

## معلومات عن الطفل - عامة

الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة):	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	

ما اللغة التي يتم التحدث بها في منزل الطفل؟	اللغة الثانية:
هل هذا الطفل يتحدث: <input type="checkbox"/> الإنجليزية فقط <input type="checkbox"/> الإنجليزية في أغلب الأحيان بالإضافة إلى لغة أخرى <input type="checkbox"/> يتحدث القليل من الإنجليزية، لكنه في أغلب الأحيان يتحدث لغة أخرى <input type="checkbox"/> الإنجليزية بالإضافة إلى لغة أخرى بنفس الطلاقة (يمكنه استخدام لغتين) <input type="checkbox"/> لا يتحدث إلا لغة أخرى بخلاف اللغة الإنجليزية	

هل الطفل من أصول إسبانية/لاتينية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ما هو عرق الطفل؟ يُرجى تحديد جميع الخيارات السارية:
<input type="checkbox"/> من أصول إفريقية / أمريكي من أصول إفريقية / من ذوي البشرة السمراء	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ
<input type="checkbox"/> أسوي	<input type="checkbox"/> أبيض البشرة
<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / من الأمريكيين الأصليين / من الهنود الحمر	<input type="checkbox"/> غير مذكور أعلاه:
ما تراث/قبيلة/بلد أسرتك الأصلية؟	

هل سبق لهذا الطفل حضور هذه البرامج؟ ضع علامة على الأحدث فقط:	None <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> برنامج Head Start/Early Head Start/برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP) في مركز King أو Pierce County, Washington State	<input type="checkbox"/> برنامج Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) أو أي من برامج زيارة المنازل للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من الولادة حتى العام الثالث
<input type="checkbox"/> برنامج Head Start/Early Head Start/برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP) في مقاطعة أخرى من مقاطعات ولاية واشنطن	
متى كان آخر حضور لهذا الطفل؟	اسم البرنامج وموقعه:
هل هذا الطفل مسجل في أحد الأماكن المجتمعية في هذا الموقع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل هذا الطفل له قريب مسجل حاليًا في هذا الموقع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الأسئلة الواردة أدناه للعلم فقط. لن تؤثر الإجابة «بنعم» على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج.
هل يخضع الطفل لرعاية رسمية بديلة أو رعاية أحد الأقارب بمنح مالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فما رقم الحالة أو رقم معرف العميل؟ ما قيمة المنحة/المدفوعات الشهرية ومصدرها؟ \$ عدد الأطفال الذين تشملهم قيمة المنحة:
هل الطفل تحت رعاية أحد الأقارب بدون منح مالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تم تبني الطفل بعد الرعاية البديلة أو رعاية أحد الأقارب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تتلقى أسرتك حاليًا خدمات من قبل خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)، أو قانون رعاية الطفل الهندي (ICW)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تلقت أسرتك خدمات من وكالة خدمات حماية الطفل (CPS) / استجابة تقييم الأسرة (FAR) / قانون رعاية الطفل الهندي (ICW) في الماضي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أسرتك معتمدة حاليًا لرعاية الطفل من قبل خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ نعم - كم عدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا؟ <input type="checkbox"/> لا
هل سبق وطلب من هذا الطفل الرحيل من برنامج للتعلم المبكر لأسباب سلوكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

معلومات عن الطفل - الصحة

هل هذا الطفل لديه تأمين صحي؟  نعم  لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟  Washington Apple Health/ProviderOne  تأمين خاص  Tribal   تغطية طبية عسكرية

هل يذهب هذا الطفل إلى أي طبيب أو عيادة بصفة دورية؟

نعم - اسم العيادة/موفر الرعاية الصحية:  
اسم الطبيب المتخصص:

لا

هل خضع هذا الطفل لفحص سلامة الطفل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟

نعم - اذكر تاريخ آخر فحص (الشهر/اليوم/السنة):  
 التاريخ غير معروف  لا

ما وضع تطعيمات طفلك؟  تطعيم كامل  معفي  لم يتم تطعيمه بالكامل أو معفي  غير متأكد

هل لدى هذا طفل تأمين رعاية الأسنان؟  نعم  لا

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟  Washington Apple Health/ProviderOne  تأمين خاص  Tribal  ABCD   تغطية طبية عسكرية

