفل چه زمانی می باشد؟ When did this child last attend?	
No خیر <input type="checkbox"/>	Yes بله <input type="checkbox"/>
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?	
No خیر <input type="checkbox"/>	Yes بله <input type="checkbox"/>
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?	

نام خانوادگی طفل:	نام طفل:
-------------------	----------

The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.	
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?
عایدات تضمینی تکمیلی <input type="checkbox"/> اداره خدمات بهداشتی و اجتماعی <input type="checkbox"/> قبیله <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	مبلغ کمک هزینه /پرداختی ماهانه جقدر 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
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	آیا این طفل تحت سرپرستی خیشاوندی بدون مبلغ کمک هزینه می باشد؟ Is this child in kinship care without a grant amount?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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? No خیر <input type="checkbox"/>
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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?

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

No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	آیا طفل بیمه درمانی دارد؟ Does this child have medical insurance? در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ Washington Apple Health/ProviderOne بیمه خصوصی Private Insurance Tribal پوشش درمانی نظامی Military Medical Coverage If yes, what type?
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	آیا این طفل به طور متداول به داکتر یا کلینیک طبی مختصی 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 No خیر <input type="checkbox"/>
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	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 No خیر <input type="checkbox"/>

نام خانوادگی طفل:	نام طفل:
-------------------	----------

آیا این طفل بیمه دندانپزشکی دارد؟ Does this child have medical insurance? در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ If yes, what type? Washington Apple Health/ProviderOne بیمه خصوصی Private Insurance بله Yes خیر No	آیا این طفل به طور متداول به دندانپزشک یا کلینیک دندانپزشکی مختصی 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 متخصص دندانپزشک Name of medical professional خیر No
آیا این طفل در 6 ماه اخیر معاینه دندانپزشکی داشته است؟ Did this child have dental exam within the last 6 months? 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? به طور کامل ایمن سازی شده، Fully immunized معاف Exempt به طور کامل ایمن سازی نشده یا معاف Not fully immunized or exempt 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 خیر No آیا ارائه دهنده مراقبت های طبی این بیماری را تشخیص داده است؟ Has a Health Care Provider diagnosed this condition? بله Yes خیر No
--

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		
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.) شنوایی Hearing بینایی Vision	زایمان زود هنگام کمتر از 37 هفته Preterm birth less than 37 weeks مهارتهای حرکتی درشت/ظریف Fine motor/gross motor	تحت تاثیر الکل/دارو Drug/alcohol affected دندان درد/بوسیدگی/خونریزی لثه Tooth pain/decay/bleeding gums 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

نام خانوادگی طفل: نام طفل:

مشخصات والدین/سرپرست | Parent/Guardian Information

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

- یکی از والدین/سرپرست (قسمت 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)

	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
Name نام		
نسبت با طفل Relationship to child	<input type="checkbox"/> بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدریا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> پدر یا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent <input type="checkbox"/> پدر یا مادر بزرگ Grandparent <input type="checkbox"/> سایر موارد Other	<input type="checkbox"/> بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدریا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> پدر یا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent <input type="checkbox"/> پدر یا مادر بزرگ Grandparent <input type="checkbox"/> سایر موارد Other
Género Gender	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work
نمبر تلفون جایگزین Alternate Phone	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> No نامشخص <input type="checkbox"/> Yes خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> No نامشخص <input type="checkbox"/> Yes خیر
به چه زبان (هایی) گپ میزنید؟ What language(s) do you speak?		

نام خانوادگی طفل:		نام طفل:	
والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1
آیا برای این زبان به مترجم نیاز دارید؟ Do you need an interpreter for this language?	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>
آیا اسپانیایی/لاتینی هستید؟ Are you Hispanic/Latino?	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>
از چه نژادی می باشید؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black <input type="checkbox"/> آسیایی Asian <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> سفید پوست White <input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black <input type="checkbox"/> آسیایی Asian <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> سفید پوست White <input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی/سیاه پوست African/African American/Black <input type="checkbox"/> آسیایی Asian <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> سفید پوست White <input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above
بالاترین مقطع تحصیلی که گذرانده اید کدام می باشد؟ What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less <input type="checkbox"/> کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان High school diploma <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training <input type="checkbox"/> مدرک پوهنتونی/ فنی College/professional certificate <input type="checkbox"/> مقطع فوق دیپلم Associate degree <input type="checkbox"/> مقطع لیسانس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> خیر None	<input type="checkbox"/> کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less <input type="checkbox"/> کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان High school diploma <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training <input type="checkbox"/> مدرک پوهنتونی/ فنی College/professional certificate <input type="checkbox"/> مقطع فوق دیپلم Associate degree <input type="checkbox"/> مقطع لیسانس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> خیر None	<input type="checkbox"/> کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less <input type="checkbox"/> کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان High school diploma <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training <input type="checkbox"/> مدرک پوهنتونی/ فنی College/professional certificate <input type="checkbox"/> مقطع فوق دیپلم Associate degree <input type="checkbox"/> مقطع لیسانس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> خیر None
آیا در حال حاضر شاغل می باشید؟ Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including travel)? نام و نمبر تلفیون شاغل Employer name & phone # <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled <input type="checkbox"/> کارگر فصلی Seasonal	<input type="checkbox"/> بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including travel)? نام و نمبر تلفیون شاغل Employer name & phone # <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled <input type="checkbox"/> کارگر فصلی Seasonal	<input type="checkbox"/> بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including travel)? نام و نمبر تلفیون شاغل Employer name & phone # <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled <input type="checkbox"/> کارگر فصلی Seasonal
آیا در حال حاضر در حال تعلیمات دیدن برای کار می باشید یا در حال تحصیل می باشید؟ Are you currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> خیر No

