

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 2020-2021

Thông Tin về Trẻ – Thông Tin Chung

Tên:	Chữ Đầu Tên Đệm:	Họ:
Ngày sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	

Trẻ sử dụng ngôn ngữ nào tại nhà?	Ngôn ngữ thứ 2:
Trẻ này: <input type="checkbox"/> Chỉ nói Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Nói hầu hết là Tiếng Anh và một ngôn ngữ khác <input type="checkbox"/> Nói cả Tiếng Anh và một ngôn ngữ khác như nhau (song ngữ)	<input type="checkbox"/> Nói một phần Tiếng Anh, hầu như là nói ngôn ngữ khác <input type="checkbox"/> Chỉ nói một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh

Trẻ có phải là người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha/La-tinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trẻ thuộc chủng tộc nào? Đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp: <input type="checkbox"/> Người gốc Phi/Người Mỹ gốc Phi/Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Người Alaska Bản Địa/Người Mỹ Bản Địa/Người Da Đỏ <input type="checkbox"/> Không được liệt kê ở trên:
Di sản/bộ lạc/nguồn gốc quốc gia của gia đình quý vị là gì?

Trước đây trẻ đã từng tham gia các chương trình này chưa? Chỉ đánh dấu vào chương trình tham gia gần đây nhất : <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Chương Trình Khởi Đầu (Head Start)/Khởi Đầu Sớm (Early Head Start)/Chương Trình Hỗ Trợ và Giáo Dục Sớm cho Trẻ Thơ (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP) tại Quận King hoặc Quận Pierce, Bang Washington <input type="checkbox"/> Chương trình Khởi Đầu cho Người Lao Động Di Cư/Thời Vụ tại bất cứ nơi nào thuộc Bang Washington <input type="checkbox"/> Chương Trình Hỗ Trợ Sớm dành cho Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Chập Chững (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) hoặc bất kỳ chương trình dành cho Trẻ Từ Sơ Sinh đến Ba Tuổi/Thăm Nhà nào <input type="checkbox"/> Chương Trình Khởi Đầu (Head Start)/Khởi Đầu Sớm (Early Head Start)/Chương Trình Hỗ Trợ và Giáo Dục Sớm cho Trẻ Thơ (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP) tại một Quận khác của Bang Washington	
Lần gần nhất trẻ tham gia là khi nào?	Tên và địa điểm tổ chức chương trình:
Hiện trẻ có ghi danh vào một chương trình cộng đồng tại trung tâm này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Trẻ có phải là anh/chị/em ruột của một trẻ hiện đã ghi danh tại trung tâm này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Các câu hỏi dưới đây chỉ nhằm mục đích thu thập thông tin. Việc trả lời "Có" sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện hay việc ghi danh vào chương trình của quý vị.
Trẻ có được chính thức nhận nuôi tạm thời tại cơ sở hay được bà con chăm sóc bằng tiền trợ cấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , Mã Trường Hợp hay Số ID Khách Hàng là gì? Tiền trợ cấp/thanh toán hàng tháng là bao nhiêu và nguồn từ đâu? \$ <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribe <input type="checkbox"/> Khác Số trẻ được chi trả tiền trợ cấp:
Có phải trẻ này được bà con chăm sóc mà không có tiền trợ cấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có phải trẻ này được nhận nuôi sau khi được chăm nuôi tạm thời ở cơ sở hay được bà con chăm sóc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện gia đình quý vị có đang nhận các dịch vụ thông qua Dịch Vụ Bảo Vệ Trẻ Em (Child Protective Services, CPS), Phản Hồi Đánh Giá Gia Đình (Family Assessment Response, FAR), hoặc Phúc Lợi Trẻ Em Người Da Đỏ (Indian Child Welfare, ICW) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trước đây gia đình quý vị có từng nhận được các dịch vụ từ CPS/FAR/ICW không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện gia đình quý vị có được duyệt cho chăm sóc trẻ thông qua CPS hoặc FAR không? <input type="checkbox"/> Có – Bao nhiêu giờ mỗi tuần? <input type="checkbox"/> Không
Trẻ đã bao giờ bị yêu cầu dừng theo học chương trình giáo dục sớm do vấn đề hành vi chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 2020-2021

