

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Добро пожаловать! Просим заполнить по одному пакету документов заявления на ребёнка и приложить необходимые документы.

Право на участие в наших программах определяется возрастом ребёнка и доходами семьи, а не датой подачи вашего заявления.

Места в наших программах заканчиваются быстро, поэтому подавайте заявление как можно скорее!

Содержащаяся в вашем заявлении информация конфиденциальна и используется только для определения права вашего ребёнка на участие в наших Программах обучения детей младшего возраста (Early Learning Programs).

Мы не спрашиваем об иммиграционном статусе или статусе DSHS, не проверяем его и не сообщаем о нём.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Свяжитесь с нами, если вам нужна помощь с оформлением заявления или если у вас нет всех необходимых документов, указанных ниже.



Заявление: Заполните форму заявления ручкой с чёрными или синими чернилами.



Подтверждение дохода: Приложите копию документа, подтверждающего семейный доход.

Отметьте все подходящие варианты:

- Налоговая декларация о доходах за прошлый год
- Форма W-2 за прошлый год
- Платёжные квитанции за последние 12 месяцев
- Письма о льготах SSI/TANF за последние 12 месяцев
- Субсидия на патронатное воспитание
- Пособие на ребенка
- Письмо работодателя с указанием вашего общего совокупного дохода за последние 12 месяцев



Подтверждение размера семьи: Приложите копию документа, подтверждающего размер семьи.

Это должен быть один из следующих документов:

- Налоговая декларация о доходах за прошлый год
- Документ о съёме жилья или владении им
- Письмо о пособиях (TANF, SSI и т.д.)
- Школьные документы
- Судебный или юридический документ



Подтверждение возраста ребёнка: Приложите копию свидетельства о рождении своего ребёнка.

Это должен быть один из следующих документов:

- Свидетельство о рождении
- Паспорт/виза
- Документы об усыновлении
- Письмо о разрешении на патронатное воспитание
- Справка о прививках
- ДОС или журнал исполнения родительских обязанностей по месту жительства



Подтверждение официальной опеки: Приложите копию документа, подтверждающего, что вы являетесь официальным опекуном.

Это должен быть один из следующих документов:

- Свидетельство о рождении
- Паспорт/виза
- Документы об усыновлении
- Документ о патронатном воспитании
- Письменное соглашение, на котором стоят дата и подпись родителя и лица, принимающего на себя обязанности опекуна

- Не забудьте включить в документы свидетельство о доходах. Без этой информации мы не сможем рассмотреть ваше заявление.
- Если вы получите другие виды документов, не перечисленные выше, позвоните в наш офис.
- Кроме того, было бы полезно приложить к заявлению следующие документы:
 1. Копию текущей справки о прививках вашего ребёнка
 2. Текущую IFSP/IEP, если это применимо
 3. Результаты последнего профилактического обследования ребёнка
 4. Результаты последнего стоматологического обследования ребёнка

Верните оформленное заявление и документы:

Адрес:

Номер телефона:

