

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning), 2020–2021 гг.

## Сведения о ребенке: общая информация

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 этого ребенка?	2-й язык:
Этот ребенок говорит: <input type="checkbox"/> только на английском <input type="checkbox"/> Преимущественно на английском и другом языке <input type="checkbox"/> Немного на английском, но преимущественно на другом языке <input type="checkbox"/> На английском и другом языке параллельно (билингв) <input type="checkbox"/> Только на языке, отличном от английского	

Является ли этот ребенок испаноговорящим или латиноамериканцем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
К какой расе принадлежит этот ребенок? Отметьте все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> Афроамериканец, черный <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 или страна происхождения вашей семьи?

Посещал ли этот ребенок ранее хоть одну из указанных ниже программ? Отметьте только <b>самые последние</b> : <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP в округе King или Pierce County, Washington State <input type="checkbox"/> Migrant/Seasonal Head Start в любом месте штата Вашингтон <input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) или любую программу Birth-to-Three Home Visiting <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP в другом округе штата Вашингтон
Когда этот ребенок посещал программу в последний раз?                 Название и место проведения программы:
Участвует ли этот ребенок в каких-нибудь играх типа community slot в этом месте? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли этот ребенок братом или сестрой ребенка, который сейчас зарегистрирован в этом месте? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

<b>Вопросы ниже приведены только в ознакомительных целях. Ответ «да» не повлияет на ваше право участия в программе.</b>
Находится ли этот ребенок под официальной опекой приемных родителей или родственников С установленной суммой гранта? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите номер дела или идентификатор клиента. Какова сумма и источник месячного гранта/субсидии? \$ <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribe <input type="checkbox"/> Другое Количество детей, охватываемых суммой гранта:
Находится ли этот ребенок под опекой родственников БЕЗ установленной суммы гранта? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Был ли этот ребенок усыновлен после опеки приемных родителей или родственников? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предоставляются ли в настоящее время вашей семье услуги в рамках программ Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR) или Indian Child Welfare (ICW)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предоставлялись ли вашей семье услуги в рамках CPS, FAR или ICW в прошлом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Утвержден ли в настоящее время уход за детьми в вашей семье в рамках программы CPS или FAR? <input type="checkbox"/> Да: сколько часов утверждено в неделю? <input type="checkbox"/> Нет
Был ли этот ребенок исключен из программы обучения детей младшего возраста из-за проблем с поведением? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**Сведения о ребенке: здоровье**

Есть ли у данного ребенка медицинская страховка?  Да  Нет  
 Если да, **какого типа?**  Washington Apple Health/ProviderOne  Частная страховка  Tribal  Медицинская страховка военнослужащего

Есть ли у этого ребенка постоянный врач или клиника?  
 Да: название клиники/поставщика услуг: \_\_\_\_\_ Имя медицинского работника: \_\_\_\_\_  
 Нет

Проходил ли этот ребенок профилактическое обследование за последние 12 месяцев?  
 Да: дата последнего обследования (месяц/число/год) \_\_\_\_\_  
 Нет  Дата неизвестна

Каково положение с прививками вашего ребенка?  Полностью привит  Освобожден  Не полностью привит или не освобожден  
 Точно не известно

Есть ли у данного ребенка стоматологическая страховка?  Да  Нет  
 Если да, **какого типа?**  Washington Apple Health/ProviderOne  Частная страховка  Tribal  ABCD  Медицинская страховка военнослужащего

Есть ли у этого ребенка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника?  
 Да: название клиники/поставщика услуг: \_\_\_\_\_ Имя медицинского работника: \_\_\_\_\_  
 Нет

Проходил ли этот ребенок стоматологическое обследование за последние 6 месяцев?  
 Да: дата последнего обследования (месяц/число/год) \_\_\_\_\_  
 Нет  Дата неизвестна

Было ли у этого ребенка диагностировано врачом хроническое заболевание (например, астма, рак, диабет, судороги, СДВГ, аутизм, расщепление позвоночника, серповидноклеточная анемия, опасная для жизни аллергия)?  
 Да: уточните \_\_\_\_\_ Какова степень тяжести заболевания:  Тяжелое  Умеренное  Незначительное  
 Нет

