

ECEAP 2024-2023 الفحص المسبق والنموذج
(استمارة مدمجة)
2023-2024 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)



السنة الدراسية المتقدم إليها: _____

عودة إلى: _____

القسم 1: معلومات الطفل

الاسم القانوني الأخير القانوني

الاسم الأوسط

الاسم القانوني الأول

الهوية الجنسية

اسم الشهرة

تاريخ ميلاد الطفل

هل الطفل من قبيلة؟ نعم لا

نعم لا

IEP - هل هذا الطفل ملتحق ببرنامج التعليم الفردي (IEP)؟

نعم لا

تم تحديد أهلية حصول الطفل على خدمات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التقييم بواسطة المنطقة التعليمية أو المدرسة القبلية، ولكن رفض ولي الأمر/الوصي الحصول على الخدمات

نعم لا

CPS - هل تشارك عائلة هذا الطفل بنشاط في الدعم من الأنظمة القبلية أو الحكومية بما في ذلك خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (ICW)، أو الخدمات القابلة للمقارنة أو نظام إنفاذ القانون/ المحاكم فيما يتعلق بإساءة معاملة الأطفال أو الإهمال أو الاعتداء الجنسي و/ أو تتلقى أي من ذلك؟

نعم لا

رعاية التبني - هل هذا الطفل ضمن رعاية تبني رسمية؟ يعني ذلك أنه يوجد تحويل لمقدم رعاية من ولاية أو قبيلة تقول إن هذا مكان للرعاية بالتبني

نعم لا

القرباية - هل هذا الطفل مشمول برعاية قرباية مع قريب أو شخص آخر مناسب، وذلك بمنحة أو دونها؟

نعم لا

تم التبني بعد رعاية التبني/القرباية - هل تم تبني هذا الطفل بعد رعاية التبني أو رعاية أقارب أو بعد العيش في دار أيتام في بلد آخر (هذا لا يشمل عمليات التبني الأخرى)؟

المسكن (اختر خيارًا واحدًا)

استئجار سكنًا دائمًا أو امتلاكه

الانضمام لعائلة أخرى في ترتيبات معيشية تعاونية مع الأقارب أو الأصدقاء

الانضمام لأسرة أخرى بسبب فقدان المسكن أو المصاعب الاقتصادية أو سبب آخر مماثل

في مأوى طارئ أو انتقالي

النوم في فندق أو موتيل أو سيارة أو موقف سيارات أو موقع تخيم أو مكان مشابه

الانتقال من مكان إلى آخر (خدمة couch surfing)

سكن غير لائق مثل عدم وجود ماء أو تدفئة أو كهرباء؛ أو به تعفن مفرط أو لا توجد به مرافق للطهي

اللغة هذا الطفل يتحدث اللغة (اختر واحدة فقط)

لغة الطفل الأولى:

اللغة الإنجليزية فقط

اللغة الإنجليزية غالبًا، وقدّر من لغة أخرى

لغة الطفل الثانية:

قدر من اللغة الإنجليزية، ولكن غالبًا لغة أخرى

اللغة الإنجليزية ولغة أخرى بالقدر المنتظر في هذا العمر (ثنائي اللغة)

لغة الوطن فقط بخلاف

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> بور توريكي | <input type="checkbox"/> غواتيمالي | <input type="checkbox"/> أرجنتيني |
| <input type="checkbox"/> سلفادوري | <input type="checkbox"/> هندوراسي | <input type="checkbox"/> بوليفي |
| <input type="checkbox"/> أسباني | <input type="checkbox"/> مكسيكي أو أمريكي مكسيكي (شيكانو) | <input type="checkbox"/> تشيلي |
| <input type="checkbox"/> أوروغواي | <input type="checkbox"/> نيكاراغوي | <input type="checkbox"/> كولومبي |
| <input type="checkbox"/> فنزويلي | <input type="checkbox"/> بنمي | <input type="checkbox"/> كوستاريكي |
| <input type="checkbox"/> أمريكي لاتيني | <input type="checkbox"/> بيروي | <input type="checkbox"/> كوبي |
| <input type="checkbox"/> من أصل أسباني أو لاتيني آخر | | <input type="checkbox"/> دومينيكاني |
| | | <input type="checkbox"/> إكوادوري (الإكوادوري) |

