

# Hồ Sơ Ghi Danh Giáo Dục Trẻ Thơ Năm 2021-2022

## 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 một phần Tiếng Anh, hầu như là nói ngôn ngữ khác <input type="checkbox"/> Nói cả Tiếng Anh và một ngôn ngữ khác như nhau (song ngữ) <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"/> Châu 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? _____

Trẻ này đã từng ghi danh vào các chương trình sau đây chưa? Chỉ đánh dấu vào chương trình tham gia <b>gần đây nhất</b> : <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/chương trình Thăm Nhà nào <input type="checkbox"/> Chương Trình Khởi Đầu/Khởi Đầu Sớm/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 <b>anh/chị/em ruột</b> của một trẻ hiện đã ghi danh tại trung tâm này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

<b>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.</b>
Trẻ có được chính thức nhận nuôi tạm thời tại cơ sở hay được bà con chăm sóc <b>bằng</b> tiền trợ cấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Nếu có</b> , 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"/> Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội (Washington State Department of Social and Health Services, DSHS) <input type="checkbox"/> Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI) <input type="checkbox"/> Bộ Lạc <input type="checkbox"/> Khác Số trẻ được chi trả tiền trợ cấp: _____
Có phải trẻ này được bà con chăm sóc mà <b>không có</b> 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 hoặc đến từ trại trẻ mồ côi ở quốc gia khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Liệu trẻ này có được đoàn tụ với cha mẹ đẻ sau thời gian 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), Phúc Lợi Trẻ Em Người Da Đỏ (Indian Child Welfare, ICW) hoặc hệ thống tòa án/thực thi pháp luật 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 hay hệ thống tòa án/thực thi pháp luật 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 <input type="checkbox"/> không? 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 Ghi Danh Giáo Dục Trẻ Thơ Năm 2021-2022

## Thông Tin về Trẻ – Sức Khỏe

Trẻ có bảo hiểm y tế không?  Có  Không  
**Nếu có, đó là loại nào?**  Washington Apple Health/ProviderOne  Bảo Hiểm Tư Nhân  Bộ Lạc  Bảo Hiểm Y Tế Quân Đội

Trẻ có bác sĩ hoặc phòng khám y tế quen không?  
 Có - Tên phòng khám/nhà cung cấp: \_\_\_\_\_ Tên nhân viên y tế: \_\_\_\_\_  
 Không

Trẻ có được khám sức khỏe trẻ em trong vòng 12 tháng qua không? Có –  
 Ngày khám gần nhất (tháng/ngày/năm): \_\_\_\_\_  
 Không  Không Rõ Ngày Tháng

Trẻ có bảo hiểm nha khoa không?  Có  Không  
**Nếu có, đó là loại nào?**  Washington Apple Health/ProviderOne  Bảo Hiểm Tư Nhân  Bộ Lạc  ABCD  Bảo Hiểm Nha Khoa Quân Đội

Trẻ này có nha sĩ hoặc phòng khám nha khoa quen không?  
 Có – Tên phòng khám/nhà cung cấp: \_\_\_\_\_ Tên chuyên gia nha khoa: \_\_\_\_\_  
 Không

Trẻ này có được khám nha khoa trong vòng 6 tháng qua không?  
 Có – Ngày khám gần nhất (tháng/ngày/năm): \_\_\_\_\_  
 Không  Không Rõ Ngày Tháng

Tình trạng chủng ngừa của con em quý vị là gì?  Được chủng ngừa đầy đủ  Được miễn  Chưa được chủng ngừa đầy đủ hoặc chưa được miễn  Không biết

Trẻ này có từng được Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe chẩn đoán bệnh trạng mạn tính không (có thể gồm vấn đề sức khỏe tâm thần, 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)?  
 Có – Vui lòng mô tả: \_\_\_\_\_ Bệnh trạng đó được xem là:  Nghiêm trọng  Trung bình  Nhẹ  
 Không

## Thông Tin về Trẻ - Sự Phát Triển

Quý vị có quan ngại nào về sức khỏe của trẻ không?  Có – đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp dưới đây  Không

<input type="checkbox"/> Sơ sinh nhẹ cân (chưa đầy 5,5 lbs/5 lbs 8 oz.)	<input type="checkbox"/> Sinh non trước 37 tuần	<input type="checkbox"/> Ảnh hưởng bởi ma túy/rượu/bia
<input type="checkbox"/> Thỉnh lợc	<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"/> Dung nạp thức ăn/chế độ ăn đặc biệt –	

Vui lòng mô tả: \_\_\_\_\_

Trẻ này 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 hành và đang áp dụng** không?  
 Có – Vui lòng cung cấp bản sao chương trình đó cùng với hồ sơ.  
 Không – Đánh dấu vào câu trả lời thích hợp:  
 Con em tôi được chẩn đoán có khuyết tật hoặc chậm phát triển, không có IEP **hoặc** đang được giới thiệu để đánh giá.  
 Trẻ bị nghi ngờ có khuyết tật hoặc chậm phát triển.

