

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) на 2021/2022 год

## 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 с ребенком в семье? _____	2-й язык: _____
Ребенок говорит: <input type="checkbox"/> только на английском <input type="checkbox"/> преимущественно на английском, а также на другом языке <input type="checkbox"/> на английском и на другом языке параллельно (билингв)	<input type="checkbox"/> немного на английском, но преимущественно на другом языке <input type="checkbox"/> только на языке, отличном от английского

Относится ли ребенок к испаноговорящим или латиноамериканцам? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
К какой расе принадлежит ребенок? Отметьте все подходящие варианты.
<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие <input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана
<input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Белые
<input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите: _____
Укажите этническую принадлежность / племя / страну происхождения вашей семьи: _____

Участвовал ли ребенок ранее по крайней мере в одной 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, штат Washington <input type="checkbox"/> Migrant/Seasonal Head Start в любом месте штата Washington
<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) или любая программа Birth-to-Three / Home Visiting <input type="checkbox"/> Head Start / Early Head Start / ECEAP в другом округе штата Washington
Когда ребенок посещал организацию, предоставляющую услуги по программе, в последний раз? _____
Название и расположение организации, предоставляющей услуги по программе: _____
Зарезервировано ли за ребенком место в этой организации, предоставляемое жителям данного сообщества? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у ребенка <b>брат или сестра</b> , за которыми в настоящее время зарезервировано место в этой организации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

<b>Вопросы ниже приведены только в ознакомительных целях. Ответ «Да» не повлияет на ваше соответствие требованиям или участие в программе.</b>
Находится ли 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. _____
Укажите сумму и источник ежемесячного гранта / субсидии. \$ _____ <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Племя <input type="checkbox"/> Другое
Количество детей, охватываемых суммой гранта: _____
Находится ли ребенок под опекой родственников <b>без</b> установленной суммы гранта? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Был ли этот ребенок усыновлен/удочерен после опеки приемных родителей или родственников либо из детского дома в другой стране? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Воссоединился ли ребенок недавно со своими родителями 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) либо через правоохранительную/судебную систему? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предоставлялись ли вашей семье услуги в рамках программ CPS, FAR или ICW либо через правоохранительную/судебную систему в прошлом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Утверждены ли в настоящее время для вашей семьи услуги по уходу за детьми в рамках программы CPS или FAR?
<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов утверждено в неделю? _____
<input type="checkbox"/> Нет
Был ли ребенок исключен из программы обучения детей младшего возраста из-за проблем с поведением? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

# Заявление о зачислении в

## Сведения о ребенке: здоровье

Есть ли у ребенка медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какого типа? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health / ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная страховка <input type="checkbox"/> Страховка члена племени <input type="checkbox"/> Медицинская страховка военнослужащего
Есть ли у ребенка постоянный врач или клиника, которую он регулярно посещает? <input type="checkbox"/> Да. Название клиники / поставщика медицинских услуг: _____ Имя медицинского работника: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Проходил ли ребенок профилактическое обследование за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да. Дата последнего обследования (месяц/число/год): _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дата неизвестна

Есть ли у ребенка стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какого типа? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health / ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная страховка <input type="checkbox"/> Страховка члена племени <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> Стоматологическая страховка военнослужащего
Есть ли у ребенка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника, которую он регулярно посещает? <input type="checkbox"/> Да. Название клиники / поставщика медицинских услуг: _____ Имя специалиста-стоматолога: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Проходил ли ребенок стоматологическое обследование за последние 6 месяцев? <input type="checkbox"/> Да. Дата последнего обследования (месяц/число/год): _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дата неизвестна

Укажите прививочный статус вашего ребенка. <input type="checkbox"/> Полностью привит <input type="checkbox"/> Освобожден <input type="checkbox"/> Не полностью привит или не освобожден <input type="checkbox"/> Точно не известно
--

Было ли у ребенка диагностировано поставщиком медицинских услуг хроническое заболевание (например, психические заболевания, астма, рак, диабет, судороги, СДВГ, аутизм, расщепление позвоночника, серповидноклеточная анемия, опасная для жизни аллергия)? <input type="checkbox"/> Да. Уточните: _____ Какова степень тяжести заболевания? <input type="checkbox"/> Тяжелое <input type="checkbox"/> Умеренное <input type="checkbox"/> Незначительное <input type="checkbox"/> Нет
--