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Сведения о ребенке – общие

Имя:	Инициал второго имени:	Фамилия:
Дата рождения (месяц/число/год):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
На каком языке говорят в доме ребёнка?	2-й язык:	
Является ли ваш ребёнок испаноговорящим или латиноамериканцем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
К какой расе принадлежит ваш ребёнок? Отметьте все подходящие варианты:		
<input type="checkbox"/> Афроамериканец/чёрный	<input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских или Тихоокеанских островов	
<input type="checkbox"/> Азиат	<input type="checkbox"/> Белый	
<input type="checkbox"/> Уроженец Аляски/коренной американец/американский индеец	<input type="checkbox"/> Не указано выше: _____	
Каковы национальные корни/племя/страна происхождения вашей семьи?		
Посещал ли ваш ребёнок ранее любую из этих программ? Отметьте только самые последние :		
<input type="checkbox"/> Никакие	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP в данном центре	<input type="checkbox"/> Migrant/Seasonal Head Start (Начало для мигрантов/сезонных работников) в любом месте штата Вашингтон
<input type="checkbox"/> Любую программу Birth-to-Three Home Visiting (Посещение на дому детей в возрасте до трёх лет)	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP в другом центре	
<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (Обучение новорожденных и младенцев, или ESIT)		
Когда вы посещали её в последний раз? _____ Название и местонахождение программы: _____		
Участвует ли данный ребёнок в каких-нибудь играх типа community slot в этом центре? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Участвует ли брат или сестра данного ребёнка в каких-нибудь играх типа community slot в этом центре? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Приведённые ниже вопросы служат только для информационных целей. Ответ «да» не повлияет на ваше право участия в программе.		
Находится ли ваш ребёнок под официальной опекой приёмных родителей или родственников с установленной суммой гранта?		
<input type="checkbox"/> Да - Не дела или идентификационный № клиента _____	<input type="checkbox"/> Нет	
Сумма и источник месячного гранта/субсидии _____	<input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Племя <input type="checkbox"/> Другое	
Число детей, охватываемых суммой гранта _____		
Находится ли ваш ребёнок под опекой родственников без установленной суммы гранта? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Был ли ваш ребёнок усыновлён после опеки приёмных родителей или родственников? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Был ли ваш ребёнок исключён из детского сада или дошкольного учреждения за своё поведение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Предоставляются ли в настоящее время вашей семье услуги в рамках указанного ниже?		
<input type="checkbox"/> Child Protective Services (CPS) <input type="checkbox"/> Family Assessment Response (FAR) <input type="checkbox"/> Indian Child Welfare (ICW)? <input type="checkbox"/> Нет		
Предоставлялись ли вашей семье услуги в рамках CPS или ICW в прошлом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Утверждён ли в настоящее время уход за детьми в вашей семье в рамках программы CPS или FAR? <input type="checkbox"/> Да – Сколько утверждено часов в неделю? _____ <input type="checkbox"/> Нет		

Сведения о здоровье и развитии ребёнка

Есть ли у данного ребенка медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, какого типа?	<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Частная страховка	<input type="checkbox"/> Племенная <input type="checkbox"/> Медицинская страховка военнослужащего
Есть ли у данного ребенка постоянный врач или клиника?			
<input type="checkbox"/> Да - Название клиники/поставщика услуг _____			<input type="checkbox"/> Нет
Фамилия медицинского работника _____			
Проходил ли данный ребёнок профилактическое обследование за последние 12 месяцев?			
<input type="checkbox"/> Да – Дата последнего обследования (месяц/число/год): _____			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дата неизвестна
Есть ли у данного ребенка стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, какого типа?	<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> Частная страховка	<input type="checkbox"/> Племенная <input type="checkbox"/> Медицинская страховка военнослужащего <input type="checkbox"/> ABCD
Есть ли у данного ребенка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Да - Название клиники/поставщика услуг _____			<input type="checkbox"/> Нет
Фамилия специалиста-стоматолога _____			

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Сведения о здоровье и развитии ребёнка (продолжение)

