

امسح الرمز ضوئياً للحصول على المزيد من المعلومات



مرحباً! يُرجى التكرم بإكمال حزمة طلب واحدة لكل طفل وإرفاق المستندات المطلوبة.
تُحدّد الأهلية لبرامجنا حسب عمر الطفل ودخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب.
نتلقّى الكثير من الطلبات للانضمام إلى برامجنا، ومن ثمّ، بادر بالتقديم في أقرب وقت ممكن!
ظل المعلومات المُقدّمة في طلبك سرية وتُستخدم فقط لتحديد أهلية طفلك لبرامج التعلم المبكر لدينا.

لا تطلب التعرّف على حالة الهجرة أو وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services, DSHS) أو التحقق منها أو الإبلاغ عنها.

المستندات المطلوبة لإرفاقها مع الطلب: يُرجى الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب أو إذا لم يتوفّر لديك أي من المستندات المطلوبة المذكورة أدناه. يرجى ملء الطلب بالحرير الأزرق أو الأسود.

استخدم أي مستند سار:

- مستندات الدخل:
 - إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي
 - نموذج نماذج W-2 للعام الماضي
 - كشوف الرواتب لآخر 12 شهراً
- خطابات استحقاقات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الحالية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- منحة الرعاية البديلة
- إعانة الطفل المستلمة لمدة 12 شهراً
- خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال آخر 12 شهراً



1

إثبات الدخل: أرفق نسخة من إثبات دخل أسرتك.

استخدم أي من هذه المستندات:

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي
- مستند الإيجار أو السكن
- خطاب الاستحقاقات (أي TANF أو SSI أو SNAP أو غير ذلك)
- سجلات المدرسة
- مستند قضائي أو قانوني



2

إثبات عدد أفراد الأسرة: أرفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.

استخدم أي من هذه المستندات:

- شهادة ميلاد الطفل
- جواز السفر/التأشيرة
- أوراق التبني
- خطاب تفويض الرعاية البديلة
- سجل التطعيم الحالي
- قائمة التربية المشتركة في السكن التابعة لإدارة الخدمات المساندة (Department of Corrections, DOC)



3

إثبات عمر الطفل: أرفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.

استخدم أي من هذه المستندات:

- شهادة الميلاد
- جواز السفر/التأشيرة
- أوراق التبني
- سجل الرعاية البديلة
- اتفاقية مكتوبة وموقعة ومؤرخة من قبل أولياء الأمور والشخص المسؤول عن الحضانة



4

إثبات الوصاية القانونية: أرفق نسخة من إثبات الوصاية القانونية.

استخدم أي من هذه المستندات:

- سجل التطعيم الحالي
- خطة التعليم الفردية الحالية (Individualized Education Plan, IEP) خطة الخدمة العائلية الفردية (Individualized Family Service Plan, IFSP)
- أحدث فحص لصحة الطفل
- أحدث فحص للأسنان
- إثبات العضوية القبلية

مستندات إضافية حسبما يقتضي الأمر

5

يُرجى إعادة طلبك والمستندات المكتملة إلى:
عنوان المركز / الموقع:

- يُرجى الحرص على تضمين إثبات الدخل الخاص بك. يتعدّد علينا معالجة طلبك بدون تلقّي هذه المعلومات.
- اتصل بمكتبنا إذا تلقّيت مستندات أخرى بخلاف المذكورة أعلاه.

معلومات الاتصال:

Staff Only ChildPlus ID: ELMS ID: ☐ ECEAP ☐ HS ☐ EHS Date Received:

Child Information – General / معلومات الطفل – عامة

Last Name(s): الاسم (الأسماء) الأخير:	Middle Initial: الاسم الأوسط:	First Name: الاسم الأول:
Preferred Name: الاسم المفضل:	Gender: M F النوع: ذكر أنثى	Date of Birth (month/day/year): تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):
2 nd language: اللغة الثانية:	What is this child's home language? ما اللغة الأم لهذا الطفل؟	
*Some English, but mostly another language *بعض الإنجليزية، لكن الأغلبية لغة أخرى *Only a language other than English *لغة أخرى فقط غير الإنجليزية	Mostly English and another language الغالبية باللغة الإنجليزية ولغة أخرى Both English and another language the same (bilingual) كل من اللغة الإنجليزية واللغة الأخرى بالقدر ذاته (ثنائي اللغة)	Only English الإنجليزية فقط This child /speaks: يتحدث هذا الطفل باللغة:

Child is (Check all that apply): (حدد كل ما ينطبق):		
Decline to Report رفض الإبلاغ Not listed: غير مدرج:	Hispanic/Latino من أصل إسباني/لاتيني Native Hawaiian or Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ White أبيض	African/African American/Black أفريقي/أفريقي أمريكي/أسود Asian آسيوي Alaska Native/Native American/ American Indian من سكان ألاسكا الأصليين/من الأمريكيين الأصليين/أمريكي هندي
What is your family's heritage/tribe/country of origin? ما تراث عائلتك/قبيلتك/بلدك الأصلي؟		
Staff Only: If this child is applying for ECEAP, and parent has marked Alaska Native/Native American/American Indian, please confirm whether this child is a member or eligible for membership in a Federally recognized tribe./		

This child's previous or current enrollment: التسجيل السابق أو الحالي لهذا الطفل:	
Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD Program Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP في مقاطعة أخرى بولاية واشنطن، وليس أحد البرامج التابعة لـ PSESD Previous preschool enrollment (ages 3-5) يوجد تسجيل سابق بروضة أطفال (3-5 سنوات) Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State برنامج Head Start للمهاجرين/الموسميين بأي مكان في ولاية واشنطن	None لا يوجد No previous preschool enrollment (ages 3-5) لا يوجد تسجيل سابق بروضة أطفال (3-5 سنوات) Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE الدعم المبكر للرّضع والأطفال الصغار (and Toddlers, ESIT (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) وخدمات التدخل الوقائي في مرحلة الطفولة المبكرة (Early Childhood Intervention Prevention Services, ECLIPSE)

Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD Program □ في Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP مقاطعة King أو Pierce بولاية Washington، أو أحد البرامج التابعة لمنطقة خدمات التعليم في بيوجت ساوند (Puget Sound Educational Service District, PSESD	
Name and location of program: اسم وموقع البرنامج:	When did this child last attend? متى كان آخر حضور لهذا الطفل؟
Is this child currently enrolled in a community slot at this site? Yes No هل هذا الطفل مسجل حاليًا بأحد البرامج المجتمعية في هذا الموقع؟ نعم □ لا □	
Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? Yes No هل هذا الطفل شقيق لطفل مسجل حاليًا في البرنامج الذي تتقدم إليه؟ نعم □ لا □	

Foster or Kinship Care: Has this child ever been in foster, kinship or orphanage care? Yes No الرعاية البديلة أو رعاية الأقارب: هل سبق وأن خضع هذا الطفل لرعاية بديلة أو لرعاية الأقارب أو لرعاية دار أيتام؟ نعم □ لا □	
If yes, please answer the following questions: * إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إجابة الأسئلة التالية: *	
Is this child in official foster care or kinship care with a foster care payment? Yes No هل هذا الطفل حاليًا في رعاية بديلة رسمية أو رعاية أقارب ويتلقى مدفوعات من برنامج الرعاية البديلة؟ نعم □ لا □	
If yes, what is the Case Number or Client ID Number? • إذا كانت الإجابة نعم، ما رقم الحالة أو الرقم التعريفي للعميل؟ •	
What is the monthly payment amount and source? \$ • ما مقدار مبلغ الدفعة الشهرية وما مصدرها؟ \$ •	
# of children covered by payment amount: • # من الأطفال المشمولين بمبلغ الدفعة: •	
* Is this child in kinship care without a payment amount? Yes No هل هذا الطفل يخضع لرعاية الأقارب دون تلقي دفعة؟ نعم □ لا □	
* Was this child adopted after foster or kinship care, or from orphanage in another country? Yes No هل كان هذا الطفل متبنى قبل الرعاية البديلة أو رعاية الأقارب أو الرعاية من دار أيتام في دولة أخرى؟ نعم □ لا □	
* Was this child recently reunited with parent(s) after foster care or kinship care? Yes No هل عاد الطفل مؤخرًا إلى والديه قبل الرعاية البديلة أو رعاية الأقارب؟ نعم □ لا □	



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

/The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.
الأسئلة أدناه لجمع المعلومات فقط. لن تؤثر الإجابة بـ "نعم" على الأهلية أو التسجيل في البرنامج.

