

幼兒資訊 – 基本資料

名字: _____	中間名縮寫: _____	姓氏: _____
出生日期 (年/月/日): _____		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

幼兒的家庭語言? _____	第二語言: _____
幼兒使用的語言: <input type="checkbox"/> 僅說英語 <input type="checkbox"/> 大部分英語, 夾雜其他語言 <input type="checkbox"/> 部分英語, 大部分為其他語言	<input type="checkbox"/> 使用英語和其他語言的情況差不多 (雙語) <input type="checkbox"/> 僅說英語以外的另外一種語言

幼兒是西班牙裔/拉丁裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
幼兒的種族? 請勾選所有適用項: <input type="checkbox"/> 非裔/非裔美國人/裔黑人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <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"/> 不屬於以上列出的種族: _____
您的家庭背景/宗族/來源國? _____

幼兒之前是否曾報名參加過這些計劃? 僅勾選最近參加的: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 華盛頓州金縣或皮爾斯縣啟蒙計劃/早期啟蒙計劃/兒童早期教育和援助計劃 (Early Childhood Education and Assistance Program, ECEAP) <input type="checkbox"/> 華盛頓州任意地點移民/季節性啟蒙計劃 <input type="checkbox"/> 嬰幼兒早期支持 (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) - 出生到三歲/家訪計劃 <input type="checkbox"/> 華盛頓州其他縣啟蒙計劃/早期啟蒙計劃/ECEAP
幼兒上次參加計劃的時間? _____ 計劃名稱和地點: _____
幼兒目前是否註冊此地的社區席位? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
幼兒是目前在此地註冊兒童的 兄弟姐妹 ? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

以下資訊僅供參考。回答「是」不影響您參加計劃的資格和註冊。

幼兒由官方寄養機構照顧或由親屬在有補助金的情況下照顧? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如回答是, 案件號或客戶 ID 號是多少? _____
每月補助/付款金額和來源? \$ _____ <input type="checkbox"/> 社會與衛生服務部 (Department of Social and Health Services, DSHS) <input type="checkbox"/> 社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI) <input type="checkbox"/> 宗族 <input type="checkbox"/> 其他
補助金涵蓋的兒童數量: _____
幼兒由親屬撫養, 但無補助金? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
幼兒是從寄養機構或親屬撫養家庭或從其他國家的孤兒院領養的嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
幼兒在寄養或親屬撫養後近期是否與父母團聚? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的家庭目前是否獲得兒童保護服務 (Child Protective Services, CPS)、家庭評估回應 (Family Assessment Response, FAR)、印地安兒童福利 (Indian Child Welfare, ICW) 或執法/法院系統的服務? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的家庭過去是否接受過 CPS/FAR/ICW 或執法/法院系統的服務? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的家庭目前通過了 CPS 或 FAR 兒童保育批准? 是 - 批准每週多少個 <input type="checkbox"/> 小時? _____ <input type="checkbox"/> 否
幼兒是否曾因行為問題而被要求退出早教計劃? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

幼兒資訊 – 健康

幼兒是否有醫療保險？ 是 否

如有，醫療保險類型？ Washington Apple Health/ProviderOne 私人保險 宗族 軍事醫療保險

幼兒是否有私人醫生或醫療診所？

有 – 診所/服務提供方名稱： _____

醫療專業人員姓名： _____ 無

幼兒在過去 12 個月內是否接受過兒童健康檢查？ 是 – 上次檢查日

期（年/月/日）： _____

否 日期未知

幼兒是否有牙科保險？ 是 否

如有，牙科保險類型？ Washington Apple Health/ProviderOne 私人保險 宗族 ABCD 軍事牙科保險

幼兒是否有私人牙醫或牙科診所？ 有 – 診所/服務提供

方名稱： _____

牙科專業人員姓名： _____

無

幼兒在過去 6 個月內是否接受過牙科檢查？ 是 – 上次檢查

日期（年/月/日）： _____

否 日期未知

幼兒的免疫狀態如何？ 完全免疫 免除 非完全免疫或免除 不確定

是否曾有醫療保健服務提供方診斷幼兒患有慢性疾病（可能包括心理健康、哮喘、癌症、糖尿病、癲癇、注意力缺陷多動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)、自閉症、脊柱裂、鐮狀細胞病或危及生命的過敏）？

