

幼儿信息 – 基本资料

名字: _____	中间名缩写: _____	姓氏: _____
出生日期 (年/月/日): _____		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

幼儿的 家庭语言 ? _____	第二语言: _____
幼儿使用的语言:	
<input type="checkbox"/> 仅说英语	<input type="checkbox"/> 大部分英语, 夹杂其他语言
<input type="checkbox"/> 使用英语和其他语言的情况差不多 (双语)	<input type="checkbox"/> 部分英语, 大部分为其他语言
	<input type="checkbox"/> 仅说英语以外的另外一种语言

幼儿是西班牙裔/拉丁裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
幼儿的 种族 ? 请勾选所有适用项:	
<input type="checkbox"/> 非裔/非裔美国人/裔黑人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民
<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 斯加原住民/美洲原住民/美洲印地安人	<input type="checkbox"/> 不属于以上列出的种族: _____
您的 家庭背景/宗族/来源国 ? _____	

幼儿之前是否曾报名参加过这些计划? 仅勾选 最近参加的 :		
<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 华盛顿州金县或皮尔斯县启蒙计划/早期启蒙计划/儿童早期教育和援助计划 (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP)	<input type="checkbox"/> 华盛顿州任意地点移民/季节性启蒙计划
<input type="checkbox"/> 婴幼儿早期支持 (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) - 出生到三岁/家访计划	<input type="checkbox"/> 华盛顿州其他县启蒙计划/早期启蒙计划/ECEAP	
幼儿上次参加计划的时间? _____	计划名称和地点: _____	
幼儿目前是否注册此地的社区席位? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
幼儿是目前在此地注册儿童的 兄弟姐妹 ? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

以下信息仅供参考。回答“是”不影响您参加计划的资格和注册。	
幼儿由官方寄养机构照顾或由亲属在 有 补助金的情况下照顾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如回答是 , 案件号或客户 ID 号是多少? _____	<input type="checkbox"/> 社会与卫生服务部(Department of Social and Health Services, DSHS)
每月补助/付款金额和来源? \$ _____	<input type="checkbox"/> 社会安全生活补助金 (Supplemental Security Income, SSI)
补助金涵盖的儿童数量: _____	<input type="checkbox"/> 宗族
	<input type="checkbox"/> 其他
幼儿由亲属抚养, 但 无 补助金? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
幼儿是从寄养机构或亲属抚养家庭或从其他国家的孤儿院领养的吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
幼儿在寄养或亲属抚养后近期是否与父母团聚? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您的家庭目前是否获得儿童保护服务 (Child Protective Services, CPS)、家庭评估响应 (Family Assessment Response, FAR)、印地安儿童福利 (Indian Child Welfare, ICW) 或执法/法院系统的服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您的家庭过去是否接受过 CPS/FAR/ICW 或执法/法院系统的服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您的家庭目前通过了 CPS 或 FAR 儿童保育批准?	
<input type="checkbox"/> 是 - 批准每周多少个小时? _____	
<input type="checkbox"/> 否	
幼儿是否曾因行为问题而被要求退出早教计划? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

幼儿信息 – 健康

幼儿是否有医疗保险？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 如有，医疗保险类型？ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 军事医疗保险	
幼儿是否有私人医生或医疗诊所？ <input type="checkbox"/> 有 – 诊所/服务提供方名称： _____ 医疗专业人员姓名： _____ <input type="checkbox"/> 无	
幼儿在过去 12 个月内是否接受过儿童健康检查？ 是 – 上次 <input type="checkbox"/> 检查日期（年/月/日）： _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 日期未知	

幼儿是否有牙科保险？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 如有，牙科保险类型？ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> 军事牙科保险	
幼儿是否有私人牙医或牙科诊所？ 有 – 诊所/服务提供方 <input type="checkbox"/> 名称： _____ 牙科专业人员姓名： _____ <input type="checkbox"/> 无	
幼儿在过去 6 个月内是否接受过牙科检查？ 是 – 上次 <input type="checkbox"/> 检查日期（年/月/日）： _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 日期未知	

幼儿的免疫状态如何？ <input type="checkbox"/> 完全免疫 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 非完全免疫或免除 <input type="checkbox"/> 不确定

是否曾有医疗保健服务提供方诊断幼儿患有慢性疾病（可能包括心理健康、哮喘、癌症、糖尿病、癫痫、注意力缺陷多动症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)、自闭症、脊柱裂、镰状细胞病或危及生命的过敏）？ <input type="checkbox"/> 是 – 请说明： _____ 认为健康问题： <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 否
--