## Сведения о ребенке: развитие

Вызывает ли у вас что-нибудь беспокойство по поводу здоровья ребенка? <input type="checkbox"/> Да. Отметьте все применимые пункты ниже <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (менее 5,5 фунта / 5 фунтов 8 унций) <input type="checkbox"/> Преждевременные роды (ранее 37 недель) <input type="checkbox"/> Влияние алкоголя/препаратов
<input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Мелкая моторика / крупная моторика <input type="checkbox"/> Зубная боль, кариес, кровоточащие десны
<input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Пищевая непереносимость / специальная диета
Опишите: _____

Имеется ли для ребенка <b>применяемый в настоящее время</b> План индивидуального обучения (Individual Education Plan, IEP) или План индивидуального семейного обслуживания (Individual Family Service Plan, IFSP)? <input type="checkbox"/> Да. Предоставьте копию с заявлением. <input type="checkbox"/> Нет. Отметьте применимые пункты ниже. <input type="checkbox"/> У моего ребенка диагностирована задержка в развитии или имеется инвалидность, нет IEP, <b>или</b> данные ребенка направлены на оценку. <input type="checkbox"/> У моего ребенка заподозрена задержка в развитии или инвалидность.
--

# Заявление о зачислении в

## Сведения о родителях/опекунах

С кем проживает ребенок?

- С одним родителем или опекуном (укажите информацию о родителе или опекуне 1)  
 С двумя родителями или опекунами в одном домохозяйстве (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2)  
 С двумя родителями или опекунами в разных домохозяйствах (укажите информацию о родителях или опекунах 1 и 2)

	Родитель/опекун 1	Родитель/опекун 2
Имя, фамилия	_____	_____
Кем приходится ребенку	<input type="checkbox"/> Биологический родитель, усыновивший/удочеривший родитель, отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Приемный родитель, под опекой которого находится ребенок <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Прочие: _____	<input type="checkbox"/> Биологический родитель, усыновивший/удочеривший родитель, отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Приемный родитель, под опекой которого находится ребенок <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Прочие: _____
Пол	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Не указан	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Не указан
Дата рождения (месяц/число/год)	_____	_____
Адрес (включая город, штат, почтовый индекс)	_____	_____
Телефон	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий
Дополнительный телефон	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий	_____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий
Адрес электронной почты	_____	_____
Было ли вам менее 18 лет, когда родился 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 вы принадлежите? Отметьте все подходящие варианты.	<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы <input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите: _____	<input type="checkbox"/> Африканцы / афроамериканцы / чернокожие <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Уроженцы Аляски / коренные американцы / американские индейцы <input type="checkbox"/> Уроженцы Гавайских или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного. Укажите: _____
Укажите <b>наивысший</b> уровень полученного вами образования.	<input type="checkbox"/> 6-й класс или менее <input type="checkbox"/> С 7-го по 12-й классы, без диплома или GED <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> GED (свидетельство о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Неоконченное обучение в колледже 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 <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> GED (свидетельство о среднем образовании) <input type="checkbox"/> Неоконченное обучение в колледже 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

	Родитель/опекун 1	Родитель/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 по инвалидности) <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 по инвалидности) <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 учебного заведения и специальность или цель: _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да. Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? _____ Название учебного заведения и специальность или цель: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Участвуете ли вы в утвержденных мероприятиях WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Да. Укажите мероприятие и утвержденное число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да. Укажите мероприятие и утвержденное число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли вы действительным или бывшим военнослужащим США?	<input type="checkbox"/> Да, являюсь военнослужащим <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, являюсь военнослужащим <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