Thông Tin về Trẻ – Sức Khỏe

Trẻ có bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu có, đó là loại <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế Quân Đội nào?	
Trẻ có bác sĩ hoặc phòng khám y tế quen không?	
<input type="checkbox"/> Có – Tên phòng khám/nhà cung cấp:	Tên chuyên gia y tế:
<input type="checkbox"/> Không	
Trẻ có được khám sức khỏe trẻ em trong vòng 12 tháng qua không?	
<input type="checkbox"/> Có – Ngày khám gần nhất (tháng/ngày/năm):	
<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Rõ Ngày Tháng	
Tình trạng chủng ngừa của con em quý vị là gì? <input type="checkbox"/> Được chủng ngừa đầy đủ <input type="checkbox"/> Được miễn <input type="checkbox"/> Chưa được chủng ngừa đầy đủ hoặc được miễn <input type="checkbox"/> Không biết	

Trẻ có bảo hiểm nha khoa không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu có, đó là <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế Quân Đội loại nào?	
Trẻ này có nha sĩ hoặc phòng khám nha khoa quen không?	
<input type="checkbox"/> Có – Tên phòng khám/nhà cung cấp:	Tên chuyên gia y tế:
<input type="checkbox"/> Không	
Trẻ này có được khám nha khoa trong vòng 6 tháng qua không?	
<input type="checkbox"/> Có – Ngày khám gần nhất (tháng/ngày/năm):	
<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Rõ Ngày Tháng	

Trẻ này đã bao giờ được Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe chẩn đoán bệnh trạng mạn tính chưa (có thể gồm bệnh hen suyễn, ung thư, tiểu đường, tai biến, hội chứng Rối Loạn Tăng Động Giảm Chú Ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), tự kỷ, tật nứt đốt sống, bệnh hồng cầu lưỡi liềm hoặc dị ứng nguy hiểm đến tính mạng)?	
<input type="checkbox"/> Có – Vui lòng mô tả:	Bệnh trạng đó được xem là: <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Trung Bình <input type="checkbox"/> Nhẹ
<input type="checkbox"/> Không	

Thông Tin về Trẻ – Sự Phát Triển

Quý vị có quan ngại nào về sức khỏe của trẻ không? <input type="checkbox"/> Có – đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp dưới đây <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Sơ sinh nhẹ cân (chưa đầy 5,5 lbs/5 lbs 8 oz., nghĩa là chưa đầy 2,495 kg)	<input type="checkbox"/> Sinh non khi chưa đủ 37 tuần	<input type="checkbox"/> Ảnh hưởng bởi ma túy/rượu bia
<input type="checkbox"/> Thính lực	<input type="checkbox"/> Vận động tinh/vận động thô	<input type="checkbox"/> Đau răng/sâu răng/chảy máu nướu
<input type="checkbox"/> Thị lực	<input type="checkbox"/> Vấn đề dung nạp thực phẩm/chế độ ăn đặc biệt – Vui lòng mô tả:	

Trẻ có Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (Individual Education Plan, IEP) hay Chương Trình Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân (Individual Family Service Plan, IFSP) hiện đang thực hiện không?	
<input type="checkbox"/> Có – Vui lòng cung cấp bản sao chương trình đó cùng với hồ sơ.	
<input type="checkbox"/> Không – Đánh dấu vào câu trả lời thích hợp:	
<input type="checkbox"/> Trẻ đã được chẩn đoán có khuyết tật hoặc chậm phát triển, không có IEP hoặc đang được giới thiệu đi đánh giá.	
<input type="checkbox"/> Trẻ bị nghi ngờ có khuyết tật hoặc chậm phát triển.	