هل يذهب هذا الطفل إلى طبيب أسنان أو عيادة أسنان بصفة دورية؟

نعم - اسم العيادة/موفر الرعاية الصحية:  
اسم الطبيب المتخصص:

لا

هل خضع هذا الطفل لفحص الأسنان خلال فترة الـ 6 شهور الماضية؟

نعم - اذكر تاريخ آخر فحص (الشهر/اليوم/السنة):  
 التاريخ غير معروف  لا

هل سبق وقام أحد موفري الرعاية الصحية بتشخيص إصابة طفلك بمرض صحي مزمن (يمكن أن يشمل ذلك على الربو أو السرطان أو السكري أو النوبات أو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أو التوحد أو السنسنة المشقوقة أو مرض الخلايا المنجلية أو الحساسية التي قد تؤدي إلى الوفاة)؟

نعم - يرجى التوضيح:  
تعتبر الحالة الصحية:  خطيرة  متوسطة  خفيفة  لا

معلومات عن الطفل - النمو

هل لديك مخاوف حول صحة الطفل؟  نعم - ضع علامة على كل ما ينطبق أدناه  لا

انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 أرطال/5 أرطال و8 أوقيات)  الولادة المبكرة قبل 37 أسبوعًا من الحمل  متضرر بالمخدرات / الكحول

السمع  المهارات الحركية الدقيقة / المهارات الحركية الكبرى  ألم الأسنان / التسوس / نزيف اللثة

البصر  حساسية من الأطعمة / نظام غذائي خاص - يُرجى التوضيح:

هل يتبع طفلك خطة تعليم فردي (IEP) أو خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP) **حالية ونشطة**؟

نعم - الرجاء توفير نسخة من الطلب الخاص بك.

لا - ضع علامة على أي من الخيارات التالية إذا كان ساريًا:

تم تشخيص إصابة طفلي بتأخر في النمو أو بإعاقة، أو ليس لديه خطة تعليم فردية، أو تتم إحالته من أجل تقييم حالته.

هناك اشتباه في أن طفلي يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة.

معلومات عن الوالد / الوصي

يعيش هذا الطفل مع:

- (أكمل ولي الأمر / الوصي الأول) (أكمل ولي الأمر / الوصي الأول)  
 الوالدين / الأوصياء في نفس منزل الأسرة (أكمل ولي الأمر / الوصيان الأول والثاني)  
 الوالدين / الأوصياء في منزلين منفصلين (أكمل ولي الأمر / الوصيان الأول والثاني)

ولي الأمر / الوصي الأول	ولي الأمر / الوصي الثاني	الاسم
<input type="checkbox"/> والد طبيعي / والد بالتبني / زوج الأم / زوجة الأب <input type="checkbox"/> والد بالرعاية البديلة / عمّة أو خالة / عم أو خال <input type="checkbox"/> جد <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> والد طبيعي / والد بالتبني / زوج الأم / زوجة الأب <input type="checkbox"/> والد بالرعاية البديلة / عمّة أو خالة / عم أو خال <input type="checkbox"/> جد <input type="checkbox"/> غير ذلك:	صلة القرابة بالطفل
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير محدد	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير محدد	النوع الاجتماعي
		تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
		العنوان
<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> الجوال <input type="checkbox"/> العمل	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> الجوال <input type="checkbox"/> العمل	الهاتف
<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> الجوال <input type="checkbox"/> العمل	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> الجوال <input type="checkbox"/> العمل	رقم هاتف بديل
		البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N/A	هل كان عمرك أقل من 18 عامًا عند ولادة هذا الطفل؟
		ما اللغة (أو اللغات) التي تتقنها؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج إلى مترجم فوري لهذه اللغة؟
<input type="checkbox"/> من أصول إفريقية / أمريكي من أصول إفريقية / من ذوي البشرة السمراء <input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> من سكان ألaska الأصليين / من الأمريكيين الأصليين / من الهنود الحمر <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض البشرة <input type="checkbox"/> غير مذكور أعلاه:	<input type="checkbox"/> من أصول إفريقية / أمريكي من أصول إفريقية / من ذوي البشرة السمراء <input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> من سكان ألaska الأصليين / من الأمريكيين الأصليين / من الهنود الحمر <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض البشرة <input type="checkbox"/> غير مذكور أعلاه:	ما هو عرقك؟ يُرجى تحديد جميع الخيارات السارية
<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثانيعشر، من دون شهادة أو من دون دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> شهادة المرحلة الثانوية <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / في التدريب المتقدم <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية <input type="checkbox"/> درجة زمالة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> لا شيء	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثانيعشر، من دون شهادة أو من دون دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> شهادة المرحلة الثانوية <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / في التدريب المتقدم <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية <input type="checkbox"/> درجة زمالة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> لا شيء	ما أعلى مستوى تعليمي أكملته؟