Проходил ли данный ребёнок стоматологическое обследование за последние 6 месяцев? <input type="checkbox"/> Да – Дата последнего обследования (месяц/число/год): _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дата неизвестна																					
Ставился ли вашему ребёнку медицинский диагноз по поводу одного или более серьёзных/хронических нарушений здоровья, таких как астма, диабет, эпилепсия, сердечная патология или опасный для жизни вид аллергии? <input type="checkbox"/> Да – Опишите: _____ <input type="checkbox"/> Нет																					
Каково положение с прививками вашего ребёнка? <input type="checkbox"/> Полностью привит <input type="checkbox"/> Освобождён <input type="checkbox"/> Не полностью привит или не освобождён																					
Вызывает ли у вас что-нибудь беспокойство по поводу здоровья вашего ребёнка? <input type="checkbox"/> Да - отметьте все применимые пункты ниже <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (менее 5,5 фунтов/5 фунтов 8 унций) <input type="checkbox"/> Влияние алкоголя/препаратов <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Мелкая моторика/крупная моторика <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Психическое здоровье - опишите: _____ <input type="checkbox"/> Зубная боль/кариес/кровоточащие десны <input type="checkbox"/> Непереносимость пищевых продуктов/специальная диета – Опишите: _____																					
Имеется ли у вашего ребёнка текущий План индивидуального обучения (Individual Education Plan, или IEP) или План индивидуального семейного обслуживания (Individual Family Service Plan, или IFSP)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , отметьте все категории IEP/IFSP и приложите копию к своему заявлению: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Аутизм</td> <td><input type="checkbox"/> Умственная отсталость</td> <td><input type="checkbox"/> Специфическое нарушение способности к обучению</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Глухота-слепота</td> <td><input type="checkbox"/> Несколько видов инвалидности</td> <td><input type="checkbox"/> Нарушение, связанное с речью/языком</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Задержка в развитии</td> <td><input type="checkbox"/> Ортопедическое нарушение</td> <td><input type="checkbox"/> Травматическое повреждение мозга</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство</td> <td><input type="checkbox"/> Другое нарушение здоровья</td> <td><input type="checkbox"/> Нарушение зрения</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нарушение слуха</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Дата начала IEP: _____ Дата окончания IEP: _____ Каким школьным округом выдан IEP? _____ Предлагается ли/доступна ли вам программа Special Ed Preschool (Специальное дошкольное обучение) или Birth-to-Three (От рождения до трёх лет)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю Если нет , есть ли у вас подозрение о том, что у вашего ребёнка имеется задержка в развитии или инвалидность? <input type="checkbox"/> Да - <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Речь/язык</td> <td><input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Поведение – Опишите: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Другое – Опишите: _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Аутизм	<input type="checkbox"/> Умственная отсталость	<input type="checkbox"/> Специфическое нарушение способности к обучению	<input type="checkbox"/> Глухота-слепота	<input type="checkbox"/> Несколько видов инвалидности	<input type="checkbox"/> Нарушение, связанное с речью/языком	<input type="checkbox"/> Задержка в развитии	<input type="checkbox"/> Ортопедическое нарушение	<input type="checkbox"/> Травматическое повреждение мозга	<input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство	<input type="checkbox"/> Другое нарушение здоровья	<input type="checkbox"/> Нарушение зрения	<input type="checkbox"/> Нарушение слуха			<input type="checkbox"/> Речь/язык	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Поведение – Опишите: _____		<input type="checkbox"/> Другое – Опишите: _____	
<input type="checkbox"/> Аутизм	<input type="checkbox"/> Умственная отсталость	<input type="checkbox"/> Специфическое нарушение способности к обучению																			
<input type="checkbox"/> Глухота-слепота	<input type="checkbox"/> Несколько видов инвалидности	<input type="checkbox"/> Нарушение, связанное с речью/языком																			
<input type="checkbox"/> Задержка в развитии	<input type="checkbox"/> Ортопедическое нарушение	<input type="checkbox"/> Травматическое повреждение мозга																			
<input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство	<input type="checkbox"/> Другое нарушение здоровья	<input type="checkbox"/> Нарушение зрения																			
<input type="checkbox"/> Нарушение слуха																					
<input type="checkbox"/> Речь/язык	<input type="checkbox"/> Нет																				
<input type="checkbox"/> Поведение – Опишите: _____																					
<input type="checkbox"/> Другое – Опишите: _____																					

Сведения о семье

	Родитель/опекун 1	Родитель/опекун 2
ФИО		
Родственная связь с ребёнком	<input type="checkbox"/> Биологическая/усыновление/неродной родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Дедушка или бабушка <input type="checkbox"/> Тётя/Дядя <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Биологическая/усыновление/неродной родитель <input type="checkbox"/> Приёмный родитель <input type="checkbox"/> Дедушка или бабушка <input type="checkbox"/> Тётя/Дядя <input type="checkbox"/> Другое _____
Пол	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Не указан	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Не указан
Дата рождения (месяц/число/год)		
Адрес		
Телефон	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий
Альтернативный телефон	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий
Электронная почта		
Было ли вам менее 18 лет, когда родился данный ребёнок?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Н/Д	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Н/Д
Вам нужен переводчик?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет На каком языке (языках) вы говорите? _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет На каком языке (языках) вы говорите? _____

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Сведения о семье (продолжение)

	Родитель/опекун 1	Родитель/опекун 2
Каков самый высокий уровень законченного вами образования?	<input type="checkbox"/> 6-й класс или менее <input type="checkbox"/> С 7-го по 12-й классы, без диплома или GED (свидетельства о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> GED (свидетельство о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Неоконченное высшее/курсы повышения квалификации <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора <input type="checkbox"/> Никакие	<input type="checkbox"/> 6-й класс или менее <input type="checkbox"/> С 7-го по 12-й классы, без диплома или GED (свидетельства о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> GED (свидетельство о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Неоконченное высшее/курсы повышения квалификации <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора <input type="checkbox"/> Никакие
Работаете ли вы в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да - Сколько часов в неделю (включая поездки)? _____ ФИО и телефон работодателя _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пенсионер/инвалид <input type="checkbox"/> Сезонный работник	<input type="checkbox"/> Да - Сколько часов в неделю (включая поездки)? _____ ФИО и телефон работодателя _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пенсионер/инвалид <input type="checkbox"/> Сезонный работник
Проходите ли вы в настоящее время профессиональное или академическое обучение?	<input type="checkbox"/> Да - Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учёбы, поездок)? _____ Название школы и специальность/цель _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да - Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учёбы, поездок)? _____ Название школы и специальность/цель _____ <input type="checkbox"/> Нет
Участвуете ли вы в утверждённых мероприятиях WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Да – опишите мероприятие и утверждённое число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да – опишите мероприятие и утверждённое число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Состоите ли вы на действительной воинской службе США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли вы военнослужащим подразделения Национальной гвардии или Воинского резерва?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли военным ветераном США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Отметьте те пункты, которые вызывают у вас беспокойство в отношении себя/членов семьи, проживающих в вашем доме:		
<input type="checkbox"/> Ранее был бездомным (за последние 12 месяцев) <input type="checkbox"/> Психическое заболевание/консультирование члена семьи, включая материнскую депрессию <input type="checkbox"/> Проблемы злоупотребления наркотиками, алкоголем или запрещёнными веществами в семье		
<input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка является инвалидом <input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка является рабочим-мигрантом <input type="checkbox"/> Социальная изоляция семьи с полным или почти полным отсутствием контакта с другими людьми		
<input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка находится в зоне боевых действий в настоящее время или недавно находился там <input type="checkbox"/> Домашнее насилие в семье (в прошлом или настоящем)		
<input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка находится в заключении		
<input type="checkbox"/> У других членов семьи нет медицинской или стоматологической страховки <input type="checkbox"/> У родителя/опекуна ребёнка есть проблемы со здоровьем <input type="checkbox"/> Получение или сохранение работы		
<input type="checkbox"/> У других членов семьи нет медицинской или стоматологической клиники <input type="checkbox"/> У родителя/опекуна ребёнка имеются трудности в обучении <input type="checkbox"/> Юридические проблемы		
<input type="checkbox"/> Проблемы с жильём <input type="checkbox"/> Недавний иммигрант/беженец (за последние 5 лет) <input type="checkbox"/> Недавняя смерть члена семьи		

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Сведения о семье (продолжение)

Ребенок проживает с:

Одним родителем/опекуном Двумя родителями/опекунами в одном доме

Двумя родителями/опекунами в двух домах – Имеется ли у одного из них статус основного официального опекуна?

Да – Кто из родителей имеет статус основного официального опекуна (укажите имя)? _____

Нет – Получает ли один из родителей пособие на ребёнка от другой семьи?