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 2020-2021

Thông Tin về Cha Mẹ/Người Giám Hộ

Trẻ sống với:

Một người cha/mẹ/người giám hộ (hoàn thành thông tin của Cha Mẹ/Người Giám Hộ 1)

Hai cha mẹ/người giám hộ trong cùng một hộ gia đình (hoàn thành thông tin của Cha Mẹ/Người Giám Hộ 1 & 2)

Hai cha mẹ/người giám hộ trong hai hộ gia đình (hoàn thành thông tin của Cha Mẹ/Người Giám Hộ 1 & 2)

	Cha Mẹ/Người Giám Hộ 1	Cha Mẹ/Người Giám Hộ 2
Tên		
Mối quan hệ với trẻ	<input type="checkbox"/> Quan Hệ Ruột Thịt/Nhận Nuôi/Cha Mẹ Kế <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ Nuôi Tạm Thời <input type="checkbox"/> Cô/Dì/Chú/Bác <input type="checkbox"/> Ông/Bà <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Quan Hệ Ruột Thịt/Nhận Nuôi/Cha Mẹ Kế <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ Nuôi Tạm Thời <input type="checkbox"/> Cô/Dì/Chú/Bác <input type="checkbox"/> Ông/Bà <input type="checkbox"/> Khác:
Giới Tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không Tiết Lộ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không Tiết Lộ
Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)		
Địa Chỉ		
Điện Thoại	<input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc	<input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc
Số Điện Thoại Khác	<input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc	<input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Nơi Làm Việc
Email		
Khi sinh trẻ này, có phải quý vị dưới 18 tuổi không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Áp Dụng
Quý vị nói (những) ngôn ngữ nào?		
Quý vị có cần thông dịch viên cho ngôn ngữ này không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị thuộc chủng tộc nào? Đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp	<input type="checkbox"/> Người gốc Phi/Người Mỹ gốc Phi/Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người Alaska Bản Địa/Người Mỹ Bản Địa/Người Da Đỏ <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Không được liệt kê ở trên:	<input type="checkbox"/> Người gốc Phi/Người Mỹ gốc Phi/Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người Alaska Bản Địa/Người Mỹ Bản Địa/Người Da Đỏ <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Không được liệt kê ở trên:
Vui lòng cho biết trình độ học vấn cao nhất quý vị đã hoàn thành?	<input type="checkbox"/> Lớp 6 trở xuống <input type="checkbox"/> Lớp 7 đến lớp 12, không có bằng tú tài hay Phát Triển Giáo Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> Bằng tú tài <input type="checkbox"/> Phát Triển Giáo Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> Có học ở trường cao đẳng/đào tạo nâng cao nhưng chưa có bằng/chứng chỉ <input type="checkbox"/> Chứng chỉ cao đẳng/nghề <input type="checkbox"/> Bằng cao đẳng <input type="checkbox"/> Bằng cử nhân <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ <input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Lớp 6 trở xuống <input type="checkbox"/> Lớp 7 đến lớp 12, không có bằng tú tài hay Phát Triển Giáo Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> Bằng tú tài <input type="checkbox"/> Phát Triển Giáo Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> Có học ở trường cao đẳng/đào tạo nâng cao nhưng chưa có bằng/chứng chỉ <input type="checkbox"/> Chứng chỉ cao đẳng/nghề <input type="checkbox"/> Bằng cao đẳng <input type="checkbox"/> Bằng cử nhân <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ <input type="checkbox"/> Không có