نام خانوادگی طفل:	نام طفل:
-------------------	----------

	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?	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> خیر No
آیا شما در ارتش ایالات متحده هستید یا بوده اید؟ Are you or have been in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> بله، کهنه سرباز Yes, veteran <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> بله، کهنه سرباز Yes, veteran <input type="checkbox"/> خیر

نگرانی های خانوادگی | Family Concerns

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household. <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی نمی باشد Unable to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> تا حدودی قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Somewhat able to engage in work/school/ family life <input type="checkbox"/> عمدتاً قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Mostly able to engage in work/school/family life <input type="checkbox"/> والدین/سرپرست طفل مشکل یادگیری داشته، دارای معلولیت نمی باشد Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability <input type="checkbox"/> خشونت های خانوادگی (گذشته یا در حال حاضر)، دوران حاملگی نیز مشمول می باشد Household domestic violence (past or current), including in utero	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> فامیل نگرانی های حقوقی دارد Family has legal concerns <input type="checkbox"/> یکی از عضو فامیل طفل در مکتب شبانه روزی هندی تحصیل کرده است. Child has a family member who attended Indian Boarding School <input type="checkbox"/> والدین/ سرپرست طفل مهاجر است یا کارگر فصلی می باشد که بیش از نیمی از عایدات فامیل از کار کشاورزی تامین می شود Family previously homeless (in the last 12 months) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> مهاجر/پناهنده اخیر (5 سال گذشته) Recent immigrant/refugee (past 5 years) <input type="checkbox"/> والدین/سرپرست طفل در زندان به سر می برند Child's parent/guardian is incarcerated <input type="checkbox"/> از دست دادن والدین (مرگ، ترک طفل، یا دیپورت) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> فامیلی که قبلاً تجربه بی خانمانی داشته اند (در 12 ماه اخیر) Family previously homeless (in the last 12 months) <input type="checkbox"/> نگرانی فامیل در مورد مسکن Family concerns with housing
---	--	---

نام خانوادگی طفل: _____ نام طفل: _____

شرایط زندگی فامیل | Family Living Situation

آیا این فامیل وام یارانه 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?
 بله | Yes خیر | No

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.

نظامی - در حال انتظار برای دریافت مسکن دائمی | Military - waiting for permanent housing
 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.)
 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

مال خودم می باشد | Own
 مستاجر | Rent
 در یک هتل کوچک | In a motel
 در یک | In a shelter
 یک ماشین، پارک، مناطق کمپینگ یا مکانی مشابه این موارد | A car, park, campsite, or similar location

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

عایدات تضمینی تکمیلی برای معلولیت، دریافت شده توسط | SSI for disability received by
 سایر موارد - نسبت با طفل | Other - Relationship to child
 کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash
 SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)

در صورت دریافت موارد زیر توسط فامیل شما، تمامی مواردی را که برای شما صدق می کند را علامت بزنید | Check all that apply if your family receives the following

کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند - | WorkFirst
 کمک مالی به منظور مراقبت از طفل | Working Connections Child Care subsidy
 پروگرام تغذیه مکمل ویژه برای نسونان، نوزادان و طفلان | Child-only TANF

آیا توسط یک آژانس به این پروگرام مراجعه نموده اید؟ | Were you referred to this program by an agency?
 بله - نام | Yes - Name خیر | No

لطفا 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.

نام و نام خانوادگی Name (First and Last)	تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Birthdate (month/day/year)	نسبت با طفل Relationship to child	آیا از نظر مالی این فرد را حمایت می کنید؟ Do you financially support this person?	آیا این شخص با شما از طریق خون، ازدواج یا فرزند خواندگی نسبت دارد؟ Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?
			<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No
			<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No
			<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No
			<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No
			<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No

نام خانوادگی طفل:	نام طفل:
-------------------	----------

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 شخص با شما از طریق خون، ازدواج یا فرزند خواندگی نسبت دارد؟ Is this person related to you by blood, marriage, or adoption?	آیا از نظر مالی این فرد را حمایت می کنید؟ Do you financially support this person?	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 <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>			
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>			
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>			
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>			
No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>	No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/>			

مجموع افرادی که در منزل شما از جمله خودتان و این طفل زندگی می کنند چند است؟ What is the total number of family members living in your home, including yourself and this child?	مجموع افرادی که در منزل شما از جمله خودتان و این طفل زندگی می کنند چند است؟ What is your total estimated household income for the last calendar year or the last 12 months?
---	--

من قول می دهم که معلومات موجود در این فورم درست و صحیح می باشد من کل عایداتم و تعداد افراد فامیل را که برای پروگرام یادگیری اولیه نیز ملزم می باشد را راپور نموده ام. من متوجه هستم که در صورت ارائه معلومات نا صحیح به صورت آگاهانه می توانم. همچنین، اگر طفلم در پروگرام تعلیم و کمک در دوران طفلی اولیه (ECEAP) ثبت نام کرده باشد، ممکن است مجبور باشم مبلغی را که برای طفلم صرف شده است را، بازپرداخت نمایم.

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 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.

_____ Parent/Guardian Signature | امضاء والدین/سرپرست

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

***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 a newborn taking a pregnancy slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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: