

የህጻን መረጃ - አጠቃላይ

የመጀመሪያ ስም:-	መሃከለኛ ስም (የአባት) መጀመሪያ ፊደል:-	የአያት ስም (የቤተሰብ ስም):
የትውልድ ቀን(ወር/ቀን/አመት):		ፆታ: <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ

ይህ ህጻን ቤት ውስጥ የሚናገርበት ቋንቋ ምንድን ነው? 2ኛ ቋንቋ:-

ይህ ህጻን የሚናገረው ቋንቋዎች:-	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ ብቻ	<input type="checkbox"/> በአብዛኛው እንግሊዝኛ እና ሌላ ቋንቋ	<input type="checkbox"/> የተወሰነ እንግሊዝኛ፣ አብዛኛውን ጊዜ ግን ሌላ ቋንቋ
	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ እና ሌላ ቋንቋን በተመሳሳይ ደረጃ (ባለ ሁለት ቋንቋ ተናጋሪ)	<input type="checkbox"/> ከእንግሊዝኛ ውጭ ያለ ቋንቋ ብቻ	

ይህ ህጻን ሂስፓኒክ/ላቲኖ ነው? አዎ አይደለም

የዚህ ህጻን ዘር ምንድን ነው? የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ:-

<input type="checkbox"/> አፍሪካዊ/አፍሪካ አሜሪካዊ/ጥቁር	<input type="checkbox"/> አህዌ ተወላጅ ወይም የፓስፊክ አይስላንዳዊ
<input type="checkbox"/> አስያዊ	<input type="checkbox"/> ነጭ
<input type="checkbox"/> የአላስካ ተወላጅ/የአሜሪካ ተወላጅ/አሜሪካዊ ህንድ	<input type="checkbox"/> ከላይ አልተዘረዘረም:-

የቤተሰብ ቅርስ/ነገድ/የመጡበት አገር ምንድን ነው?

ይህ ህጻን ቀደም ብሎ እነዚህን መርሃ ግብሮች ተካፍሏል? በጣም የቅርብ ጊዜውን ብቻ ይምረጡ:-

<input type="checkbox"/> ምንም	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP በኪንግ ወይም Pierce County, Washington State	<input type="checkbox"/> ስደተኛ/ ወቅታዊ Head Start በሞሽንግተን ግዛት ውስጥ በየትም ቦታ
<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) ወይም ማንኛውንም ከውልደት-እስከ-ሶስት የቤት ውስጥ ጉብኝት መርሃ ግብር	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP በሌላ የሞሽንግተን ግዛት ካውንቲ	

ይህ ህጻን ለመጨረሻ ጊዜ የተካፈለው መቼ ነበር? የመርሃ ግብሩ ስም እና አድራሻ:-

ይህ ህጻን በዚህ ጣቢያ በዚህ የማህበረሰብ ቦታ ላይ ተመዘግቧል? አዎ አይደለም

ይህ ህጻን በዚህ ጣቢያ የተመዘገበ እህት ወይም ወንድም አለው? አዎ አይደለም

ከታች ያሉት ጥያቄዎች ለመረጃ ብቻ ናቸው። “አዎ” ብለው መመለስ በመርሃግብሩ ውስጥ ያለዎትን ብቁነት ወይም ምዝገባ ላይ ተጽእኖ አያደርግም።

ይህ ህጻን የገንዘብ መጠን ስጦታ ባለው ቦታ ወቅት የማድን እንክብካቤ ወይም የቤተሰብ እንክብካቤ ውስጥ ነው? አዎ የለም

አዎ ካሉ፡ የጉዳይ ቁጥሩ ወይም የደንበኛ መለያ ቁጥር ስንት ነው?
 ወርሃዊ የገንዘብ ስጦታ/የክፍያ መጠን እና ምንጭ ምንድን ነው? \$ DSHS SSI Tribe ሌላ
 በተሰጠ መጠን የሚሸፈኑ ሌሎች ህጻናት ብዛት:-

ይህ ህጻን የተሰጠ የገንዘብ መጠን በሌለው የቤተሰብ እንክብካቤ ውስጥ ነው? አዎ አይደለም

ይህ ህጻን ከማድን እንክብካቤ ወይም ከቤተሰብ እንክብካቤ በኋላ በጉዳይ ተይዟል? አዎ አይደለም

ቤተሰብ በአሁኑ ጊዜ ከ Child Protective Services (CPS): Family Assessment Response (FAR): Indian Child Welfare (ICW) አገልግሎቶችን እያገኘ ነው? አዎ አይደለም

ቤተሰብ ባለፉት ጊዜያቶች ከ CPS/FAR/ICW አገልግሎቶችን አግኝቷል? አዎ አይደለም

ቤተሰብ ባሁኑ ጊዜ ከ CPS ወይም FAR የህጻን እንክብካቤ ተቀባይነትን አግኝቷል?
 አዎ - በሳምንት ምን ያህል የተፈቀደ ሰአት?
 የለም

ይህ ህጻን በባህሪ ችግር ምክንያት ከቅድመ ትምህርት ፕሮግራም እንዲወጣ ተጠይቆ ያውቃል? አዎ የለም

የህጻን መረጃ - ጤና

ይህ ህጻን የህክምና የመድን ሽፋን አለው? አዎ የለም
 አዎ ካሉ፣ ምን ዓይነት? Washington Apple Health/ProviderOne የግል መድን Tribal ሚሊታሪ የህክምና ሽፋን

ይህ ልጅ መደበኛ ሀኪም ወይም የህክምና ክሊኒክ አለውን?
 አዎ - የክሊኒክ/አቅራቢ ስም:- የህክምና ባለሙያ ስም:-
 የለም

ይህ ልጅ ባለፉት 12 ወራት ጊዜ ውስጥ የደህና-ህጻን ምርመራ አድርጓል?
 አዎ - የመጨረሻ ምርመራ ቀን (ወር/ቀን/አመት):-
 የለም ቀኑ አይታወቅም

የልጅዎ የክትባት ሁኔታ ምንድን ነው? ሙሉ ክትባት ነጻ በሙሉ ያልተከተበ ወይም ነጻ እርግጠኛ አይደለሁም

ይህ ልጅ የጥርስ የመድን ሽፋን አለው? አዎ የለም
 አዎ ካሉ፣ ምን ዓይነት? Washington Apple Health/ProviderOne የግል መድን Tribal ABCD ሚሊታሪ የህክምና ሽፋን

ይህ ህጻን መደበኛ የጥርስ ሀኪም ወይም የጥርስ ህክምና ክሊኒክ አለውን?
 አዎ - የክሊኒክ/አቅራቢ ስም:- የህክምና ባለሙያ ስም:-
 የለም

ይህ ህጻን ባለፉት 6 ወራት ጊዜ ውስጥ የጥርስ ህክምና ምርመራ አድርጓል?
 አዎ - የመጨረሻ ምርመራ ቀን (ወር/ቀን/አመት):-
 የለም ቀኑ አይታወቅም

ይህ ህጻን ስር የሰደደ የጤና ችግር (አስም፣ ካንሰር፣ የሰኑር በሽታ፣ የሚጥል በሽታ፣ ADHD፣ ኦቲዝም፣ በውልደት ባልጠነከረ የጀርባ አጥንት የሚመጣ ሽባነት (ስፒና ቢፊዳ)፣ የቀይ ደም ህዋስ በሽታ (ሲካል ሴል)፣ ወይም ለሕይወት አስጊ የሆነ አለርጂን ጨምሮ) እንዳለበት በጤና እንክብካቤ አቅራቢ ምርመራ ተረጋግጧል?
 አዎ - እባክዎ ይግለጹ:- የጤና ሁኔታው ደረጃ:- ከባድ መካከለኛ መጠነኛ
 የለም

የህጻን መረጃ - ዕድገት

ስለዚህ ህጻን ጤንነት ስጋቶች አለዎት? አዎ - ከታች የሚመለከቱትን ሁሉ ይምረጡ አይ

<input type="checkbox"/> ሲወለድ አነስተኛ ክብደት (ከ5.5 lbs/5 lbs 8 oz. ያነሰ)	<input type="checkbox"/> ከ37 ሳምንት የእርግዝና ጊዜ በፊት የተወለደ	<input type="checkbox"/> በአደንዛዥ ዕፅ ወይም በመጠጥ የተጠቃ(ች)
<input type="checkbox"/> መስማት	<input type="checkbox"/> ረቂቅ ጡንቻ የማንቀሳቀስ ክህሎት/ ከባድ እንቅስቃሴ ማድረግ ችሎታ	<input type="checkbox"/> የጥርስ ህመም/መቦርቦር/የድድ መድማት
<input type="checkbox"/> ማየት	<input type="checkbox"/> የምግብ አለመስማማት/የተለየ አመጋገብ - እባክዎ ይግለጹ:-	

ይህ ህጻን ያሁን ጊዜ እና የሚሰራ Individual Education Plan (IEP) ወይም Individual Family Service Plan (IFSP) አለውን?
 አዎ - እባክዎ ከማመልከቻዎ ጋር አንድ ቅጅ ያቅርቡ።
 የለም - ከእነዚህ መካከል የሚመለከተው ላይ ምልክት ያድርጉ:-
 ልጄ የዕድገት መዘግየት ወይም የአካል ጉዳት እንዳለበት በምርመራ ተረጋግጧል፤ IEP የለውም ወይም ለግምገማ እየተመራ ነው።
 ልጄ የእድገት መዘግየት ወይም አካል ጉዳት እንዳለበት ይጠረጠራል።

የወላጅ/የአሳዳጊ መረጃ

ልጁ የሚኖረው ከ:-

አንድ ወላጅ/አሳዳጊ (የወላጅ/አሳዳጊ 1 ይሙሉ)

በተመሳሳይ ቤተሰብ ውስጥ ያሉ ሁለት ወላጆች/ሞግዚቶች (የወላጅ/አሳዳጊ 1 እና 2 ይሙሉ)

በሁለት ቤተሰብ ውስጥ ያሉ ሁለት ወላጆች/ሞግዚቶች (የወላጅ/አሳዳጊ 1 እና 2 ይሙሉ)

	ወላጅ/ሞግዚት 1	ወላጅ/ሞግዚት 2
ስም		
ከልጁ ጋር ያለው ግንኙነት	<input type="checkbox"/> የተፈጥሮ/ጉዳፊቻ/የአንጅራ አባት(እናት) <input type="checkbox"/> አሳዳጊ ወላጅ <input type="checkbox"/> አክስት/አጎት <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ሌላ:-	<input type="checkbox"/> የተፈጥሮ/ጉዳፊቻ/የአንጅራ አባት(እናት) <input type="checkbox"/> አሳዳጊ ወላጅ <input type="checkbox"/> አክስት/አጎት <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ሌላ:-
ጾታ	<input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ያልተገለጸ	<input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ያልተገለጸ
የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት)		
አድራሻ		
ስልክ	<input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ	<input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ
አማራጭ ስልክ	<input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ	<input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ
ኢሜይል		
ይህ ልጅ ሲወለድ ዕድሜዎ ከ18 አመት በታች ነበር?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አግባብነት የለውም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አግባብነት የለውም
የሚናገሩት ቋንቋ(ዎች) ምንድን ነው?		
ለዚህ ቋንቋ አስተርጓሚ ያስፈልግዎታል?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
ዘርዎ ምንድን ነው? የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ	<input type="checkbox"/> አፍሪካዊ/አፍሪካ አሜሪካዊ/ጥቁር <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> የአላስካ ተወላጅ/የአሜሪካ ተወላጅ/አሜሪካዊ ህንድ <input type="checkbox"/> አሀዊ ተወላጅ ወይም የፓስፊክ አይስላንዳዊ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ከላይ አልተዘረዘረም:-	<input type="checkbox"/> አፍሪካዊ/አፍሪካ አሜሪካዊ/ጥቁር <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> የአላስካ ተወላጅ/የአሜሪካ ተወላጅ/አሜሪካዊ ህንድ <input type="checkbox"/> አሀዊ ተወላጅ ወይም የፓስፊክ አይስላንዳዊ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ከላይ አልተዘረዘረም:-
ያጠናቀቁት ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> 6ኛ ክፍል ወይም ከዚያ በታች <input type="checkbox"/> 7ኛ እስከ 12ኛ ክፍል፣ ዲፕሎማ ወይም GED ያልሆነ <input type="checkbox"/> የሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት ዲፕሎማ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> የተወሰነ የኮሌጅ/ከፍተኛ ስልጠና <input type="checkbox"/> ኮሌጅ/ የሞያ ስርተፊኬት <input type="checkbox"/> አሶቬት ዲግሪ <input type="checkbox"/> ባችለር ዲግሪ <input type="checkbox"/> ማስተርስ ወይም ዶክትሬት ዲግሪ <input type="checkbox"/> ምንም	<input type="checkbox"/> 6ኛ ክፍል ወይም ከዚያ በታች <input type="checkbox"/> 7ኛ እስከ 12ኛ ክፍል፣ ዲፕሎማ ወይም GED ያልሆነ <input type="checkbox"/> የሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት ዲፕሎማ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> የተወሰነ የኮሌጅ/ከፍተኛ ስልጠና <input type="checkbox"/> ኮሌጅ/ የሞያ ስርተፊኬት <input type="checkbox"/> አሶቬት ዲግሪ <input type="checkbox"/> ባችለር ዲግሪ <input type="checkbox"/> ማስተርስ ወይም ዶክትሬት ዲግሪ <input type="checkbox"/> ምንም

