



## طلب التقدم لبرنامج التعلم المبكر لعام 2021-2022

### معلومات عامة عن الطفل

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

اللغة الثانية _____	ما اللغة الأم في موطن الطفل؟ _____
القليل من الإنجليزية، ولكنه في أغلب الأحيان يتحدث لغة أخرى <input type="checkbox"/>	الإنجليزية في أغلب الأوقات مع استخدام لغة أخرى <input type="checkbox"/>
لغة واحدة فقط غير اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/>	كلاً من الإنجليزية ولغة أخرى بنفس الطلاقة (يمكنه استخدام لغتين) <input type="checkbox"/>
هل يتحدث الطفل _____	

هل الطفل من أصول إسبانية/لاتينية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما السلالة العرقية التي ينتمي إليها الطفل؟ ضع علامة على جميع ما ينطبق:	
<input type="checkbox"/> سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليون	<input type="checkbox"/> الأفارقة/ الأفارقة الأمريكيون/السود
<input type="checkbox"/> بيض البشرة	<input type="checkbox"/> الآسيويون
<input type="checkbox"/> غير مذكورة أعلاه: _____	<input type="checkbox"/> سكان ألاسكا الأصليون/ الأمريكيون الأصليون/ الهنود الحمر
ما التراث/ القبيلة/ البلد الأصلي الذي تنتمي إليه أسرتك؟ _____	

هل سبق أن تم تسجيل الطفل في هذه البرامج؟ لا تضع علامة إلا على آخر ما التحق به	
<input type="checkbox"/> برنامج المهاجرين/ هيد ستارت الموسمي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> برنامج هيد ستارت المبكر (Head Start) برنامج هيد ستارت
<input type="checkbox"/> في أي مكان بولاية (Seasonal Head Start)	<input type="checkbox"/> (ECEAP) برنامج التعلم المبكر للأطفال والإعانة (Early Head Start) في مقاطعة كينغ أو بيرس بولاية واشنطن
<input type="checkbox"/> واشنطن	<input type="checkbox"/> هيد ستارت/ هيد ستارت المبكر/ برنامج التعلم المبكر للأطفال والإعانة في أي مقاطعة أخرى بولاية واشنطن
متى كان آخر حضور للطفل؟ _____	اسم البرنامج وموقعه _____
هل الطفل مسجل حالياً في إحدى الفئات المجتمعية في هذا الموقع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل الطفل أحد أشقاء طفل مسجل حالياً في هذا الموقع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الأسئلة التالية واردة لأغراض العلم بها فقط. لن تؤثر الإجابة بـ "نعم" على أهليتك للالتحاق بالبرنامج أو على تسجيلك فيه	
هل يخضع الطفل لرعاية رسمية بديلة أو رعاية أحد الأقارب مقابلمنحة مالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الحالة أو رقم تعريف العميل؟ _____	
<input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> Tribe <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> DSHS	ما مبلغ المنحة/ الدفعة الشهرية وما مصدره؟ \$ _____
عدد الأطفال الذين تشملهم قيمة المنحة _____	
هل يخضع الطفل لرعاية أحد الأقارب بدونمنحة مالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تم تبني الطفل بعد الرعاية البديلة أو رعاية أحد الأقارب أم تم تبنيه من ملجأ أيتام من بلدٍ آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تم لم شمل الطفل مؤخرًا مع والده أو والدته (أبويه) بعد الرعاية البديلة أو رعاية الأقارب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
أو سلطة إنفاذ (ICW) أو سلطة تنفيذ قانون رعاية الطفل الهندي (FAR) أو هيئة الاستجابة لتقييم الأسرة (CPS) هل تتلقى أسرتك حالياً خدمات من وكالة خدمات حماية الطفل القانون/ سلطة قضائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تلقت أسرتك خدمات من وكالة خدمات حماية الطفل، أو هيئة الاستجابة لتقييم الأسرة، أو سلطة تنفيذ قانون رعاية الطفل الهندي، أو سلطة إنفاذ القانون/ سلطة قضائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل أسرتك معتمدة حالياً للحصول على رعاية الطفل من خلال وكالة خدمات حماية الطفل، أو هيئة الاستجابة لتقييم الأسرة؟ <input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات المعتمدة أسبوعياً؟ _____ <input type="checkbox"/> لا	
هل سبق أن طلب من الطفل مغادرة أي برنامج للتعلم المبكر بسبب مشكلات سلوكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