ما العرق (السلالة) التي ترى أن هذا الطفل ينتمي إليها؟ (اختر كل ما ينطبق)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> من أهل هاواي الأصليين أو غير ذلك من المحيط الهادئ | <input type="checkbox"/> الهنود الحمر | <input type="checkbox"/> أبيض |
| <input type="checkbox"/> من جزيرة فيجي | <input type="checkbox"/> شيهاليس | <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي |
| <input type="checkbox"/> غواماني | <input type="checkbox"/> شينوك | <input type="checkbox"/> سكان ألاسكا الأصليين |
| <input type="checkbox"/> كوسراييني | <input type="checkbox"/> كولفيل | <input type="checkbox"/> أليوت (أونانجان) |
| <input type="checkbox"/> من جزيرة ماريانا | <input type="checkbox"/> كوليتز | <input type="checkbox"/> الوتيق |
| <input type="checkbox"/> من جزيرة مارشال | <input type="checkbox"/> دواميش | <input type="checkbox"/> أثاباسكان |
| <input type="checkbox"/> ميلانيزيا | <input type="checkbox"/> هوه | <input type="checkbox"/> الإسكيمو (أنوبيك أو يوبيك) |
| <input type="checkbox"/> ميكرونيزي | <input type="checkbox"/> جيمستون | <input type="checkbox"/> إياك |
| <input type="checkbox"/> من أهل هاواي الأصليين | <input type="checkbox"/> كاليبيل | <input type="checkbox"/> هيدا |
| <input type="checkbox"/> بالاوان | <input type="checkbox"/> كيكالوس | <input type="checkbox"/> تلينجيت |
| <input type="checkbox"/> بابوا غينيا الجديدة | <input type="checkbox"/> لوير الواحة | <input type="checkbox"/> تسميشيان |
| <input type="checkbox"/> بونابيان (بونابيان) | <input type="checkbox"/> لومي | <input type="checkbox"/> أعراق أخرى من سكان ألاسكا الأصليين |
| <input type="checkbox"/> ساموا | <input type="checkbox"/> مكة | |
| <input type="checkbox"/> من جزيرة سليمان | <input type="checkbox"/> مكشوت | |
| <input type="checkbox"/> من تاهيتي | <input type="checkbox"/> نيسكوالي | |
| <input type="checkbox"/> من جزيرة تاراوا | <input type="checkbox"/> نوكسك | |
| <input type="checkbox"/> توكيلاوان | <input type="checkbox"/> بورت جامبل كلام | |
| <input type="checkbox"/> تونجا | <input type="checkbox"/> بويالوب | |
| <input type="checkbox"/> تروكيزي (تشوكيزي) | <input type="checkbox"/> كيلوت | |
| <input type="checkbox"/> فانواتوان/نيو هيريس | <input type="checkbox"/> كينولت | |
| <input type="checkbox"/> يابيزي | <input type="checkbox"/> ساميش | |
| <input type="checkbox"/> من جزر المحيط الهادئ الأخرى | <input type="checkbox"/> سوك سياتل | |
| | <input type="checkbox"/> سوحال واتر | |
| | <input type="checkbox"/> سكوكوميش | |
| | <input type="checkbox"/> سنو هوميش | |
| | <input type="checkbox"/> سنوكولاميي | |
| | <input type="checkbox"/> سنوكولامو | |
| | <input type="checkbox"/> سبوكان | |
| | <input type="checkbox"/> جزيرة سكواكسين | |
| | <input type="checkbox"/> ستيلاكوم | |
| | <input type="checkbox"/> ستيلاجواميش | |
| | <input type="checkbox"/> سوكاميش | |
| | <input type="checkbox"/> سوينوميش | |
| | <input type="checkbox"/> تولاليب | |
| | <input type="checkbox"/> أبر سكاچيت | |
| | <input type="checkbox"/> ياكاما | |
| | <input type="checkbox"/> أعراق أخرى من الهنود الحمر | |