ولي الأمر / الوصي الأول	ولي الأمر / الوصي الثاني	
<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟ اسم مكان العمل ورقم هاتف العمل: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو أعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> عمل موسمي	<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟ اسم مكان العمل ورقم هاتف العمل: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو أعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> عمل موسمي	هل تعمل في الوقت الراهن؟
<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصص، ووقت الدراسة، والسفر)؟ اسم مكان الدراسة والتخصص / الغرض التعليمي: <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصص، ووقت الدراسة، والسفر)؟ اسم مكان الدراسة والتخصص / الغرض التعليمي: <input type="checkbox"/> لا	هل أنت حاليًا في فترة تدريب وظيفي أو تدرس؟
<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا: <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا: <input type="checkbox"/> لا	هل أنت مشترك في أحد أنشطة برنامج WorkFirst المعتمدة؟
<input type="checkbox"/> نعم، فأنا أخدم حاليًا في القوات المسلحة <input type="checkbox"/> نعم، أنا أعمل حاليًا في القوات المسلحة أو كنت أعمل بها خلال الاثني عشر شهرًا الماضية / لفترة إجمالية مدتها 19 شهرًا <input type="checkbox"/> نعم، أنا من المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم، فأنا أخدم حاليًا في القوات المسلحة <input type="checkbox"/> نعم، أنا أعمل حاليًا في القوات المسلحة أو كنت أعمل بها خلال الاثني عشر شهرًا الماضية / لفترة إجمالية مدتها 19 شهرًا <input type="checkbox"/> نعم، أنا من المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> لا	هل أنت حاليًا فرد من أفراد القوات المسلحة الأمريكية أو كنت منضمًا إليها من قبل؟

### الشواغل المتعلقة بالأسرة

يُرجى تحديد جميع الشواغل التي تُهمك سواء كانت بشأنك أو بشأن أسرتك في منزلك:

<input type="checkbox"/> شواغل قانونية	<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة يعاني من مرض عقلي، بما في ذلك يعاني من اكتئاب الأمهات (تم تشخيص حالة الطفل بذلك أو ولي الأمر يشعر بالحالة)	<input type="checkbox"/> ولي الأمر / الوصي على الطفل يعاني من إعاقة أو مريض مرضًا مزمنًا، و:
<input type="checkbox"/> مهاجر / لاجئ حديثًا (خلال الأعوام الخمسة الماضية)	<input type="checkbox"/> وجود عنف أسري في المنزل (في الماضي أو حاليًا)	<input type="checkbox"/> غير قادر على المشاركة لعمل / الدراسة / حياة الأسرة
<input type="checkbox"/> ولي الأمر / الوصي على الطفل في السجن	<input type="checkbox"/> مشكلات تتعلق بتعاطي المخدرات أو الكحوليات أو إدمان العقاقير في المنزل (في الماضي أو حاليًا)	<input type="checkbox"/> قادر إلى حد ما على المشاركة لعمل / الدراسة / حياة الأسرة
<input type="checkbox"/> فقد أحد الوالدين (بالوفاة أو الهجر أو الترحيل)	<input type="checkbox"/> الأسرة منعزلة اجتماعيًا، مع انقطاع التواصل على نحو تام أو شبه تام مع الآخرين	<input type="checkbox"/> قادر في الغالب على المشاركة لعمل / الدراسة / حياة الأسرة
<input type="checkbox"/> والدا الطفل / الأوصياء عليه منفصلان أو مطلقان أثناء حياة الطفل	<input type="checkbox"/> الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها	<input type="checkbox"/> ولي الأمر / الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلّم، بدون إعاقة
<input type="checkbox"/> عدم وجود مأوى في المدة السابقة (خلال الأشهر الثاني عشر الماضية)		
<input type="checkbox"/> شواغل بشأن السكن		

### الوضع المعيشي للأسرة

هل تتلقى هذه الأسرة إعانة مالية للسكن، مثل قسيمة إسكان أو إعانة نقدية للسكن؟  نعم  لا

ما الوضع السكني الحالي لأسرتك؟ يقدم قانون ماكيني (McKinney-Vento Act) فينتو الخدمات والدعم للأطفال والشباب ممن يعانون من التشرد. قد تساعدنا إجاباتك على تحديد الخدمات التي يمكن أن يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها.