是 – 請說明： _____

認為健康問題： 嚴重 中等 輕微

否

幼兒資訊 – 發育

您是否擔憂幼兒的健康狀況？ 是 – 請勾選以下所有適用項 否

出重體重輕（低於 5.5 磅/5 磅 8 盎司）

37 週前早產 精細肢體運動/粗肢體

受藥物/酒精影響

聽力

運動

牙疼/齦壞/牙齦出血

視力

食物不耐受/特殊飲食 –

請說明： _____

幼兒目前正在參加個別教育計劃 (Individual Education Plan, IEP) 或個別家庭服務計劃 (Individual Family Service Plan, IFSP)？

是 – 請隨附一份副本與申請表一起提交。

否 – 請勾選所有適用項：

我的孩子被診斷為發育遲緩或殘疾、沒有參加 IEP 或被轉介接受評估。

我的孩子疑似發育遲緩或殘疾。

父母/監護人資訊

幼兒共同生活人員：

- 單親/一名監護人 (填寫父母/監護人 1)
 同一家庭雙親/兩名監護人 (填寫父母/監護人 1 和 2)
 兩個家庭雙親/兩名監護人 (填寫父母/監護人 1 和 2)

	父母/監護人 1	父母/監護人 2
姓名	_____	_____
與幼兒的關係	<input type="checkbox"/> 親生父母/養父母/繼父母 <input type="checkbox"/> 寄養父母 祖父 <input type="checkbox"/> 姨母/叔父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 親生父母/養父母/繼父母 <input type="checkbox"/> 寄養父母 祖父 <input type="checkbox"/> 姨母/叔父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：_____
性別	<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、郵編)	_____	_____
電話	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作
其他電話	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作	_____ <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作
電子郵箱	_____	_____
幼兒出生時您未年滿 18 歲?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
您說哪種語言?	_____	_____
是否需要該語言的口譯人員?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的種族? 請勾選所有適用項	<input type="checkbox"/> 非裔/非裔美國人/亞裔黑人 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <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島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不屬於以上列出的種族：_____	<input type="checkbox"/> 非裔/非裔美國人/亞裔黑人 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <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島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不屬於以上列出的種族：_____
您完成的最高教育水準?	<input type="checkbox"/> 6 年級或以下 <input type="checkbox"/> 7 到 12 年級, 無文憑或普通同等學歷證書 <input type="checkbox"/> 高中文憑 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 部分大學/高等培訓 <input type="checkbox"/> 大學/專業證書 <input type="checkbox"/> 副學士學位 <input type="checkbox"/> 學士學位 <input type="checkbox"/> 碩士或博士學位 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 6 年級或以下 <input type="checkbox"/> 7 到 12 年級, 無文憑或普通同等學歷證書 <input type="checkbox"/> 高中文憑 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 部分大學/高等培訓 <input type="checkbox"/> 大學/專業證書 <input type="checkbox"/> 副學士學位 <input type="checkbox"/> 學士學位 <input type="checkbox"/> 碩士或博士學位 <input type="checkbox"/> 無

2021-2022 早教申請

	父母/監護人 1	父母/監護人 2
您目前是否在職？	<input type="checkbox"/> 是 – 每週工作小時數（包括出行）？ _____ 雇主名稱和電話號碼： _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否，已退休或殘疾 季節 <input type="checkbox"/> 性	<input type="checkbox"/> 是 – 每週工作小時數（包括出行）？ _____ 雇主名稱和電話號碼： _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否，已退休或殘疾 季節 <input type="checkbox"/> 性
目前正在參加職業培訓或在學校學習？	<input type="checkbox"/> 是 – 每週小時數（包括課堂時間、學習時間、出行）？ _____ 學校名稱和專業/目標： _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 – 每週小時數（包括課堂時間、學習時間、出行）？ _____ 學校名稱和專業/目標： _____ <input type="checkbox"/> 否
是否參加了批准的 WorkFirst 活動？	<input type="checkbox"/> 是 – 請說明活動以及批准的每週小時數： _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 – 請說明活動以及批准的每週小時數： _____ <input type="checkbox"/> 否
您目前或曾經是否在美國參軍？	<input type="checkbox"/> 是，現役軍人 <input type="checkbox"/> 是，目前或過去 12 個月內接受部署/總計 19 個月 <input type="checkbox"/> 是，退伍軍 <input type="checkbox"/> 人否	<input type="checkbox"/> 是，現役軍人 <input type="checkbox"/> 是，目前或過去 12 個月內接受部署/總計 19 個月 <input type="checkbox"/> 是，退伍軍 <input type="checkbox"/> 人否