- أرفض الإبلاغ عن سلالة الطفل
 أرفض الإبلاغ عن عرق الطفل

- آسيوي
- هندي آسيوي
- بنجلاديشي
- بوتاني
- بورمي
- كمبودي/كمبوتشي
- صيني
- فلپيني
- همونغ
- أندونيسي
- ياباني
- كوري
- لاوسي
- مدغشقر
- ملايان
- من جزر المالديف
- منغولي
- نيبالي
- باكستاني
- سنغافوري
- سري لانكا
- تايواني
- تايلاندي
- فيتنامي
- أعراق أخرى آسيوية

القسم 2: أعضاء الأسرة

يُرجى ذكر كل فرد يعيش في الأسرة ويمكن اعتباره ضمن عدد الأسرة .

بالنسبة للعائلات التي تعيش مؤقتًا مع الأقارب أو غيرهم، لا تدرج المضيفين.

بالنسبة للعائلات التي تضم أسرتين عندما توجد حضانة مشتركة دون والد أساسي، ولا يوجد دعم للطفل:

- أدخل أفراد الأسرة لكلا العائلتين في الشكل أدناه.
- ضع علامة على أفراد الأسرة الثانية.
- ثم أجب عن الأسئلة المتعلقة بالدعم المالي والعلاقات.

❖ **سيستخدم الموظفون هذه المعلومات لحساب عدد الأسرة لأجل تحديد متوسط الدخل (SMI)**

هل هذا الشخص مرتبط بوالد الطفل/الوصي عليه برباط الدم أو الزواج أو التبني؟	هل يدعم والد الطفل أو الوصي عليه من ECEAP هذا الشخص ماليًا؟ * انظر الملاحظة أدناه فيما يخص الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 19 عامًا أو أكبر.	العلاقة بطفل ECEAP	تاريخ الميلاد	الاسم الأخيرة	الاسم الأول
نعم	نعم	طفل ECEAP			طفل ECEAP:
نعم	نعم				الوالد/الوصي:
نعم	نعم				الوالد/الوصي:

* الإجابة لا لشخص يبلغ من العمر 19 عامًا أو أكثر لديه دخل أو دخل غير مكتسب يغطي أكثر من نصف نفقاته. الإجابة نعم إذا دفع والدا الطفل أكثر من نصف نفقاتهما.

لاستخدام الموظفين فقط :

حجم الأسرة بالنسبة لمخطط SMI

بالنسبة للأطفال في رعاية التبني أو القربان أو المتبنين بعد رعاية الكفالة أو القربان، احسب حجم الأسرة على أنه 1.

بالنسبة للآخرين، احسب الأشخاص الذين تكون الإجابة عن نعم في كلا السؤالين أعلاه.

القسم 3: معلومات الاتصال بالأسرة

العلاقة بالطفل:				جهة الاتصال 1 :
هل تحتاج إلى مترجم فوري للتواصل مع متحدثي اللغة الإنجليزية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				تاريخ ميلاد الوالد:
إذا كانت الإجابة نعم، فما اللغة (اللغات) التي تتحدثها؟				
الرمز البريدي	ولاية	مدينة	رقم الشقة	العنوان الفعلي
الرمز البريدي	ولاية	مدينة	رقم الشقة	عنوان المراسلات
		الهاتف البديل	الهاتف	البريد الإلكتروني
العلاقة بالطفل:				جهة الاتصال 2 :
				تاريخ ميلاد الوالد:
العلاقة بالطفل:				جهة الاتصال 3 :
				تاريخ ميلاد الوالد:
العلاقة بالطفل:				جهة الاتصال 4 :
				تاريخ ميلاد الوالد:

القسم 4: يعيش الطفل مع

انتقل إلى القسم 5

أحد الوالدين/الوصي (الاسم):

والدان/وصيان في أسرتين (الأسماء):

والدان/وصيان في أسرتين

إذا تم التحقق من ذلك، أجب عن هذه الأسئلة لتحديد دخل الوالدين الذي يجري احتسابه لأجل أهلية ECEAP.