### Проблемы в семье

Отметьте проблемные аспекты, которые касаются вас или членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Член домохозяйства имеет инвалидность <b>либо</b> хроническое физическое или психическое заболевание:<br><input type="checkbox"/> не может участвовать в деятельности, связанной с работой, учебой, семейной жизнью;<br><input type="checkbox"/> не в полной степени может участвовать в деятельности, связанной с работой, учебой, семейной жизнью;<br><input type="checkbox"/> преимущественно может участвовать в деятельности, связанной с работой, учебой, семейной жизнью.<br><input type="checkbox"/> У родителя или опекуна ребенка имеются трудности в обучении, но без инвалидности | <input type="checkbox"/> Домашнее насилие в семье (в прошлом или настоящем), в том числе <i>во время внутриутробного развития</i><br><input type="checkbox"/> Проблемы со злоупотреблением наркотиками, алкоголем или психотропными веществами в семье (в прошлом или настоящем), в том числе <i>во время внутриутробного развития</i><br><input type="checkbox"/> Социальная изоляция семьи с полным или почти полным отсутствием контактов с другими людьми<br><input type="checkbox"/> Беспокойство родителя/опекуна ребенка о получении или сохранении работы<br><input type="checkbox"/> Семья имеет юридические проблемы | <input type="checkbox"/> Родитель или опекун ребенка является рабочим мигрантом<br><input type="checkbox"/> Недавний иммигрант или беженец (за последние 5 лет)<br><input type="checkbox"/> Родитель или опекун ребенка находится в заключении<br><input type="checkbox"/> Утрата родителя (смерть, отказ или депортация)<br><input type="checkbox"/> Родители или опекуны ребенка развелись или живут отдельно на протяжении жизни ребенка<br><input type="checkbox"/> Семья ранее была бездомной (за последние 12 месяцев)<br><input type="checkbox"/> Семья имеет проблемы с жильем |
|--|--|--|

### Жилье семьи

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

Где в настоящее время проживает ваша семья? 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"/> Съемное жилье     | <input type="checkbox"/> Мотель | <input type="checkbox"/> Машина, парк, кемпинг или аналогичное место | <input type="checkbox"/> Переезжаем из одного места в другое / живем там, где предлагают           |
| <input type="checkbox"/> Собственное жилье | <input type="checkbox"/> Приют  | <input type="checkbox"/> Временное жилье                             | <input type="checkbox"/> В жилье с недостатком удобств (отсутствие воды, отопления, электричества) |
- В чужом доме или квартире вместе с другой семьей:  Другое. Укажите: \_\_\_\_\_
- по своему выбору (например, копите деньги, хотите быть ближе к семье и т. д.);
- в связи с потерей жилья, экономическими проблемами или по аналогичной причине.

# Заявление о зачислении в

## Доходы и размер семьи

Отметьте все подходящие варианты, если вы, ребенок или другой человек, проживающий в вашем доме и связанный с вами кровными узами, в результате брака или усыновления/удочерения, получаете следующие типы социального обеспечения.

Кто получает SSI по инвалидности:  ребенок  родитель/опекун  другое лицо. Укажите, кем приходится ребенку: \_\_\_\_\_

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

Если ваша семья получает указанные ниже выплаты, отметьте, какие именно.

Child-only TANF  WorkFirst  Субсидии в рамках Working Connections Child Care  SNAP  WIC

На эту программу вас направило агентство?  Да: \_\_\_\_\_  Нет

Укажите ниже всех остальных людей, проживающих вместе с ребенком в его основном домохозяйстве, за исключением вас и самого ребенка.

Имя и фамилия	Дата рождения (месяц/число/год)	Кем приходится ребенку	Оказываете ли вы финансовую помощь этому человеку?	Связан ли этот человек с вами кровными узами, в результате брака или усыновления/удочерения?
_____	_____	_____	<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

Сколько **всего** членов семьи проживают в вашем доме, включая вас и этого ребенка? \_\_\_\_\_

Укажите **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 обучения детей младшего возраста. Я понимаю, что в случае предоставления заведомо ложных сведений моя семья не сможет получать дальнейшие услуги в рамках программы. Кроме того, если мой ребенок участвует в программе ECEAP, мне, возможно, придется уплатить сумму, потраченную на моего ребенка.

Я понимаю, что указанная в данном заявлении информация вносится в различные базы данных программ обучения детей младшего возраста, 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 участие в программе обучения детей младшего возраста в их дальнейшей жизни.
- Подтверждение того, что штат Washington 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).

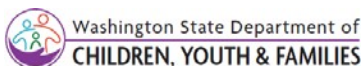
Подпись родителя или опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

(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)



# Заявление о зачислении в

PSESD Early Learning Staff Only			
<b>Section 1: Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer</b>			
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: For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours.</b>			
<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		
Staff Name & Signature: _____		Date: _____	