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 2020-2021

	Cha Mẹ/Người Giám Hộ 1	Cha Mẹ/Người Giám Hộ 2
Quý vị hiện có đi làm không?	<input type="checkbox"/> Có – Bao nhiêu giờ mỗi tuần (tính cả thời gian đi lại)? Tên và số điện thoại sở làm: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không, đã nghỉ hưu hoặc là người khuyết tật <input type="checkbox"/> Lao động thời vụ	<input type="checkbox"/> Có – Bao nhiêu giờ mỗi tuần (tính cả thời gian đi lại)? Tên và số điện thoại sở làm: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không, đã nghỉ hưu hoặc là người khuyết tật <input type="checkbox"/> Lao động thời vụ
Quý vị hiện có đi học hoặc tham gia chương trình đào tạo nghề không?	<input type="checkbox"/> Có – Bao nhiêu giờ mỗi tuần (tính cả thời gian học trên lớp, tự học và đi lại)? Tên trường & chuyên ngành/mục tiêu: <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có – Bao nhiêu giờ mỗi tuần (tính cả thời gian học trên lớp, tự học và đi lại)? Tên trường & chuyên ngành/mục tiêu: <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang tham gia hoạt động WorkFirst được phê duyệt không?	<input type="checkbox"/> Có – Mô tả hoạt động và số giờ được phê duyệt mỗi tuần: <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có – Mô tả hoạt động và số giờ được phê duyệt mỗi tuần: <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang hoặc đã từng phục vụ quân đội Hoa Kỳ không?	<input type="checkbox"/> Có, hiện đang phục vụ <input type="checkbox"/> Có, hiện đang hoặc đã được triển khai trong 12 tháng qua/tổng cộng 19 tháng <input type="checkbox"/> Có, tôi là cựu quân nhân <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, hiện đang phục vụ <input type="checkbox"/> Có, hiện đang hoặc đã được triển khai trong 12 tháng qua/tổng cộng 19 tháng <input type="checkbox"/> Có, tôi là cựu quân nhân <input type="checkbox"/> Không

Quan Ngại về Gia Đình

Vui lòng đánh dấu vào các vấn đề mà quý vị có quan ngại về bản thân/hộ gia đình mình:

<input type="checkbox"/> Cha/mẹ/người giám hộ của trẻ có khuyết tật hoặc có bệnh mạn tính và: <input type="checkbox"/> Không thể tham gia lao động/học tập/ sinh hoạt gia đình <input type="checkbox"/> Phần nào có thể tham gia lao động/học tập/ sinh hoạt gia đình <input type="checkbox"/> Hầu như có thể tham gia lao động/học tập/ sinh hoạt gia đình <input type="checkbox"/> Phụ huynh/người giám hộ của trẻ gặp khó khăn về học tập, không có khuyết tật	<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần ở hộ gia đình, bao gồm maternal depression (child is diagnosed, or trầm cảm sau sinh (trẻ được chẩn đoán hoặc người lớn đang trải qua) <input type="checkbox"/> Bạo lực gia đình (trong quá khứ hoặc hiện tại) <input type="checkbox"/> Các vấn đề về ma túy/rượu bia hoặc lạm dụng được chất (trong quá khứ hoặc hiện tại) <input type="checkbox"/> Gia đình bị cách ly xã hội, hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn thiếu tương tác với người khác <input type="checkbox"/> Tìm hoặc giữ việc làm	<input type="checkbox"/> Quan ngại về pháp lý <input type="checkbox"/> Cha/mẹ/người giám hộ của trẻ là người lao động di cư <input type="checkbox"/> Người mới nhập cư/người tị nạn (trong 5 năm vừa qua) <input type="checkbox"/> Cha/mẹ/người giám hộ của trẻ bị giam giữ <input type="checkbox"/> Mất cha hoặc mẹ (qua đời, bỏ rơi hoặc bị trục xuất) <input type="checkbox"/> Cha mẹ/người giám hộ trẻ đã ly hôn hoặc ly thân khi trẻ còn nhỏ <input type="checkbox"/> Trước đây từng vô gia cư (trong 12 tháng qua) <input type="checkbox"/> Quan ngại về nhà ở
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tình Hình Sinh Sống của Gia Đình

Hộ gia đình này có nhận được nhà ở trợ cấp như phiếu nhà ở hoặc hỗ trợ tiền mặt để có nhà ở không? Có Không

Tình trạng nhà ở hiện tại của gia đình quý vị là gì? **Đạo Luật McKinney-Vento cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ trẻ em cũng như thanh thiếu niên vô gia cư. Các câu trả lời của quý vị có thể giúp chúng tôi xác định được các dịch vụ mà con em quý vị đủ điều kiện được nhận.**