هل لأسرة واحدة حضانة قانونية أساسية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم فمن الوالد الذي لديه الحضانة الأساسية؟

انتقل إلى القسم 5

زوج هذا الوالد، إن وجد

إذا كانت الإجابة لا، يحسب برنامج ECEAP الدخل من الوالد/الوصي القانوني لكل أسرة. لا يشمل أزواجهم. أدخل أسماء الوالدين القانونيين هنا:

الأسرة 2:

الأسرة 1:

العلاقة بالطفل:				الأسرة 2:
هل تحتاج إلى مترجم فوري للتواصل مع متحدثي اللغة الإنجليزية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				تاريخ ميلاد الوالد:
إذا كانت الإجابة نعم، فما اللغة (اللغات) التي تتحدثها؟				
الرمز البريدي	ولاية	مدينة	رقم الشقة	العنوان الفعلي
الرمز البريدي	ولاية	مدينة	رقم الشقة	عنوان المراسلات
		الهاتف البديل	الهاتف	البريد الإلكتروني

القسم 5: توظيف الوالدين وتدريبهم وأنشطة أخرى

أجب عن الأسئلة التالية لكل والد/وصي مدرج في السؤال رقم #3.

لا تحسب الساعات نفسها في أكثر من فئة واحدة. فمثلاً:

- لا تحسب ساعات الأسبوع نفسها في كل من التوظيف وكذلك WorkFirst.
- لا تحسب ساعات رعاية الطفل (CPS) نفسها في إطار سياسات الأطفال بشكل منفصل لوالدين

الوالد/الوصي # 2 الاسم:	الوالد/الوصي # 1 الاسم:	موظف؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
		a. إذا كانت الإجابة نعم، احسب متوسط عدد الساعات المدفوعة في الأسبوع
		b. إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسم صاحب العمل (لا تدخل غير معروف أو غير متاح)
		c. إذا كانت الإجابة نعم، أدخل رقم هاتف صاحب العمل أو البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في المدرسة أو التدريب الوظيفي؟
		a. إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد ساعات الفصل الدراسي في الأسبوع
		b. إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد ساعات الدراسة في الأسبوع (بحد أقصى 10 ساعات)
		c. إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسم المدرسة أو مؤسسة التدريب.
		d. إذا كانت الإجابة نعم، أدخل الهدف أو التخصص.
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التنقل بين رعاية الطفل والعمل/ المدرسة؟
		a. إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الساعات في الأسبوع (بحد أقصى 10 ساعات)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ساعات رعاية الطفل CPS/FAR/ICW غير محسوبة أعلاه؟
		a. ساعات إضافية أسبوعية لرعاية الأطفال معتمدة من قبل CPS
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ساعات WorkFirst المعتمدة غير المحسوبة أعلاه؟
		a. إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم النشاط.
		b. إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر إجمالي عدد الساعات أسبوعياً
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يوجد والد معاق غير قادر على العمل وغير قادر على رعاية الطفل بينما يعمل الوالد الآخر؟
		إذا كان لأي من الوالدين أكثر من 55 ساعة إجمالاً في الأسبوع، فوضح الأمر:

القسم 6: كيف عرفت عن ECEAP

موقع DCYF الإلكتروني فعالية مجتمع فلاير موظف ECEAP كلمة إيجابية

المفوض

وسائل الإعلام وكالة المجتمع - اسم الوكالة:

غير ذلك

القسم 7: مسح للتخطيط على مستوى الولاية

إذا كان بإمكانك اختيار طول اليوم لمرحلة ما قبل المدرسة لطفلك، فما هو الخيار الأفضل لطفلك وعائلتك؟

يرجى ملاحظة أن هذه الخيارات ربما لا تكون كلها بالضرورة متاحة في مجتمعك هذا العام.

جزء من اليوم - حوالي ثلاث ساعات، ثلاثة أو أربعة أيام أسبوعياً.

اليوم المدرسي - حوالي ست ساعات، أربعة أو خمسة أيام أسبوعياً.

يوم عمل - متاح طوال اليوم، طوال العام، مثل مركز رعاية الأطفال.

القسم 8: موقف الأسرة

- هل تتلقى أسرته إسكاناً مدعوماً، مثل قسيمة إسكان أو المساعدة النقدية للإسكان؟
 نعم لا
- هل تتلقى أسرته حالياً لهذا الطفل إعانة رعاية أطفال تحت بند علاقات اتصالات العمل؟
 نعم لا

القسم 9: الدخل الذي يتحصل عليه ولي أمر الطفل أو الوصي (الأوصياء) عليه

بالنسبة للأطفال في رعاية التبني أو رعاية الأقارب أو المتبنين بعد رعاية التبني أو القربان، املأ هذا المربع وانتقل إلى القسم 10

- منحة أو مدفوعات شهرية للرعاية بالتبني أو رعاية الأقارب أو دعم التبني \$ _____
- عدد الأطفال المشمولين بهذه المنحة أو المدفوعات _____
- رقم الحالة أو رقم معرف العميل، إن وجد: _____
- مصدر الدفع (شيك): وزارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) دخل الضمان الاجتماعي (SSI) قبيلة آخر _____

هل تلقيت دخلاً خلال السنة التقويمية الماضية أو خلال الاثني عشر شهراً المنصرمة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "لا"، فاذكر سبب عدم وجود دخل وشرح كيفية تجري تلبية الاحتياجات الأساسية:

أدخل كامل دخل الأسرة لمدة عام واحد في الشكل أدناه.

اختر إما: السنة التقويمية السابقة الاثني عشر شهراً السابقة

المبلغ السنوي	# من الأشهر المتلقاة	مبلغ شهري	# من الأسابيع المتلقاة	مبلغ أسبوعي	النوع	الشخص (الأشخاص) صاحب الدخل
\$						W-2
\$						W-2
\$					الإقرار الضريبي (1040) أو نسخة من مصلحة الضرائب	
\$					الإقرار الضريبي (1040) أو نسخة من مصلحة الضرائب	
\$					قسائم الدفع لمدة 12 شهراً	
\$					قسائم الدفع لمدة 12 شهراً	
\$		\$			تم تلقي دعم الطفل، إذا كان ذلك مطلوباً بموجب أمر إعالة الطفل	
\$		\$			دخل الإعاقة، بما في ذلك دخل الضمان الاجتماعي (SSI)	
\$		\$			بيان الإجازة والأرباح العسكرية (LES). أدرج جميع الرواتب والبدلات باستثناء BAH و BAS و FSH و HFP/IDP.	
\$					صافي الدخل من العمل الحر	
\$		\$			الضمان الاجتماعي أو مزايا التقاعد الأخرى	
\$		\$			منح ولاية أو قبيلية TANF	
\$				\$	البطالة	
\$				\$	المبالغ التي يحصل عليها العمال (L&I)	
\$					الدخل القبلي (الخاضع للضريبة)	
\$		\$			مدفوعات نقدية للمساعدة في حالات الطوارئ	
\$		\$			دفعات التأمين المنتظمة (التي لا تُسدد مرة واحدة)	
					خطط التقاعد أو المعاشات	
					راتب التدريب	
					منح دراسية أو منح أو زمالات لتغطية نفقات المعيشة	
\$		\$			إعالة الطفل المدفوعة لأسرة أخرى، إذا كان ذلك مطلوباً بموجب أمر إعالة الطفل ملزم قانوناً	طرح أو خصم