<input type="checkbox"/> الإيجار	<input type="checkbox"/> في نُزُل	<input type="checkbox"/> في سيارة، أو موقف سيارات، أو مخيم، أو موقع مشابه
<input type="checkbox"/> في منزل خاص	<input type="checkbox"/> في مأوى	<input type="checkbox"/> سكن متنقل
<input type="checkbox"/> مع أسرة أخرى في منزل أحد آخر أو شقته:		
<	<input type="checkbox"/> طوعية (على سبيل المثال لادخار المال، أو للبقاء بالقرب من الأسرة، أو ما إلى ذلك)	
<	<input type="checkbox"/> بسبب فقدان السكن، أو صعوبات مادية، أو لسبب مشابه	

غير ذلك - يُرجى التوضيح:

دخّل الأسرة وعدد أفرادها

ضع علامة على كل الخيارات السارية إذا كنت تتلقى أنت أو هذا الطفل أو شخص آخر يعيش في منزل لك صلة قرابة بك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني هذه الأنواع من الإعانة العامة:

دخل الضمان التكميلي للإعانة يتلقاه:  الطفل  /ولي الأمر / الوصي  غير ذلك – العلاقة بالطفل:

المساعدات النقدية من برامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF).

ضع علامة إذا كان لديك أي مما يلي أيضاً:  المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) المخصصة للأطفال فقط  برنامج WorkFirst (العمل أولاً)

معونة رعاية الأطفال من برنامج Working Connections Child Care

يرجى سرد الأشخاص الإضافيين الذين يعيشون في منزل هذا الطفل الرئيسي أدناه، باستثناءك أنت وهذا الطفل.

الاسم (الأول واسم العائلة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	صلة القرابة بالطفل	هل تتولى دعم هذا الشخص مادياً؟	هل لهذا الشخص صلة قرابة بك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني؟
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

ما العدد الإجمالي لأفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما في ذلك أنت وهذا الطفل؟

ما التقدير الإجمالي لدخّل أسرتك عن السنة التقويمية أو الأشهر الاثني عشر الماضية؟

أقرُّ بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج سليمة وصحيحة. وأقرُّ بأنني قد قدّمت كل ما لديّ من معلومات بشأن دخلي وعدد أفراد أسرتي، على نحو ما هو مطلوب في برامج التعليم المبكر. وأقرُّ، كذلك، بأنني أدرك أنه يجوز حرمان أسرتي من الاستمرار في تلقي خدمات البرنامج إذا كنت قد قدّمت أي معلومات غير صحيحة عن عمد. بالإضافة إلى ذلك، إذا سجّل طفلي في برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP)، فقد يصبح من الواجب عليّ تسديد المبلغ الذي تم إنفاقه على طفلي.

أنا أتفهم أن المعلومات في هذا الطلب يتم إدخالها في مختلف قواعد البيانات الخاصة ببرنامج التعلّم المبكر بمعرفة إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية لبوجت ساوند (PSESD). تلتزم إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية لبوجت ساوند (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي من الممكن أن تدل على هوية طفل أو عائلة. لا يتم إدخال أي معلومات ذات صلة بوضع الهجرة إلى قواعد البيانات أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. من الممكن استخدام المعلومات الموجودة في قواعد البيانات في الأمور التالية:

- الدراسات البحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة في برنامج التعلّم المبكر تساعد الأطفال في مرحلة لاحقة من حياتهم أم لا.
- لإثبات أن ولاية واشنطن تتفق جزءاً من أموالها الخاصة على برامج مخصصة للأسر، والتي تعدّ مطلوبة للاستفادة من برامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة من قبل الحكومة الفيدرالية.

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الوصي

(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)

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: _____			
<b>For Homeless Families – Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:</b>			
<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: _____	