**Сведения о ребенке: развитие**

Вызывает ли у вас что-нибудь беспокойство по поводу здоровья этого ребенка?  Да: отметьте все применимые пункты ниже  Нет

<input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (менее 5,5 фунта/5 фунтов 8 унций)	<input type="checkbox"/> Преждевременные роды (менее 37 недель)	<input type="checkbox"/> Влияние алкоголя, препаратов
<input type="checkbox"/> Слух	<input type="checkbox"/> Мелкая и крупная моторика	<input type="checkbox"/> Зубная боль, кариес, кровоточащие десны
<input type="checkbox"/> Зрение	<input type="checkbox"/> Непереносимость пищи, особая диета — уточните: _____	

Имеется ли у этого ребенка **текущий и действующий** План индивидуального обучения (Individual Education Plan, IEP) или План индивидуального семейного обслуживания (Individual Family Service Plan, IFSP)?  
 Да: предоставьте копию с заявлением.  
 Нет: отметьте применимые пункты ниже.  
 У моего ребенка диагностирована задержка в развитии или инвалидность, нет IEP **или** он направлен на оценку.  
 У моего ребенка заподозрена задержка в развитии или инвалидность.

**Сведения о родителях или опекунах**

С кем проживает этот ребенок?  
 С одним родителем или опекуном (укажите информацию о родителе или опекуне 1)  
 С двумя родителями или опекунами в одном доме (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2)  
 С двумя родителями или опекунами в разных домах (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2)

	Родитель или опекун 1	Родитель или опекун 2
Имя		
Родственная связь с ребенком	<input type="checkbox"/> Биологическая, усыновление, неродной родитель <input type="checkbox"/> Приемный родитель <input type="checkbox"/> Тетя или дядя <input type="checkbox"/> Дедушка или бабушка <input type="checkbox"/> Другое:	<input type="checkbox"/> Биологическая, усыновление, неродной родитель <input type="checkbox"/> Приемный родитель <input type="checkbox"/> Тетя или дядя <input type="checkbox"/> Дедушка или бабушка <input type="checkbox"/> Другое:
Пол	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Рабочий	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Рабочий
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 этот ребенок?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
На каких языках вы говорите?		
Нужен ли вам переводчик с этого языка?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
К какой расе принадлежите вы? Отметьте все подходящие варианты	<input type="checkbox"/> Афроамериканец, черный <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Уроженец Аляски, коренной американец, американский индеец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Не указано выше:	<input type="checkbox"/> Афроамериканец, черный <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Уроженец Аляски, коренной американец, американский индеец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Не указано выше:
Каков <b>самый высокий</b> 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 или курсы повышения квалификации <input type="checkbox"/> Диплом колледжа или сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора <input type="checkbox"/> Нет	<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 или курсы повышения квалификации <input type="checkbox"/> Диплом колледжа или сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Степень магистра или доктора <input type="checkbox"/> Нет

## Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning), 2020–2021 гг.

	Родитель или опекун 1	Родитель или опекун 2
Работаете ли вы в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да: сколько часов в неделю (включая поездки)? Имя и телефон работодателя: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет (на пенсии или инвалидность) <input type="checkbox"/> Сезонный работник	<input type="checkbox"/> Да: сколько часов в неделю (включая поездки)? Имя и телефон работодателя: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет (на пенсии или инвалидность) <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 учебы, поездок)? Название школы и специальность или цель: <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да: сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? Название школы и специальность или цель: <input type="checkbox"/> Нет
Участвуете ли вы в утвержденных мероприятиях WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Да: опишите мероприятие и утвержденное число часов в неделю <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да: опишите мероприятие и утвержденное число часов в неделю <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли вы действительным или бывшим военнослужащим США?	<input type="checkbox"/> Да, прохожу службу <input type="checkbox"/> Да, в расположении сейчас или в течение последних 12 месяцев, в общей сложности 19 месяцев <input type="checkbox"/> Да, ветеран <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, прохожу службу <input type="checkbox"/> Да, в расположении сейчас или в течение последних 12 месяцев, в общей сложности 19 месяцев <input type="checkbox"/> Да, ветеран <input type="checkbox"/> Нет

### Вопросы о семье

Отметьте те пункты, которые вызывают у вас беспокойство в отношении себя или членов семьи, проживающих в вашем доме.