هل ما زلت تتلقى الدخل المذكور أعلاه؟ نعم لا **إذا كانت الإجابة نعم، انتقل إلى القسم 10.**
إذا كانت الإجابة "لا"، وتغيرت ظروفك مؤخرًا، فيرجى توضيح من بين ما يلي:

- فقدان الأجر الطلاق أو الانفصال فقدان الوظيفة غير المخطط له ساعات عمل مخفضة
 صحة/إصابة فقدان المزايا
 فقدان الوظيفة - عدم القدرة على الحصول على أو تحمل تكاليف رعاية الأطفال حديثي الولادة
 ظرف غير متوقع مماثل (اشرح)
ما دخلك الشهري؟ \$ عن أي شهر؟

القسم 10: التسجيل السابق

- تم تسجيل هذا الطفل سابقًا في:
 تسجيل مسبق في وكرالتك
 تسجيل مسبق مع وكالة مختلفة
 تسجيل مسبق لمهاجر/موسمي في أي مكان في WA
 تسجيل مسبق مبكر
اسم المستفيد من EHS:
 برنامج زائر لأي ولادة لثلاثة أطفال
اسم متعهد ECEAP المبكر:
 اسم متعهد ECEAP المبكر:
ECLIPSE
الدعم المبكر أو الرضع (ESIT)
اسم موفر الدعم المبكر أو الرضع (ESIT):
الجزء ج الجزء ج برنامج التدخل المبكر IDEA في ولاية أخرى
اسم الدولة والمزود:

القسم 11: برنامج التعليم الفردي (IEP) أو تأخير مشتبه به

- هذا الطفل ملتحق ببرنامج التعليم الفردي (IEP)
 تم تحديد أهلية حصول الطفل على خدمات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التقييم بواسطة المنطقة التعليمية أو المدرسة القبلية، ولكن رفض ولي الأمر/الوصي الحصول على الخدمات
 هذا الطفل لديه تأخر في النمو تم تشخيصه أو إعاقة مشخصة دون برنامج تعليم فردي.
 أتم هذا الطفل فحصًا تطوريًا أوصى بالإحالة لمزيد من التقييم
 هذا الطفل لديه اشتباه في تأخر في النمو أو إعاقة مشتبه بها.
 (لا يوجد برنامج تعليم فردي (IEP) أو تشخيص أو فحص أو فحص تطوري مكتمل مع النتيجة، "يلزم إعادة الفحص").
يرجى الشرح والتوضيح:

❖ إذا كان هذا الطفل لديه برنامج تعليم فردي (IEP)، فتتحقق من جميع فئات برنامج تعليم فردي (IEP). إذا لم يكن كذلك، فانتقل إلى القسم 12.

- توحد إعاقة ذهنية صعوبات التعلم المحددة
 الصمم والعمى إعاقات متعددة ضعف الكلام أو اللغة
 تأخير تنموي ضعف العظام إصابات في الدماغ
 اضطراب عاطفي إعاقة صحية أخرى إعاقة بصرية
 إعاقة سمعية

تاريخ بدء برنامج تعليم فردي (IEP) _____ تاريخ نهاية برنامج تعليم فردي (IEP) _____

ما المنطقة التعليمية التي أصدرت برنامج تعليم فردي (IEP) لهذا الطفل؟

سيتلقى هذا الطفل خدمات برنامج تعليم فردي (IEP):

- داخل الفصل الدراسي ECEAP فقط خلال ساعات ECEAP فقط، ولكن خارج حجرة الدراسة في ECEAP
 خارج ساعات ECEAP

القسم 12:

هل تم إخراج هذا الطفل من برنامج تعليم مبكر أو رعاية أطفال بسبب السلوك؟ نعم لا
يخدم ECEAP الأطفال الذين يعانون من مشاكل السلوك. **اختيار "نعم" لن يستبعد طفلك.**

القسم 13: أسئلة إضافية

نستخدم هذه المعلومات لاختيار الأطفال الذين هم في أمس الحاجة إلى برنامج ECEAP. ستظل جميع الإجابات سرية.

لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل أحد أفراد أسرة هذا الطفل لديه حالة صحية بدنية أو عقلية مزمنة: (إذا كانت الإجابة نعم، اختر واحدة) • تؤثر بشدة على قدرتهم على الانخراط في العمل أو المدرسة أو الحياة الأسرية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	• تؤثر بقدر متوسط على قدرتهم على الانخراط في العمل أو المدرسة أو الحياة الأسرية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل لهذا الطفل والد كان عمر أقل من 18 عامًا عند ميلاد هذا الطفل؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل ثمة أحد أفراد أسرة هذا الطفل: (إذا كانت الإجابة نعم، اختر واحدة) • مهاجر أم عامل زراعي موسمي؟ (51% أو أكثر من دخل الأسرة من العمل الزراعي)
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	• ينتقل ومعه الطفل للانخراط في الممارسات الثقافية التقليدية أو العمل (موسمي أو مؤقت في الزراعة أو صيد الأسماك)؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل ثمة أحد أفراد أسرة هذا الطفل يخدم حاليًا خدمة عاملة في جيش الولايات المتحدة الأمريكية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل أحد والدي هذا الطفل حاليًا عضو في وحدة الحرس الوطني أو وحدة الاحتياط العسكرية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل أحد والدي هذا الطفل ضمن العسكريين المدفوع بهم حاليًا في العمليات، أو خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، أو لمدة 19 شهرًا أو أكثر خلال حياة الطفل؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل لهذا الطفل عائلة التحقت بمدرسة داخلية هندية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل صادف هذا الطفل سجن أحد والديه في سجن، أو معتقل، أو مركز احتجاز؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل تعرض هذا الطفل لفقدان أحد والديه أو مقدم رعاية أساسي، مثل الوفاة أو الهجر أو الترحيل
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل تعرض هذا الطفل لطلاق والديه أو انفصالهما؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل تعرض هذا الطفل أن يكون بلا مأوى خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الطفل في منزل به عنف منزلي، بما في ذلك الفترة التي كان فيها جنيئًا داخل الرحم؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الطفل في منزل به ادمان المخدرة أو اساءة استعمال المواد المنظرة، بما في ذلك الفترة التي كان فيها جنيئًا داخل الرحم؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل تلقت هذه العائلة دعمًا سابقًا أو شاركت في أنظمة قبلية أو حكومية بما في ذلك خدمات CPS/FAR/ICW، أو خدمة قبلية مماثلة، أو جرى انخراطها أو كانت جزءًا من أمور تخص تطبيق القانون/نظام المحاكم فيما يتعلق بإساءة معاملة الأطفال أو الإهمال أو الاعتداء الجنسي؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	هل تم لم شمل هذا الطفل مع والديه بعد رعاية التبني أو القرباة خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟
لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	تلقت ECEAP إحالة مهنية لهذه العائلة.
إذا كانت الإجابة نعم، فما الوكالة التي أجرت الإحالة؟				

القسم 14: مستوى تعليم الوالدين - حدد كل ما ينطبق

الوالد/الوصي 2 الاسم	الوالد/الوصي 1 الاسم	أعلى مستوى تعليمي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصف السادس أو أقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصف السابع إلى الثاني عشر، دون الحصول على دبلوم أو GED
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دبلوم المدرسة الثانوية أو GED
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قدر من التعليم الجامعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شهادة مهنية (تشمل المدارس المهنية)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شهادة جامعية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درجة بكالوريوس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درجة الماجستير أو الدكتوراة