Да – Кто из родителей получает пособие на ребёнка (укажите имя)? _____

Нет

Каково общее число членов семьи, проживающих в вашем доме, включая вас и вашего ребёнка? _____

Укажите ниже число людей, проживающих в вашем доме, **не включая вас и вашего ребёнка.**

ФИО (имя и фамилия)	Дата рождения (месяц/число/год)	Родственная связь с ребёнком	Оказываете ли вы финансовую помощь этому человеку?	Является ли этот человек вашим родственником по крови, браку или усыновлению?
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Получаете ли эти типы социального обеспечения вы, ваш ребёнок или другой человек, проживающий в вашем доме и связанный с вами кровными узами, браком или приёмными отношениями? Отметьте все подходящие варианты:

- SSI по инвалидности – Кто получает? Ребёнок Родитель/опекун Другое – Родственная связь с ребёнком: _____
- Субсидии по программе Temporary Assistance for Needy Families (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям, или TANF).
- Укажите, если вы также получаете пособия в рамках: Child-only TANF WorkFirst
- Субсидии в рамках Working Connections Child Care

Каков общий предполагаемый доход домохозяйства за последний календарный год или последние 12 месяцев? _____

Получает ли данная семья жилищные субсидии, такие как жилищный ваучер или финансовую помощь с оплатой жилья? Да Нет

Каково в настоящее время положение вашей семьи с жильём? Закон Мак-Кинни-Венто (McKinney-Vento Act) предусматривает предоставление услуг и помощи детям и молодёжи, которые являются бездомными. Ваши ответы могут помочь нам определить, на какие услуги имеет право ваш ребёнок.

- Съёмное жильё Собственное жильё В мотеле В приюте Машина, парк, кемпинг или аналогичное место Временное жильё
- Переезды из одного места в другое/жизнь там, где предложат В жильё с недостатком удобств (отсутствие воды, отопления, электричества и т.д.)
- В чужом доме или квартире вместе с другой семьёй: Другое – Опишите: _____
- По своему выбору (например, копите деньги для реализации будущих планов, хотите быть ближе к семье)
 - В связи с потерей жилья, экономическими проблемами или по аналогичной причине

Как вы узнали о нашей программе? Отметьте все подходящие варианты:

Веб-сайт Мероприятие в местном сообществе Сотрудники учреждения Общественная организация / куратор (укажите фамилию): _____

СМИ Непосредственное общение Бывший родитель Другое – укажите: _____

Брошюра

Родитель/опекун, просим поставить подпись на следующей странице.

Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2019 – 2020 гг.

Я подтверждаю, что приведённая в этой форме информация является достоверной и правильной. Я сообщил(а) обо всех своих доходах и размере семьи согласно требованиям Программ Early Learning. Я понимаю, что в случае представления заведомо ложных сведений моей семье не смогут предоставляться дальнейшие услуги программы. Кроме того, если мой ребёнок зарегистрирован в ECEAP, мне, возможно, придётся уплатить сумму, потраченную на моего ребёнка.

Я понимаю, что указанная в данном заявлении информация вносится в различные базы данных Программы Early Learning, которые ведутся Департаментом по вопросам детей, молодежи и семьи (Department of Children, Youth, and Families, или DCYF) и Отделом образовательных услуг округа Пьюджет Саунд (Puget Sound Educational Service District, или PSESD). DCYF и PSESD стремятся защищать конфиденциальную и личную информацию, с помощью которой можно установить личность ребёнка или семьи. Никакая информация, связанная с иммиграционным статусом, не вносится в базы данных и не передаётся властям штата или федеральным органам. Внесённая в базы данных информация может использоваться для:

- Научных исследований для определения того, помогает ли детям участие в программе Early Learning в их дальнейшей жизни.
- Подтверждения того, что штат Вашингтон тратит некоторые собственные средства на программы, предназначенные семьям, что необходимо для получения субсидий федерального правительства в рамках Temporary Assistance for Needy Families (Программы оказания временной помощи нуждающимся семьям).

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

STAFF ONLY			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received:	
Date staff reviewed application with family:		Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):	
EHS ONLY - Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, mother's name: _____	
FOR HOMELESS FAMILIES - Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:			
<input type="checkbox"/> Child care 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: _____	