معلومات صحية عن الطفل

هل لدى الطفل تأمين طبي؟ Tribal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تغطية طبية عسكرية إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟	هل يتردد الطفل على طبيب أسنان أو عيادة طب أسنان بانتظام؟ Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تأمين خاص نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم الطبيب المتخصص: _____	نعم - اسم العيادة/مقدم الخدمة: _____ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل خضع الطفل لاختبار سلامة الطفل خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟ Tribal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تغطية طبية عسكرية إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟	هل خضع الطفل لفحص الأسنان خلال فترة الستة شهور الماضية؟ Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تأمين خاص نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم طبيب الأسنان المتخصص: _____	نعم - تاريخ آخر فحص (اليوم/الشهر/السنة): _____ التاريخ غير معروف <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

هل لدى الطفل تأمين على خدمات طب الأسنان؟ Tribal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تغطية طبية عسكرية إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟	هل يتردد الطفل على طبيب أسنان أو عيادة طب أسنان بانتظام؟ Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تأمين خاص نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم طبيب الأسنان المتخصص: _____	نعم - اسم العيادة/مقدم الخدمة: _____ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل خضع الطفل لفحص الأسنان خلال فترة الستة شهور الماضية؟ Tribal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تغطية طبية عسكرية إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟	هل خضع الطفل لفحص الأسنان خلال فترة الستة شهور الماضية؟ Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تأمين خاص نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم طبيب الأسنان المتخصص: _____	نعم - تاريخ آخر فحص (اليوم/الشهر/السنة): _____ التاريخ غير معروف <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

ما حالة تطعيمات طفلك؟ <input type="checkbox"/> حصل على التطعيمات كاملةً <input type="checkbox"/> مستبعد من خطة التطعيم <input type="checkbox"/> لم يحصل على التطعيمات أو يُستبعد بالكامل <input type="checkbox"/> لست متأكدًا	أو (ADHD) هل سبق أن قام أحد مقدمي الرعاية الصحية بتشخيص مرض طفلك بأنه حالة صحية مزمنة (يمكن أن يشمل ذلك على مرض نفسي أو الربو أو السرطان أو السكري أو النوبات أو اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط التوحد أو انشقاق العمود الفقري أو مرض الخلايا المنجلية أو حالات الحساسية المهددة للحياة)؟ <input type="checkbox"/> تعتبر الحالة الصحية <input type="checkbox"/> حادة <input type="checkbox"/> متوسطة <input type="checkbox"/> خفيفة
	نعم - يُرجى التوضيح: _____ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

معلومات عن نمو الطفل

هل تراودك مخاوف حيال صحة طفلك؟ <input type="checkbox"/> نعم - ضع علامة على جميع الإجابات التي تنطبق أدناه <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الولادة المبكرة قبل استكمال 37 أسبوعًا من الحمل <input type="checkbox"/> (انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 أرطال/5 أرطال و8 أوقيات) <input type="checkbox"/>
التضرر من المخدرات/الكحول <input type="checkbox"/>	المهارات الحركية الدقيقة/المهارات الحركية الكبيرة <input type="checkbox"/>
ألم الأسنان / التسوس / نزيف اللثة <input type="checkbox"/>	عدم تحمل الطعام/ اتباع حمية غذائية خاصة <input type="checkbox"/>
	السمع <input type="checkbox"/>
	البصر <input type="checkbox"/>
	يُرجى التوضيح: _____
هل يخضع الطفل إلى خطة تعليم فردي أو خطة خدمات أسرية فردية سارية وفعالة <input type="checkbox"/> نعم - يُرجى إحضار نسخة منها مع طلب التقدم الخاص بك <input type="checkbox"/>	تم تشخيص حالة طفلي بأنها تأخر أو إعاقة في النمو، وليس لديه خطة تعليم فردياً وتم إحالته للتقييم <input type="checkbox"/>
	هناك اشتباه في أن طفلي يعاني من تأخر أو إعاقة في النمو <input type="checkbox"/>
	لا - ضع علامة على أي من الخيارات التالية إذا كان منطبقاً <input type="checkbox"/>