<input type="checkbox"/> У родителя или опекуна ребенка есть инвалидность или хроническое заболевание, он: <input type="checkbox"/> не может участвовать в деятельности, связанной с работой, школой, семейной жизнью <input type="checkbox"/> Не в полной степени может участвовать в деятельности, связанной с работой, школой, семейной жизнью <input type="checkbox"/> Преимущественно может участвовать в деятельности, связанной с работой, школой, семейной жизнью	<input type="checkbox"/> Психическое заболевание члена семьи, включая материнскую депрессию (диагноз ребенка или трудности у взрослого) <input type="checkbox"/> Домашнее насилие в семье (в прошлом или настоящем) <input type="checkbox"/> Проблемы злоупотребления наркотиками, алкоголем или запрещенными веществами в семье (в прошлом или настоящем) <input type="checkbox"/> Социальная изоляция семьи с полным или почти полным отсутствием контакта с другими людьми <input type="checkbox"/> Получение или сохранение работы	<input type="checkbox"/> Юридические проблемы <input type="checkbox"/> Родитель или опекун ребенка является рабочим-мигрантом <input type="checkbox"/> Недавний иммигрант или беженец (за последние 5 лет) <input type="checkbox"/> Родитель или опекун ребенка находится в заключении <input type="checkbox"/> Утрата родителя (смерть, отказ или депортация) <input type="checkbox"/> Родители или опекуны ребенка развелись или живут раздельно на протяжении жизни ребенка <input type="checkbox"/> Ранее был бездомным (за последние 12 месяцев) <input type="checkbox"/> Проблемы с жильем
--	--	---

### Ситуация с уровнем жизни семьи

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

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

<input type="checkbox"/> Аренда <input type="checkbox"/> Собственное жилье <input type="checkbox"/> В чужом доме или квартире вместе с другой семьей	<input type="checkbox"/> В мотеле <input type="checkbox"/> В приюте <input type="checkbox"/> В другом: опишите	<input type="checkbox"/> Машина, парк, кемпинг или аналогичное место <input type="checkbox"/> Временное жилье <input type="checkbox"/> По своему выбору (например, копите деньги, хотите быть ближе к семье) <input type="checkbox"/> В связи с потерей жилья, экономическими проблемами или по аналогичной причине	<input type="checkbox"/> Переезды из одного места в другое; жизнь там, где предлагают <input type="checkbox"/> В жилье с недостатком удобств (отсутствие воды, отопления, электричества)
--	--	--	---

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning), 2020–2021 гг.

## Доходы и размер семьи

Отметьте все подходящие варианты, если вы, этот ребенок или другой человек, проживающий в вашем доме и связанный с вами кровными узами, браком или приемными отношениями, получаете эти следующие социальные обеспечения.

Кто получает SSI по инвалидности:  Ребенок  Родитель или опекун  Другое — укажите родственную связь с ребенком:

Субсидии по программе Temporary Assistance for Needy Families (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям, или TANF).

Отметьте, если вы также получаете пособия в рамках следующих программ:  Child-only TANF  WorkFirst

Субсидии в рамках Working Connections Child Care

**Укажите ниже всех остальных людей, живущих вместе с этим ребенком в его основном доме, за исключением вас и этого ребенка.**

Имя и фамилия	Дата рождения (месяц/число/год)	Родственная связь с ребенком	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

Каково **общее количество** членов семьи, проживающих в вашем доме, включая вас и этого ребенка?

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

Я подтверждаю, что приведенная в этой форме информация является достоверной и правильной. Мной указаны все мои доходы, а также вся информация о 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 ребенок зарегистрирован в ECEAP, мне, возможно, придется уплатить сумму, потраченную на моего ребенка.

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, DCYF) и Отделом образовательных услуг округа Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD). DCYF и PSESD стремятся защищать конфиденциальную и личную информацию, с помощью которой можно установить личность ребенка или членов семьи. Никакая информация, связанная с иммиграционным статусом, не вносится в базы данных и не передается властям штата или федеральным органам. Внесенная в базы данных информация может использоваться для следующих целей.

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

Подпись родителя или опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(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: _____