



# Заявка на поступление в подготовительную группу детского сада (Pre-K)

Подача заявки не гарантирует место в группе. Вас оповестят о статусе заявки в ближайшее время.

**Информация о ребенке.** Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_/\_\_/\_\_

Пол: ☐ М ☐ Ж ☐ Небинарный Этническая принадлежность: латиноамериканец? ☐ Да ☐ Нет

Раса: ☐ Азиат ☐ Черный ☐ Многорасовый ☐ Коренной житель Америки ☐ Уроженец островов Тихого океана ☐ Белый

Если вы выбрали «Коренной житель Америки», укажите племя: \_\_\_\_\_

Язык общения: 1-й язык \_\_\_\_\_ 2-й язык \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Выберите один вариант: ☐ Один родитель ☐ Два родителя ☐ Приемная семья ☐ Бабушка и дедушка ☐ Другое

**Информация об основном взрослом.** Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_/\_\_/\_\_

Пол: ☐ М ☐ Ж ☐ Небинарный Этническая принадлежность: латиноамериканец? ☐ Да ☐ Нет

Раса: ☐ Азиат ☐ Черный ☐ Многорасовый ☐ Коренной житель Америки ☐ Уроженец островов Тихого океана ☐ Белый

Язык общения: 1-й язык \_\_\_\_\_ 2-й язык \_\_\_\_\_

Адрес (если отличается): \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Сотовый? ☐ Да ☐ Нет Эл. почта: \_\_\_\_\_

**Информация о втором взрослом.** Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_/\_\_/\_\_

Пол: ☐ М ☐ Ж ☐ Небинарный Этническая принадлежность: латиноамериканец? ☐ Да ☐ Нет

Раса: ☐ Азиат ☐ Черный ☐ Многорасовый ☐ Коренной житель Америки ☐ Уроженец островов Тихого океана ☐ Белый

Язык общения: 1-й язык \_\_\_\_\_ 2-й язык \_\_\_\_\_

Адрес (если отличается): \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Сотовый? ☐ Да ☐ Нет Эл. почта: \_\_\_\_\_

**Члены семьи ребенка:** укажите родителей/опекунов и братьев/сестер.

| Имя и фамилия | Кем приходится ребенку | Дата рождения | Основной язык общения/нужен переводчик? |
|---------------|------------------------|---------------|-----------------------------------------|
|               |                        |               |                                         |
|               |                        |               |                                         |
|               |                        |               |                                         |
|               |                        |               |                                         |

Ответьте на следующие вопросы как можно детальнее. Это поможет нам определить срочность потребностей вашей семьи.

Годовой валовый доход: \_\_\_\_\_ Месячный валовый доход: \_\_\_\_\_ Кол-во членов семьи: \_\_\_\_\_

| Поставьте «X» в колонке «Да» или «Нет»                                                                                        | Да | Нет |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Получает ли ваша семья наличные или другие льготы по программе TANF?                                                          |    |     |
| Получаете ли вы или кто-либо из вашей семьи дополнительное социальное пособие (SSI)?                                          |    |     |
| Получает ли ваша семья талоны на продукты (SNAP)?                                                                             |    |     |
| Получаете ли вы услуги программы WIC для этого ребенка? Если да, укажите WIC ID# _____                                        |    |     |
| Является ли этот ребенок приемным (размещен с вами через DHS)?                                                                |    |     |
| Проживаете ли вы у знакомых или родственников из-за потери жилья или экономических трудностей?                                |    |     |
| Проживаете ли вы во временном убежище, мотеле, автомобиле, парке, общественном месте или в неблагоприятных жилищных условиях? |    |     |

| Поставьте «X» в колонке «Да» или «Нет»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да | Нет | Поставьте «X» в колонке «Да» или «Нет»       | Да | Нет |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------------------------------------|----|-----|
| Считается ли родитель/опекун ребенка военным?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |     | Считаетесь ли вы мигрантами или беженцами?   |    |     |
| Были ли вы или являетесь на данный момент родителем-подростком?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |     |                                              |    |     |
| Находится ли кто-то из членов семьи в тюрьме?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |     | Если да, кем приходится заключенный ребенку? |    |     |
| Есть ли у ребенка документально подтвержденная инвалидность или другое нарушение здоровья?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |     | Если да, укажите диагноз.                    |    |     |
| Получает ли ребенок услуги инклюзивного образования?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |     | Если да, кто предоставляет услуги?           |    |     |
| Получает ли ваша семья услуги другого агентства?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |     | Если да, кто предоставляет услуги?           |    |     |
| Посещал ли ребенок другое учреждение?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |     | Если да, где и когда?                        |    |     |
| Посещали ли подготовительную группу детского сада (Pre-K) братья или сестры ребенка?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |     | Если да, укажите имя и даты посещения.       |    |     |
| <b>Пожалуйста, укажите любые факторы, влияющие на жизнь ребенка в течение последних 2 лет.</b><br><input type="checkbox"/> Жестокое обращение с ребенком/невыполнение родительских обязанностей <input type="checkbox"/> Тяжелое заболевание или смерть в семье <input type="checkbox"/> Домашнее насилие <input type="checkbox"/> Употребление запрещенных веществ <input type="checkbox"/> Развод <input type="checkbox"/> Серьезная проблема со здоровьем ребенка _____ <input type="checkbox"/> Другое _____ |    |     |                                              |    |     |

Врач ребенка: \_\_\_\_\_ Стоматолог ребенка: \_\_\_\_\_

Медицинская страховка ребенка: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Центры дошкольного развития в школьном округе. Укажите ваше предпочтение.**

- |                                                                                  |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Boise-Eliot Humboldt</b> 620 N Fremont St            | <input type="checkbox"/> <b>Lent</b> 5105 SE 97th Ave                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Clarendon Early Learning Center</b> 9325 N VanHouten | <input type="checkbox"/> <b>Dr. Martin Luther King Jr.</b> 4906 NE 6th Ave |
| <input type="checkbox"/> <b>Creston Annex</b> 4620 SE Powell Blvd                | <input type="checkbox"/> <b>Marysville</b> 7733 SE Raymond St              |
| <input type="checkbox"/> <b>Faubion</b> 2930 NE Dekum St                         | <input type="checkbox"/> <b>Rosa Parks</b> 8960 N Woolsey Ave              |
| <input type="checkbox"/> <b>Grout</b> 3119 SE Holgate Blvd                       | <input type="checkbox"/> <b>Sacajawea</b> 4800 NE 74th Ave                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Jason Lee</b> 2222 NE 92nd Ave                       | <input type="checkbox"/> <b>Sitton</b> 9930 N Smith St                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Kelly Center</b> 9015 SE Rural St                    | <input type="checkbox"/> <b>Whitman</b> 7326 SE Flavel St                  |