	ወላጅ/ሞግዚት 1	ወላጅ/ሞግዚት 2
ባሁኑ ጊዜ ተቀጣሪ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - በሳምንት ስንት ሰዓቶች (ጉዞን ጨምሮ)? የአሰሪ ስም እና ስልክ ቁጥር #- <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> የለም፣ ጡረተኛ ወይም አካለ ጉዳተኛ <input type="checkbox"/> ወቅታዊ	<input type="checkbox"/> አዎ - በሳምንት ስንት ሰዓቶች (ጉዞን ጨምሮ)? የአሰሪ ስም እና ስልክ ቁጥር #- <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> የለም፣ ጡረተኛ ወይም አካለ ጉዳተኛ <input type="checkbox"/> ወቅታዊ
ባሁኑ ጊዜ የስራ ስልጠና ላይ ወይስ ትምህርት ላይ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - በሳምንት ስንት ሰዓቶች (የክፍል ጊዜ፣ የጥናት ጊዜ፣ ጉዞን ጨምሮ)? የትምህርት ቤት ስም እና አቢይ/አላማ:- <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ - በሳምንት ስንት ሰዓቶች (የክፍል ጊዜ፣ የጥናት ጊዜ፣ ጉዞን ጨምሮ)? የትምህርት ቤት ስም እና አቢይ/አላማ:- <input type="checkbox"/> የለም
ተቀባይነት ያለው ስራ ቅድምያ WorkFirst እንቅስቃሴ ውስጥ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - ተግባሩን እና በሳምንት የተፈቀደውን የሰዓት ብዛት ይግለጹ:- <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ - ተግባሩን እና በሳምንት የተፈቀደውን የሰዓት ብዛት ይግለጹ:- <input type="checkbox"/> የለም
በዩናይትድ ስቴትስ የጦር ሃይል ውስጥ እያገለገሉ ነው ወይም አገልግለዋል?	<input type="checkbox"/> አዎ፣ ወቅታዊ የአገልግሎት ቁጥር <input type="checkbox"/> አዎ፣ በአሁኑ ጊዜ ግዳጅ ላይ ተሰማርቻለሁ ወይም ላለፉት 12 ወራት/ባጠቃላይ ለ19 ወራት ግዳጅ ላይ ቆይቻለሁ <input type="checkbox"/> አዎ፣ ተሰናባች ወታደር ነኝ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ፣ ወቅታዊ የአገልግሎት ቁጥር <input type="checkbox"/> አዎ፣ በአሁኑ ጊዜ ግዳጅ ላይ ተሰማርቻለሁ ወይም ላለፉት 12 ወራት/ባጠቃላይ ለ19 ወራት ግዳጅ ላይ ቆይቻለሁ <input type="checkbox"/> አዎ፣ ተሰናባች ወታደር ነኝ <input type="checkbox"/> የለም