## طلب التقدم لبرنامج التعلم المبكر لعام 2021-2022

معلومات عن الوالد(ة)/ الوصي

يعيش الطفل مع

- والد(ة)/ وصي واحد (أكمل الأسئلة الواردة تحت الوالد(ة)/ الوصي 1
- الأبوين / الوصيين في الأسرة ذاتها (أكمل الأسئلة الواردة تحت الوالد(ة)/ الوصي 1 و 2
- الأبوين / الوصيين في أسرتين (أكمل الأسئلة الواردة تحت الوالد(ة)/ الوصي 1 و 2

	الوالد(ة)/ الوصي 1	الوالد(ة)/ الوصي 2
الاسم	_____	_____
صلة القرابة بالطفل	والد بيولوجي/ بالتبني/ زوج الأم / زوجة الأب <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة/ عمّ أو خال <input type="checkbox"/> والد(ة) بالتبني <input type="checkbox"/> جدّة <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ <input type="checkbox"/>	والد بيولوجي/ بالتبني/ زوج الأم / زوجة الأب <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة/ عمّ أو خال <input type="checkbox"/> والد(ة) بالتبني <input type="checkbox"/> جدّة <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ <input type="checkbox"/>
النوع	غير محدد <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	غير محدد <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	_____	_____
العنوان (بما في ذلك المدينة، والولاية، والرمز البريدي)	_____	_____
رقم هاتف	العمل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> _____	العمل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> _____
رقم الهاتف البديل	العمل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> _____	العمل <input type="checkbox"/> المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> _____
البريد الإلكتروني	_____	_____
هل كان عمرك أقل من 18 عامًا عند ولادة هذا الطفل؟	غير منطبق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	غير منطبق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟	_____	_____
هل تحتاج إلى مترجم فوري لهذه اللغة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
ما السلالة العرقية التي تنتمي إليها؟ يُرجى وضع علامة على جميع الإجابات التي تنطبق	الأفارقة/ الأفارقة الأمريكيون/السود <input type="checkbox"/> الآسيويون <input type="checkbox"/> سكان ألاسكا الأصليون/ الأمريكيون الأصليون/ الهنود <input type="checkbox"/> الحمرة سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليون <input type="checkbox"/> بيض البشرة <input type="checkbox"/> غير مذكورة أعلاه <input type="checkbox"/>	الأفارقة/ الأفارقة الأمريكيون/السود <input type="checkbox"/> ونيوآسي <input type="checkbox"/> سكان ألاسكا الأصليون/ الأمريكيون الأصليون/ الهنود <input type="checkbox"/> الحمرة سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليون <input type="checkbox"/> بيض البشرة <input type="checkbox"/> غير مذكورة أعلاه <input type="checkbox"/>
ما أعلى درجة علمية حصلت عليها؟	الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصفالسابع حتى الصف الثاني عشر دون <input type="checkbox"/> الحصول على دبلوم أو دبلوم معادلة الثانوية <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> قدر من التدريب في الجامعة/ دبلوم معادلة الثانوية العامة <input type="checkbox"/> التدريب المتقدم شهادة جامعية/ شهادة مهنية <input type="checkbox"/> درجة الزمالة <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"/> الصفالسابع حتى الصف الثاني عشر دون <input type="checkbox"/> الحصول على دبلوم أو دبلوم معادلة الثانوية <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> قدر من التدريب في الجامعة/ دبلوم معادلة الثانوية العامة <input type="checkbox"/> التدريب المتقدم شهادة جامعية/ شهادة مهنية <input type="checkbox"/> درجة الزمالة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/>