家庭顧慮

請勾選您對自己/家人的顧慮：

<input type="checkbox"/> 家庭成員殘疾或患有慢性生理或心理疾病 並且： <input type="checkbox"/> 無法參加工作/上學/家庭生活 <input type="checkbox"/> 可在一定程度上參加工作/上學/家庭生活 <input type="checkbox"/> 能夠參加大部分工作/上學/家庭生活	<input type="checkbox"/> 家庭暴力（過去或當前），包括 <i>出生之前</i> <input type="checkbox"/> 家庭藥物/酒精問題或物質濫用（過去或當前），包括 <i>出生之前</i> <input type="checkbox"/> 家庭與社會隔絕，完全或幾乎完全不與其他入接觸 <input type="checkbox"/> 幼兒父母/監護人在獲得工作或保留工作方面存在顧慮 <input type="checkbox"/> 家庭有法律方面的顧慮	<input type="checkbox"/> 幼兒父母/監護人是外來務工人員 <input type="checkbox"/> 近期移民/難民（過去 5 年） <input type="checkbox"/> 幼兒父母/監護人受到監禁 <input type="checkbox"/> 失去父親或母親（死亡、遺棄或驅逐出境） <input type="checkbox"/> 幼兒父母/監護人在其幼兒期離婚或分居 <input type="checkbox"/> 家庭之前無住所（過去 12 個月內） <input type="checkbox"/> 家庭在住房方面存在顧慮
<input type="checkbox"/> 幼兒父母/監護人存在學習困難，無殘疾		

家庭居住條件

家庭是否收到住房補貼，比如住房補貼憑證或現金住房援助？ 是 否

家庭目前的居住條件？《麥基尼-文托法案》(McKinney-Vento Act) 為無家可歸的幼兒和青少年提供服務和支援。您的回答可能有助於我們確定幼兒有資格接受的服務。

<input type="checkbox"/> 租賃房屋	<input type="checkbox"/> 汽車旅館	<input type="checkbox"/> 汽車、公園、校園或類似場所	<input type="checkbox"/> 四處搬家/沙發客
<input type="checkbox"/> 自有房屋	<input type="checkbox"/> 庇護所	<input type="checkbox"/> 過渡性住房	<input type="checkbox"/> 設施不完備（無水、熱、電）的住宅
<input type="checkbox"/> 其他人的住房或與其他家庭共用公寓： <input type="checkbox"/> 自願（例如，為了省錢、離家人更近等） <input type="checkbox"/> 因喪失住房、經濟困難或類似原因			<input type="checkbox"/> 其他 – 請說明： _____

2021-2022 早教申請

家庭收入和成員數量

請勾選所有適用項（如果您、幼兒或家中其他與您具有血緣、婚姻或收養關係的人員接受這些類型的公共援助）：

- 接受殘疾 SSI 的人員： 幼兒 父母/監護人 其他人 – 與幼兒的關係： _____
 貧困家庭臨時援助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 現金。

請勾選所有適用項（如果家庭接受下列援助）：

- 僅針對幼兒的 TANF WorkFirst 就業關係之托兒服務 (Working Connections Child Care) 補貼 補充營養援助專案 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 婦女、嬰兒及兒童營養補充特別計劃 (Women, Infants and Children, WIC)

是否是機構推薦您參加此計劃？ 是： _____ 否

請在下方列出在幼兒主要家庭中生活的其他人員，不包括您自己或幼兒。

姓名（名字和姓氏）	出生日期（年/月/日）	與幼兒的關係	您是否在財務上支持此人？	此人是否與您具有血緣、婚姻或收養關係？
_____	_____	_____	<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員總數是多少，包括您自己和幼兒？ _____

過去一個日曆年或過去 12 個月，您家庭的估計總收入達到多少？ _____

本人承諾此表中的資訊準確無誤。本人已按早教計劃的要求報告所有收入和家庭人數。本人知悉，如本人故意提供虛假資訊，本人家庭可能無法繼續接受計劃服務。此外，如果我的孩子註冊 ECEAP，本人可能需要償還為本人孩子花費的金額。

本人知悉，本申請表所載資訊將輸入兒童、青年和家庭部 (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) 及普吉灣教育服務區 (Puget Sound Educational Service District, PSESD) 所運作的各種早教資料庫。DCYF 和 PSESD 承諾保護可識別幼兒或家庭的機密和個人資訊。與移民狀態有關的資訊不輸入資料庫或與州或聯邦機構共用。資料庫中的資訊可用於以下用途：

- 調查研究，以確定參與早教是否有助於孩子以後的生活。
- 證明華盛頓州將部分資金投入家庭計劃，這是從聯邦政府接受貧困家庭臨時援助資金的必要條件。

父母/監護人簽名 _____ 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: _____