የቤተሰብ አሳሳቢ ጉዳዮች

አባዘዎ ለአርስቦ/በቤተሰብዎ ውስጥ ላሉ ያሉትን የስጋት ቦታዎች ይምረጡ:-		
<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የአካል ጉዳት አለባቸው ወይም እጅግ በጠና የታመሙ እና:- <input type="checkbox"/> ተሳትፎ ለማድረግ አይችሉም የስራ/የት/ቤት/የቤተሰብ ሕይወት <input type="checkbox"/> በተወሰነ መጠን ተሳትፎ ለማድረግ አይችሉም የስራ/የት/ቤት/የቤተሰብ ሕይወት <input type="checkbox"/> አብዛኛውን ጊዜ ተሳትፎ ለማድረግ ይችላሉ የስራ/የት/ቤት/የቤተሰብ ሕይወት <input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የመማር ተቸግረው ነበር፣ የአካል ጉዳት የለባቸውም	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ የአእምሮ ጤና ሕመም አለባቸው የእናት ጭንቀት (ልጅ ሕመም እንዳለበት የተረጋገጠ ወይም አዋቂው የሚያጋጥማቸው ነገር) <input type="checkbox"/> የቤተሰብ የቤት ውስጥ ጥቃት (ያለፈ ወይም የአሁን) <input type="checkbox"/> የቤተሰብ የአደንዛዥ ዕል/መጠጥ ጉዳዮች ወይም ሱስ የሚያስይዙ ያለአግባብ መጠቀም (የበፊት ወይም የአሁን) <input type="checkbox"/> ቤተሰብ ማህበራዊ መገለል አለበት፣ ሙሉ በሙሉ ወይም ከሌሎች ሰዎች ጋር ሙሉ በሙሉ በሚባል ደረጃ የግንኙነት ችግር አለባቸው <input type="checkbox"/> ስራ ማግኘት ወይም ይዞ መቆየት	<input type="checkbox"/> የህግ ስጋቶች <input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ ስደተኛ ስራተኛ ነው <input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ ስደተኛ/ስደተኛ (ያለፉት 5 አመታት) <input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ እስር ላይ ነው <input type="checkbox"/> ወላጅን ማጣት (ሞት፣ ጥሎ መጥፋት፣ ወይም መጠረዝ) <input type="checkbox"/> የልጅ ወላጆች/አሳዳጊዎች የተፋቱ ናቸው ወይም በልጁ የሕይወት ዘመን ተለያይተዋል <input type="checkbox"/> ከዚህ በፊት ቤት አልባ ነበሩ (ባለፉት 12 ወራት ውስጥ) <input type="checkbox"/> ከመጠለያ ጋር የተያያዘ ስጋት

የቤተሰብ የኑሮ ሁኔታ

ይህ ቤተሰብ የቤት ድጋግ ያገኛል፣ ለምሳሌ እንደ ቤት ክፍያ ደረሰኝ ወይም ለቤት የገንዘብ እርዳታ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም ያሁኑ የቤተሰብ የመኖሪያ ሁኔታ ምንድን ነው? McKinney-Vento Act የጎዳ ተዳዳሪነት ልምድ ላላቸው ህጻናት እና ወጣቶች አገልግሎት እና እርዳታ ይሰጣል። የአርስቦ ምላሾች ልጅዎ ለማግኘት ብቁ የሆነበትን አገልግሎቶች ለመወሰን ሊረዳን ይችላል። <input type="checkbox"/> ኪራይ <input type="checkbox"/> በሞቴል ውስጥ <input type="checkbox"/> መኪና፣ መኖሪያ፣ ወይም ተመሳሳይ ቦታ <input type="checkbox"/> ከአንድ ቦታ ወደ ሌላ መንቀሳቀስ/ሰፋ ላይ ማረፊያ <input type="checkbox"/> የራስ <input type="checkbox"/> በመጠለያ ውስጥ <input type="checkbox"/> የሽግግር ቤት <input type="checkbox"/> በቂ የሆነ አቅርቦት (ውሃ፣ ሙቀት፣ ኤሌክትሪክ፣ ወዘተ የሌለው) በሌለው መኖሪያ ቤት <input type="checkbox"/> በሌላ ሰው ቤት ወይም አፓርትመንት ከሌላ ቤተሰብ ጋር:- <input type="checkbox"/> ሌላ - እባክዎ ይግለጹ:- > <input type="checkbox"/> በምርጫ (ለምሳሌ:- ገንዘብ ለመቆጠብ፣ ከቤተሰብ ጋር ለመቀራረብ፣ ወዘተ..) > <input type="checkbox"/> በቤት ማጣት፣ የኢኮኖሚ ችግር፣ ወይም ተመሳሳይ ምክንያት