القسم 15: معلومات صحية - يرجى إرفاق نسخة من سجل تطعيم الطفل

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني هذا الطفل من حالة صحية بدنية أو عقلية مزمنة: • تؤثر بشدة على نمو الطفل أو انتباهه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• تؤثر بشكل متوسط على نمو الطفل أو انتباهه؟
❖ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح والتوضيح:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل وُلد هذا الطفل قبل الأوان (أقل من 37 أسبوعًا)، أو كان وزنه أقل من 5.5 رطل عند الولادة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل لديه تأمين طبي أو تغطية؟ <input type="checkbox"/> واشنطن أبل هيلث للأطفال/بطاقة مزود خدمات واحدة <input type="checkbox"/> تغطية عسكرية <input type="checkbox"/> تأمين طبي خاص <input type="checkbox"/> تغطية قبلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لهذا الطفل طبيب أو عيادة طبية منتظمة؟ • اسم العيادة أو مزود الخدمة: • اسم الطبيب المختص:
				الهاتف:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تلقى ECEAP نسخة من نتائج اختبار صحة الطفل (EPSDT)؟
❖ تاريخ آخر اختبار لصحة الطفل قبل التقدم إلى ECEAP:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لهذا الطفل تأمين أو تغطية طب أسنان؟ <input type="checkbox"/> واشنطن أبل هيلث للأطفال/بطاقة مزود خدمات واحدة <input type="checkbox"/> تغطية عسكرية <input type="checkbox"/> تأمين طب الأسنان خاص <input type="checkbox"/> تغطية قبلية <input type="checkbox"/> ABCD (غير متوفر في جميع المقاطعات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لهذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة أسنان؟ • اسم العيادة أو مزود الخدمة: • اسم طبيب الأسنان:
				الهاتف:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تلقت ECEAP نسخة من نتائج فحص الأسنان؟
❖ تاريخ آخر اختبار أسنان الطفل قبل التقدم إلى ECEAP:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التاريخ غير معروف

أتعهد أن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وصحيحة. لقد أبلغت عن كل ما لدي من دخل وعدد عائلتي، كما هو مطلوب من قبل ECEAP. إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد، فأنا أفهم أن عائلتي قد تكون غير قادرة على مواصلة تلقي خدمات ECEAP. بالإضافة إلى ذلك، قد أضطر إلى سداد المبلغ الذي تم إنفاقه على برنامج ECEAP لطفلي.

أفهم واستوعب أن المعلومات الواردة من هذا الطلب يجري إدخالها في نظام إدارة التعلم المبكر (ELMS) الذي تديره إدارة الأطفال والشباب والعائلات (DCYF). تلتزم DCYF بحماية المعلومات السرية والشخصية التي يمكن أن تحدد هوية الطفل أو العائلة. لا يجري إدخال أي معلومات تتعلق بوضع الهجرة في ELMS أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. يمكن استخدام المعلومات الموجودة في ELMS لأجل:

- دراسات بحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة ببرنامج ECEAP تساعد الأطفال لاحقاً في الحياة.
- لإثبات أن ولاية واشنطن تتفق قدر من ميزانيتها الخاصة على برامج للعائلات، وهو أمر مطلوب لتلقي المساعدة المالية المؤقتة للعائلات المحتاجة من الحكومة الفيدرالية.

الاسم كتابة مطبوعاً

التوقيع

التاريخ

الاسم كتابة مطبوعاً

التوقيع

التاريخ

توقيع موظف ECEAP الذي تحقق من الأهلية

أتعهد، وعلى حد علمي، أن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وسليمة. لقد شاهدت وتحققت من الوثائق التي تثبت أهلية هذا الطفل للحصول على برنامج ECEAP. أدرك وأستوعب أن معايير أداء ECEAP تتطلب إبلاغ إدارة الأطفال والشباب والعائلات إذا اشتبهت في أي استخدام احتيالي لأموال ECEAP بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، إدخال موظف عمداً لمعلومات خادعة أو خاطئة في ELMS فيما يخص ما يلي:

- معايير أهلية الطفل.
- مواعيد البدء والنهاية الفعلية للأطفال في الفصل.
- مواعيد بدء الفصل الدراسي أو نهايته.
- الخدمات التي لم يجر تقديمها في الواقع.
- عائلة تقدم معلومات زائفة لأجل التسجيل في ECEAP.

الاسم كتابة مطبوعاً

عنوان

التوقيع

التاريخ