<input type="checkbox"/> Thuê <input type="checkbox"/> Sở hữu <input type="checkbox"/> Phòng nhà nghỉ <input type="checkbox"/> Trong nhà ở tạm <input type="checkbox"/> Ô tô, công viên, nơi cắm trại hoặc địa điểm tương tự <input type="checkbox"/> Nhà Ở Chuyển Tiếp	<input type="checkbox"/> Nay đây mai đó/ở nhờ <input type="checkbox"/> Trong một nơi cư trú không đủ tiện nghi (không có nước, hệ thống sưởi, điện) <input type="checkbox"/> Khác – Vui lòng nêu rõ:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trong nhà hoặc căn hộ của người khác, cùng với gia đình khác:

- Theo lựa chọn (ví dụ: để tiết kiệm tiền, để được gần gũi với gia đình, v.v.)
- Do mất nhà cửa, khó khăn về kinh tế hoặc lý do tương tự

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 2020-2021

Thu Nhập Gia Đình và Quy Mô Gia Đình

Đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp nếu quý vị, trẻ hay người khác sống trong nhà và có quan hệ huyết thống, hôn nhân hay nhận nuôi với quý vị được nhận các loại Trợ Cấp Công Cộng dưới đây:

- SSI cho người khuyết tật với người nhận là: Trẻ Cha/Mẹ/Người Giám Hộ Người Khác – Mọi quan hệ với trẻ:
 Tiền Hỗ Trợ Tạm Thời cho các Gia Đình Gặp Khó Khăn (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

Đánh dấu nếu quý vị cũng hưởng trợ cấp từ các chương trình sau: TANF dành riêng cho trẻ em WorkFirst Trông Giữ Trẻ Kết Nối Làm Việc (Working Connections Child Care)

Vui lòng liệt kê dưới đây những người khác sống cùng hộ gia đình chính của trẻ, không tính quý vị và bản thân trẻ.

Tên (Tên và Họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Mối quan hệ với trẻ	Quý vị có hỗ trợ tài chính cho người này không?	Người này có quan hệ huyết thống, quan hệ hôn nhân hay nhận nuôi với quý vị không?
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Tổng số thành viên sống trong gia đình quý vị là bao nhiêu, tính cả quý vị và trẻ?

Tổng thu nhập ước tính của hộ gia đình trong năm qua hay 12 tháng qua là bao nhiêu?

Tôi xin cam đoan thông tin trong biểu mẫu này hoàn toàn đúng sự thực và chính xác. Tôi đã báo cáo mọi thông tin về thu nhập và quy mô gia đình tôi theo yêu cầu của Chương Trình Giáo Dục Trẻ Thơ (Early Learning Program). Nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch, tôi hiểu rằng gia đình tôi có thể không được tiếp tục nhận các dịch vụ trong chương trình nữa. Ngoài ra, nếu con em tôi ghi danh vào Chương Trình Hỗ Trợ và Giáo Dục Sớm cho Trẻ Thơ (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP), tôi có thể sẽ phải hoàn trả số tiền đã chi trả cho con em tôi.

Tôi hiểu rằng thông tin từ hồ sơ ghi danh này sẽ được nhập vào nhiều cơ sở dữ liệu Giáo Dục Trẻ Thơ (Early Learning) khác nhau do Sở Quản Lý Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) và Ty Dịch Vụ Giáo Dục Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD) điều hành. DCYF và PSESD cam kết bảo vệ thông tin bảo mật và thông tin cá nhân có thể nhận dạng danh tính con em hoặc gia đình quý vị. Thông tin về tình trạng di trú sẽ không được nhập vào cơ sở dữ liệu hoặc chia sẻ với các cơ quan của tiểu bang hoặc liên bang. Thông tin trong cơ sở dữ liệu có thể được dùng để phục vụ:

- Các công trình nghiên cứu nhằm xác định xem liệu tham gia vào chương trình Giáo Dục Trẻ Thơ có giúp ích cho trẻ em trong cuộc sống sau này hay không.
- Chứng minh rằng Bang Washington có chi trả một phần ngân sách riêng cho các chương trình dành cho các gia đình, những người cần nhận tiền Hỗ Trợ Tạm Thời cho các Gia Đình Gặp Khó Khăn từ chính phủ liên bang.

Chữ Ký của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

(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)

Hồ Sơ Giáo Dục Trẻ Thơ năm 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: _____