## طلب التقدم لبرنامج التعلم المبكر لعام 2021-2022

الوالدة(ة)/ الوصي 2	الوالدة(ة)/ الوصي 1
<p>نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟</p> <p>اسم جهة العمل ورقم هاتفها</p> <p>لا</p> <p>لا، متقاعد أو معاق أو معاق</p> <p>عملاً موسميًا</p>	<p>نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟</p> <p>اسم جهة العمل ورقم هاتفها</p> <p>لا</p> <p>لا، متقاعد أو معاق أو معاق</p> <p>عملاً موسميًا</p>
<p>نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصة، ووقت الدراسة، والسفر)؟</p> <p>اسم المدرسة والتخصص / الغرض التعليمي</p> <p>لا</p>	<p>نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصة، ووقت الدراسة، والسفر)؟</p> <p>اسم المدرسة والتخصص / الغرض التعليمي</p> <p>لا</p>
<p>نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا</p> <p>لا</p>	<p>نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا</p> <p>لا</p>
<p>نعم، فأنا أخدم حاليًا في القوات المسلحة</p> <p>نعم، أنا حاليًا فرد من أفراد القوات المسلحة الأمريكية أو كنت منضمًا إليها في الاثني عشر شهرًا الماضية / لفترة إجمالية مدتها 19 شهرًا</p> <p>نعم، أنا من المحاربين القدامى</p> <p>لا</p>	<p>نعم، فأنا أخدم حاليًا في القوات المسلحة</p> <p>نعم، أنا حاليًا فرد من أفراد القوات المسلحة الأمريكية أو كنت منضمًا إليها في الاثني عشر شهرًا الماضية / لفترة إجمالية مدتها 19 شهرًا</p> <p>نعم، أنا من المحاربين القدامى</p> <p>لا</p>

### مخاوف أسرية

يُرجى اختيار جميع المشكلات التي تقلقك سواء أكانت بشأنك أم بشأن أسرتك في منزلك
<p>والدة(ة) الطفل/ وصيه من العمال المهاجرين</p> <p>مهاجر/لاجئ حديثًا (الأعوام الخمسة الماضية)</p> <p>والدة(ة) الطفل/ وصيه مسجون</p> <p>فقدان أحد الأبوين (الوفاة، أو الهجرة، أو الترحيل)</p> <p>طلاق أو انفصال والدي الطفل/ الأوصياء عليه خلال حياة الطفل</p> <p>(تشرّد الأسرة فيما سبق (في الاثني عشر شهرًا الماضية)</p> <p>مخاوف أسرية بشأن السكن</p>
<p>التعرض للعنف الأسري (في الماضي أو الحاضر) بما في ذلك ما حدث قبل ولادتك</p> <p>مشكلات في الأسرة تتعلق بالمخدرات / الكحول أو إساءة استخدام المواد المخدرة (في الماضي أو الحاضر) بما في ذلك ما حدث قبل ولادتك</p> <p>الأسرة منعزلة اجتماعيًا، حيث تفتقر إلى التواصل الكامل أو شبه الكامل مع الآخرين</p> <p>مخاوف والدة(ة) الطفل/ وصيه بشأن الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها</p> <p>الأسرة لديها مخاوف قانونية</p>
<p>أحد أفراد الأسرة مصاب بإعاقه أو لديه حالة جسدية أو نفسية مزمنة وإنه:</p> <p>غير قادر على المشاركة في حياة العمل/ المدرسة/ الأسرة</p> <p>قادر إلى حدٍ ما على المشاركة في حياة العمل/ المدرسة/ الأسرة</p> <p>قادر في أغلب الأحيان على المشاركة في حياة العمل/ المدرسة/ الأسرة</p> <p>والدة(ة) الطفل/ وصيه لديه مشكلات في التعلم بدون إعاقه</p>

### الوضع المعيشي للأسرة

هل تتلقى الأسرة إعانة مالية للسكن، مثل قسيمة إسكان أو إعانة نقدية للسكن؟
<p>نعم □ لا □</p> <p>ما وضع السكن الحالي الخاص بأسرتك؟ ينص قانون ماكني-فينتو على تقديم الخدمات ووسائل الدعم للأطفال والشباب الذين يواجهون التشرّد. قد تُساعدنا إجاباتك على تحديد الخدمات التي قد يتمتع طفلك بأهلية الحصول عليها.</p> <p>أنتقل من مكانٍ لآخر/ أمكث في منازل أشخاص مختلفين □ سيارة، أو موقف سيارات، أو موقع تخيم، أو موقع مماثل □ في موتيل □ إيجار □ في سكن غير مزود بالمرافق (بدون مياه، أو تدفئة، أو كهرباء) □ في ملجأ □ تملك □ سكن مؤقت □</p> <p>غير ذلك - يُرجى التوضيح □</p> <p>(عن قصد (على سبيل المثال: لادخار الأموال، أو للبقاء بالقرب من الأسرة، أو غير ذلك □ □</p> <p>بسبب خسارة السكن، أو بسبب محنة اقتصادية، أو سبب مشابه □ □</p>