Early Learning ማመልከቻ 2020-2021

የቤተሰብ ገቢ እና የቤተሰብ መጠን

እርስዎ፣ የርስዎ ልጅ፣ ወይም በቤትዎ ውስጥ የሚኖር ሌላ ሰው ከእርስዎ ጋር የሰጋ፣ የጋብቻ፣ ወይም የጉዲፊቻ ዝምድና ያለው ሰው እነዚህን አይነቶች Public Assistance የሚያገኝ ከሆነ አግባብነት ያላቸው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ፡-

SSI ለአካል ጉዳት - ማን ይቀበላል፡- ልጅ ወላጅ/ሞገዚት ሌላ - ከልጅ ጋር ያለው ግንኙነት/ዝምድና፡-

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ጥሬ ገንዘብ፡-

በተጨማሪ የሚከተሉት ያሉት መሆኑን ያረጋግጡ፡- የልጅ ብቻ TANF WorkFirst Working Connections Child Care ድጋግ

እባክዎ እርስዎን ሳይጨምር በዚህ ልጅ ተቀዳሚ ቤተሰብ ውስጥ የሚኖሩ ተጨማሪ ሰዎችን ከዚህ በታች ይዘርዝሩ፡-				
ስም (የመጀመሪያ እና የአያት)	የውልደት ቀን (ወር/ቀን/አመት)	ከልጁ ጋር ያለው ግንኙነት	ይህን ሰው በገንዘብ ይረዳታል?	ይህ ሰው በደም፣ ጋብቻ፣ ወይም የጉዲፊቻ ዝምድና አለው?
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም
			<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም

እርስዎን እና ይህን ልጅ ጨምሮ፣ በቤትዎ ውስጥ የሚኖሩት የቤተሰብ አባላት አጠቃላይ ብዛት ምን ያክል ነው?

ላለፈው የቀን መቁጠሪያ አመት ወይም ላለፉት 12 ወራት አጠቃላይ ግምታዊ የቤተሰብ ገቢ ምን ያክል ነው?

በዚህ ቅጽ ያለው መረጃ እውነት እና ትክክል መሆኑን ቃል አገባለሁ። በ Early Learning ፕሮግራም ላይ እንደሚፈለገው፣ ሁሉንም ገቢ የን እና የቤተሰብ ብዛት ሪፖርት አድርጌያለሁ። አውቄ ሀሰተኛ መረጃ ከሰጠሁ፣ ቤተሰብ የመርሀግብርን አገልግሎቶች መቀጠል እንደሚችሉ እረዳለሁ። በተጨማሪ፣ ልጄ በECEAP ከተመዘገበ፣ ልጄ ላይ የዋለውን መልኬ መክፈል እንደምችል እረዳለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ያለው መረጃ በ Department of Children, Youth, and Families (DCYF) እና Puget Sound Educational Service District (PSESD) በሚተዳደሩት በተለያዩ የ Early Learning የውሂብ ቋቶች ውስጥ እንደሚገቡ እረዳለሁ። DCYF እና PSESD አንድን ልጅ ወይም ቤተሰብ መለየት የሚያስችል ሚስጥራዊ እና የግል መረጃን ለመጠበቅ ይተጋሉ። ከሰደተኝነት ሁኔታ ጋር የተያያዘ ምንም አይነት መረጃ የውሂብ ቋቶች ውስጥ አይገባም ወይም ከክልል ወይም የፌዴራል ኤጀንሲዎች ጋር አይጋሩም። በውሂብ ቋቶች ውስጥ ያለው መረጃ ለሚከተሉት ጉዳዮች ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል፡-

- በ Early Learning መሳተፍ ህጻናትን በህይወታቸው ላይ ቆይቶ ይረዳቸው መሆኑን ለመወሰን ለምርምር ጥናቶች።
- Washington State የራሳቸውን ዶላሮች ለቤተሰቦች መርሀግብር ላይ እንደሚያውሉት ለማረጋገጥ፣ ከፌዴራል መንግስት የ Temporary Assistance for Needy Families ለማግኘት የሚያስፈልገውን።

የወላጅ/አሳዳጊ ፈርማ _____ ቀን _____

(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)

Early Learning ማመልከቻ 2020-2021

Staff Only			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	
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	<input type="checkbox"/>	
Staff Name & Signature: _____		Date: _____	