# Hồ Sơ Ghi Danh Giáo Dục Trẻ Thơ Năm 2021-2022

## 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"/> Ông/Bà Nuôi <input type="checkbox"/> Cô/dì/chú/bác <input type="checkbox"/> Tạm Thời <input type="checkbox"/> Khác: _____	<input type="checkbox"/> Quan Hệ Ruột Thịt/Nhận Nuôi/Cha Mẹ Kế <input type="checkbox"/> Ông/Bà Nuôi <input type="checkbox"/> Có/dì/chú/bác <input type="checkbox"/> Tạm Thời <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 (gồm Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính)	_____	_____
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"/> Châu 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"/> Châu 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: _____
Trình độ học vấn <b>cao nhất</b> mà quý vị đã hoàn thành là gì?	<input type="checkbox"/> Lớp 6 trở xuống <input type="checkbox"/> Lớp 7 đến lớp 12, không có bằng tú tài hay Phát Triển Giáo <input type="checkbox"/> Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Có học ở trường cao đẳng/đào tạo nâng cao <input type="checkbox"/> nhưng chưa có bằng/chứng chỉ <input type="checkbox"/> Bằng tốt nghiệp cao đẳng/chứng chỉ nghề <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 <input type="checkbox"/> Dục Phổ Cập (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Có học ở trường cao đẳng/đào tạo nâng cao <input type="checkbox"/> nhưng chưa có bằng/chứng chỉ <input type="checkbox"/> Bằng tốt nghiệp cao đẳng/chứng chỉ nghề <input type="checkbox"/> Bằng cử nhân <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ <input type="checkbox"/> Không có

# Hồ Sơ Ghi Danh Giáo Dục Trẻ Thơ Năm 2021-2022

	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, tôi đã nghỉ hưu hoặc có 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, tôi đã nghỉ hưu hoặc có 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, tôi hiện đang phục vụ <input type="checkbox"/> Có, tôi hiện đang hoặc đã được triển khai trong 12 tháng qua/trong tổng cộng 19 tháng <input type="checkbox"/> Có, tôi là cựu chiến binh <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, tôi hiện đang phục vụ <input type="checkbox"/> Có, tôi hiện đang hoặc đã được triển khai trong 12 tháng qua/trong tổng cộng 19 tháng <input type="checkbox"/> Có, tôi là cựu chiến binh <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"/> Trong hộ gia đình có người khuyết tật hoặc tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tâm thần 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"/> Cha/mẹ/người giám hộ của trẻ gặp khó khăn về học tập, không có khuyết tật	<input type="checkbox"/> Bạo hành gia đình ở nhà (trước kia hoặc hiện tại), bao gồm <i>khi đang mang thai</i> <input type="checkbox"/> Các vấn đề về ma túy/rượu bia hoặc lạm dụng dược chất (trước đây hoặc hiện tại), bao gồm <i>khi đang mang thai</i> <input type="checkbox"/> Gia đình bị cách ly xã hội, hoàn toàn thiếu hoặc gần như hoàn toàn thiếu tương tác với người khác <input type="checkbox"/> Lo ngại về khả năng tìm hoặc duy trì việc làm của cha/mẹ/người giám hộ của trẻ <input type="checkbox"/> Gia đình có vấn đề pháp lý	<input type="checkbox"/> Cha/mẹ/người giám hộ của trẻ là lao động nhập cư Người mới nhập cư/tị nạn gần đây <input type="checkbox"/> (trong 5 năm qua) 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"/> Gia đình từng có thời gian vô gia cư (trong 12 tháng qua) <input type="checkbox"/> Vấn đề nhà ở của gia đình
---	--	---

## Điều Kiện Sinh Hoạt 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 và 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"/> Ở nhà nghỉ ven <input type="checkbox"/> đường Ở nơi trú ẩn <input type="checkbox"/> Ô tô, công viên, nơi cắm trại hoặc địa điểm tương tự 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: _____
<input type="checkbox"/> Trong nhà hoặc căn hộ của người khác, cùng với gia đình khác: <input type="checkbox"/> Theo lựa chọn (ví dụ: để tiết kiệm tiền, để được gần gũi với gia đình, v.v.) <input type="checkbox"/> Do mất nhà cửa, khó khăn về kinh tế hoặc lý do tương tự	

# Hồ Sơ Ghi Danh Giáo Dục Trẻ Thơ Năm 2021-2022

## 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 – Mối quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

Tiền Hỗ Trợ Tạm Thời cho các Gia Đình Gặp Khó Khăn (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

Đánh dấu tất cả các trợ cấp mà gia đình quý vị nhận được:

TANF dành riêng cho trẻ em  WorkFirst  Trợ cấp Trông Giữ Trẻ Kết Nối Làm Việc (Working Connections Child Care)  Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)  Chương trình Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Nhỏ (Women, Infants, and Children, WIC)

Có phải quý vị được một tổ chức giới thiệu đến với chương trình này không?  Có:\_\_\_\_\_  Không

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 tại nhà quý vị là bao nhiêu, tính cả quý vị và trẻ này? \_\_\_\_\_

Ước tính tổng thu nhập hộ gia đình quý vị trong năm dương lịch vừa 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 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 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)

<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> _____