## طلب التقدم لبرنامج التعلم المبكر لعام 2021-2022

### دخول الأسرة وعدد أفرادها

ضع علامة على جميع الإجابات التي تنطبق، إذا كنت تتلقى أنت أو الطفل أو شخص آخر يعيش في منزلك له صلة قرابة بك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني هذه الأنواع من الإعانة الحكومية

غير ذلك - صلة القرابة بالطفل الوالدة(ة)/ الوصي □ الطفل □ دخل □ الضمان التكميلي بسبب الإعاقة يتلقاه □  
نقداً (TANF) المعونة المؤقتة للأسر المعوزة □

ضع علامة على جميع الإجابات التي تنطبق إذا كانت أسرتك تتلقى ما يلي  
□ Child-only TANF □ WorkFirst □ Working Connections Child Care subsidy □ SNAP □ WIC

هل قامت إحدى الوكالات بإحالتك إلى هذا البرنامج؟ □ نعم □ لا

### يُرجى إدراج الأفراد الآخرين الذين يعيشون في الأسرة الرئيسية للطفل دون إدراج نفسك أو الطفل

هل لهذا الشخص صلة قرابة لك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني؟	هل تتولى دعم هذا الشخص مادياً؟	صلة القرابة بالطفل	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	الاسم (الأول واسم العائلة)
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____
نعم □ لا □	نعم □ لا □	_____	_____	_____

ما العدد الإجمالي لأفراد أسرتك الذين يعيشون في منزلك بما في ذلك أنت والطفل؟ \_\_\_\_\_

كم يبلغ الإجمالي المقدر لدخول أسرتك في العام الميلادي الماضي أو في الاثني عشر شهراً الماضية؟ \_\_\_\_\_

أقرُّ بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج سليمة وصحيحة. وأقرُّ بأنني قد قَدِّمت كل ما لديّ من معلومات بشأن دخلي وعدد أفراد أسرتي، على نحو ما هو مطلوب في برامج التعليم كم يبلغ الإجمالي المقدر لدخول أسرتك في العام الميلادي الماضي أو في الاثني عشر شهراً الماضية؟ . وأقرُّ، كذلك، بأنني أدرك أنه يجوز حرمان أسرتي من الاستمرار في تلقي خدمات البرنامج إذا كنتُ فقد يصبح من الواجب عليّ تسديد المبلغ الذي تم، (ECEAP) قد قَدِّمت أي معلومات غير صحيحة عن عمد. بالإضافة إلى ذلك، إذا سجّل طفلي في برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة إنفاقه على طفلي

ومنطقة الخدمات (DCYF) أنا أتفهم أن المعلومات في هذا الطلب يتم إدخالها في مختلف قواعد البيانات الخاصة ببرنامج التعلم المبكر بمعرفة إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر بحماية المعلومات السرية والشخصية التي (PSESD) ومنطقة الخدمات التعليمية لبوجت ساوند (DCYF) تلتزم إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر. (PSESD) التعليمية لبوجت ساوند من الممكن أن تدل على هوية أي 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 التعلم المبكر تساعد الأطفال في مرحلة لاحقة من حياتهم أم لا
- لإثبات أن ولاية واشنطن تنفق جزءاً من أموالها الخاصة على برامج مخصصة للأسر، والتي تعد مطلوبة للاستفادة من برامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة من قبل الحكومة الفيدرالية

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الوالدة(ة)/ 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)

# Early Learning Application 2021-2022

<b>PSESD Early Learning Staff Only</b>			
<b>Section 1:</b> Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer			
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): _____	
<b>EHS Only</b> - Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <span style="float: right;">If yes, mother's name: _____</span>			
<b>Section 2:</b> For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.			
<input type="checkbox"/> Childcare 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		
<b>Staff Name &amp; Signature:</b> _____			<b>Date:</b> _____