幼儿信息 – 发育

您是否担忧幼儿的健康状况？ <input type="checkbox"/> 是 – 请勾选以下所有适用项 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 出重体重轻（低于 5.5 磅/5 磅 8 盎司）	<input type="checkbox"/> 37 周前早产 精细肢体	<input type="checkbox"/> 受药物/酒精影响
<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 运动/粗肢体运动	<input type="checkbox"/> 牙疼/龋坏/牙龈出血
<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 食物不耐受/特殊饮食 –	
<input type="checkbox"/> 请说明： _____		

幼儿目前正在参加个别教育计划 (Individual Education Plan, IEP) 或个别家庭服务计划 (Individual Family Service Plan, IFSP)？ <input type="checkbox"/> 是 – 请随附一份副本与申请表一起提交。 <input type="checkbox"/> 否 – 请勾选所有适用项： <input type="checkbox"/> 我的孩子被诊断为发育迟缓或残疾、没有参加 IEP 或被转介接受评估。 <input type="checkbox"/> 我的孩子疑似发育迟缓或残疾。
--

父母/监护人信息

幼儿共同生活人员：
 单亲/一名监护人（填写父母/监护人 1）
 同一家庭双亲/两名监护人（填写父母/监护人 1 和 2）
 两个家庭双亲/两名监护人（填写父母/监护人 1 和 2）

	父母/监护人 1	父母/监护人 2
姓名	_____	_____
与幼儿的关系	<input type="checkbox"/> 亲生父母/养父母/继父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> 亲生父母/养父母/继父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 祖父母
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未指明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未指明
出生日期（年/月/日）	_____	_____
地址（包括市、州、邮编）	_____	_____
电话	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作
其他电话	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作
电子邮箱	_____	_____
幼儿出生时您未年满 18 岁？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
您说哪种语言？	_____	_____
是否需要该语言的口译人员？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的种族？请勾选所有适用项	<input type="checkbox"/> 非裔/非裔美国人/裔黑人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 斯加原住民/美洲原住民/美洲印地安人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不属于以上列出的种族： _____	<input type="checkbox"/> 非裔/非裔美国人/裔黑人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 斯加原住民/美洲原住民/美洲印地安人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不属于以上列出的种族： _____
您完成的最高教育水平？	<input type="checkbox"/> 6 年级或以下 <input type="checkbox"/> 7 到 12 年级，无文凭或普通同等学历证书 (General Equivalency Diploma, GED) <input type="checkbox"/> 高中文凭 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 部分大学/高等培训 <input type="checkbox"/> 大学/专业 <input type="checkbox"/> 证书 副学士学位 <input type="checkbox"/> 学士学位 <input type="checkbox"/> 硕士或博士学位 <input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 6 年级或以下 <input type="checkbox"/> 7 到 12 年级，无文凭或普通同等学历证书 (General Equivalency Diploma, GED) <input type="checkbox"/> 高中文凭 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 部分大学/高等培训 <input type="checkbox"/> 大学/专业 <input type="checkbox"/> 证书 副学士学位 <input type="checkbox"/> 学士学位 <input type="checkbox"/> 硕士或博士学位 <input type="checkbox"/> 无

2021-2022 早教申请

	父母/监护人 1	父母/监护人 2
您目前是否在职?	<input type="checkbox"/> 是 – 每周工作小时数 (包括出行)? _____ 雇主名称和电话号码: _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否, 已退休或残疾 <input type="checkbox"/> 季节性	<input type="checkbox"/> 是 – 每周工作小时数 (包括出行)? _____ 雇主名称和电话号码: _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否, 已退休或残疾 <input type="checkbox"/> 季节性
目前正在参加职业培训或在学校学习?	<input type="checkbox"/> 是 – 每周小时数 (包括课堂时间、学习时间、出行)? _____ 学校名称和专业/目标: _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 – 每周小时数 (包括课堂时间、学习时间、出行)? _____ 学校名称和专业/目标: _____ <input type="checkbox"/> 否
是否参加了批准的 WorkFirst 活动?	<input type="checkbox"/> 是 – 请说明活动以及批准的每周小时数: _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 – 请说明活动以及批准的每周小时数: _____ <input type="checkbox"/> 否
您目前或曾经是否在美国参军?	<input type="checkbox"/> 是, 现役军人 <input type="checkbox"/> 是, 目前或过去 12 个月内接受部署/总计 19 个月 <input type="checkbox"/> 是, 退伍军人 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 现役军人 <input type="checkbox"/> 是, 目前或过去 12 个月内接受部署/总计 19 个月 <input type="checkbox"/> 是, 退伍军人 <input type="checkbox"/> 否

家庭顾虑

请勾选您对自己/家人的顾虑:

<input type="checkbox"/> 家庭成员残疾或患有慢性生理或心理疾病 并且: <input type="checkbox"/> 无法参加工作/上学/家庭生活 <input type="checkbox"/> 可在一定程度上参加工作/上学/家庭生活 <input type="checkbox"/> 能够参加大部分工作/上学/家庭生活 <input type="checkbox"/> 幼儿父母/监护人存在学习困难, 无残疾	<input type="checkbox"/> 家庭暴力 (过去或当前), 包括出生之前 <input type="checkbox"/> 家庭药物/酒精问题或物质滥用 (过去或当前), 包括出生之前 <input type="checkbox"/> 家庭与社会隔绝, 完全或几乎完全不与其他人接触 <input type="checkbox"/> 幼儿父母/监护人在获得工作或保留工作方面存在顾虑 <input type="checkbox"/> 家庭有法律方面的顾虑	<input type="checkbox"/> 幼儿父母/监护人是外来务工人员 <input type="checkbox"/> 近期移民/难民 (过去 5 年) <input type="checkbox"/> 幼儿父母/监护人受到监禁 <input type="checkbox"/> 失去父亲或母亲 (死亡、遗弃或驱逐出境) <input type="checkbox"/> 幼儿父母/监护人在其幼儿期离婚或分居 <input type="checkbox"/> 家庭之前无住所 (过去 12 个月内) <input type="checkbox"/> 家庭在住房方面存在顾虑
--	--	--

家庭居住条件

家庭是否收到住房补贴, 比如住房补贴凭证或现金住房援助? 是 否

家庭目前的居住条件? 《麦基尼-文托法案》(McKinney-Vento Act) 为无家可归的幼儿和青少年提供服务和支持。您的回答可能有助于我们确定幼儿有资格接受的服务。

<input type="checkbox"/> 租赁房屋 <input type="checkbox"/> 自有房屋 <input type="checkbox"/> 其他人的住房或与其他家庭共用公寓: <ul style="list-style-type: none"> > <input type="checkbox"/> 自愿 (例如, 为了省钱、离家人更近等) > <input type="checkbox"/> 因丧失住房、经济困难或类似原因 	<input type="checkbox"/> 汽车旅馆 <input type="checkbox"/> 庇护所 <input type="checkbox"/> 汽车、公园、校园或类似场所 <input type="checkbox"/> 过渡性住房	<input type="checkbox"/> 四处搬家/沙发客 <input type="checkbox"/> 设施不完备 (无水、热、电) 的住宅 <input type="checkbox"/> 其他 – 请说明: _____
--	---	--

2021-2022 早教申请

家庭收入和成员数量

请勾选所有适用项（如果您、幼儿或家中其他与您具有血缘、婚姻或收养关系的人员接受这些类型的公共援助）：

- 接受残疾 SSI 的人员： 幼儿 父母/监护人 其他人 – 与幼儿的关系：_____
- 贫困家庭临时援助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 现金。

请勾选所有适用项（如果家庭接受下列援助）：

- 仅针对幼儿的 TANF WorkFirst 就业关系之托儿服务 (Working Connections Child Care) 补贴 补充营养援助项目 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 妇女、婴儿及儿童营养补充特别计划 (Women, Infants and Children, WIC)

是否是机构推荐您参加此计划？ 是：_____ 否

请在下方列出在幼儿主要家庭中生活的其他人员，不包括您自己或幼儿。

姓名（名字和姓氏）	出生日期 (年/月/日)	与幼儿的关系	您是否在财务 上支持此人？	此人是否与您具有血缘、 婚姻或收养关系？
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您家中居住的家庭成员总数是多少，包括您自己和幼儿？ _____

过去一个日历年或过去 12 个月，您家庭的估计总收入达到多少？ _____

本人承诺此表中的信息准确无误。本人已按早教计划的要求报告所有收入和家庭人数。本人知悉，如本人故意提供虚假信息，本人家庭可能无法继续接受计划服务。此外，如果我的孩子注册 ECEAP，本人可能需要偿还为本人孩子花费的金额。

本人知悉，本申请表所载信息将输入儿童、青年和家庭部 (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) 及普吉湾教育服务区 (Puget Sound Educational Service District, PSESD) 所运作的各种早教数据库。DCYF 和 PSESD 承诺保护可识别幼儿或家庭的机密和个人信息。与移民状态有关的信息不输入数据库或与州或联邦机构共享。数据库中的信息可用于以下用途：

- 调查研究，以确定参与早教是否有助于孩子以后的生活。
- 证明华盛顿州将部分资金投入家庭计划，这是从联邦政府接受贫困家庭临时援助资金的必要条件。

父母/监护人签名 _____ 日期 _____

(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)



PSESD Early Learning Staff Only			
Section 1: 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): _____	
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: _____			
Section 2: 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		
Staff Name & Signature: _____			Date: _____