Does your family currently receive services/support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system? Yes No
هل تتلقى أسرتك حاليًا خدمات/ دعم من خدمات حماية الطفل (Child Protective Services, CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (Family Assessment Response, FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (Indian Child Welfare, ICW)، أو خدمات قبلية مماثلة أو من نظام إنفاذ القانون/المحكمة؟ نعم لا

Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Yes No
هل تلقت عائلتك خدمات/ دعم من CPS أو FAR أو ICW أو خدمات قبلية مماثلة أو من نظام إنفاذ القانون/ المحكمة في الماضي؟ نعم لا

Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR? Yes No
هل أسرتك معتمدة حاليًا لتلقي رعاية الطفل من قبل CPS أو FAR؟ نعم لا

Yes – How many approved hours per week?
نعم - كم عدد الساعات المعتمدة لكل أسبوع؟

Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior? Yes No
هل سبق أن طلب من هذا الطفل مغادرة برنامج التعلم المبكر بسبب سلوكه؟ نعم لا

Child Information – Health /معلومات الطفل – صحة

Does this child have medical insurance? Yes No
هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟ نعم لا

If yes, Washington Apple Health/ProviderOne /what type?
إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوعه؟

Military Medical Coverage Tribal Private Insurance
تغطية طبية عسكرية قبلي تأمين خاص

Does this child have a regular doctor or medical clinic? Yes No
هل يراجع هذا الطفل طبيبًا أو عيادة طبية بشكل منتظم؟

Yes - Name of clinic/provider: /نعم - يرجى ذكر اسم العيادة/مقدم الخدمة:
No - Name of medical professional: /لا - يرجى ذكر اسم الاختصاصي الطبي:

Does this child have dental insurance? Yes No
هل لدى هذا الطفل تأمين على الأسنان؟ نعم لا

If yes, Washington Apple Health/ProviderOne /type?
إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوعه؟

Military Dental Coverage ABCD Tribal Private Insurance
تغطية أسنان عسكرية ABCD قبلي تأمين خاص

Does this child have a regular dentist or dental clinic? Yes No
هل يراجع هذا الطفل طبيب أسنان بشكل منتظم؟

Yes - Name of clinic/provider: /نعم - يرجى ذكر اسم العيادة/مقدم الخدمة:
No - Name of dental professional: /لا - يرجى ذكر اسم الاختصاصي الأسنان:

What is your child's immunization status? Fully immunized Exempt Not fully immunized, not exempt Not sure
ما حالة تطعيمات طفلك؟ تلقي التطعيمات الكاملة معفى لم يتلق التطعيمات الكاملة وليس معفى غير متأكد



Child's Last Name:

الاسم الأخير للطفل:

Child's First Name:

الاسم الأول للطفل:

Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, /autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?

هل يُعاني هذا الطفل من حالة صحية مزمنة (قد يشمل ذلك الصحة النفسية أو الربو أو السرطان أو السكر أو النوبات أو فرط الحركة وتشتت الانتباه أو التوحد أو السنسنة المشقوقة أو فقر الدم المنجلي أو حساسية مهددة للحياة)؟

The health condition is considered: Severe

Moderate Mild

تعتبر الحالة الصحية: شديدة متوسطة خفيفة

Yes – Please describe:

نعم – يُرجى وصف الحالة:

Has a Health Care Provider diagnosed this condition?

Yes No

لا/No

هل شُخصت هذه الحالة من قبل مقدم رعاية صحية؟ نعم لا

Child Information – Development /معلومات الطفل – نمائية

Do you have concerns about this child's health? Yes – check all that apply below No

هل لديك أي مخاوف تتعلق بصحة هذا الطفل؟ نعم - حدد كل ما ينطبق أدناه لا

Drug/alcohol affected

التأثر بالمخدرات/الكحول

Tooth pain/decay/

bleeding gums

ألم الأسنان/ التسوس/ نزيف اللثة

Preterm birth less than 37 weeks

الولادة المبكرة قبل الأسبوع 37 من الحمل

Fine motor/gross motor

المهارات الحركية الدقيقة/ المهارات

الحركية الكبرى

Low birth weight (less than 5.5 lbs/

5 lbs 8 oz.)

وزن منخفض عند الولادة (أقل من 5.5 رطل /

5 رطل و8 أونصات)

Hearing

السمع

Vision

الإبصار

Food intolerance/special diet –

Please describe:

عدم تحمل الطعام/ نظام غذائي خاص –

يُرجى وصف الحالة:

/Does this child have a **current and active** Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Program (IFSP)?

هل لدى هذا الطفل خطة تعليمية فردية (Individual Education Plan, IEP) أو برنامج خدمات الأسرة الفردية (Individual Family Service Program, IFSP) **حالية وسارية**؟

Yes – Please provide a copy with your application.

نعم - يُرجى إرفاق نسخة مع طلبك.

No – Check if any of these apply:

لا - تحقق مما إذا كان أي مما يلي ينطبق:

My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services.

خضع طفلي لتقييم وُحِد أنه مؤهلاً لـ IEP، لكننا بانتظار صدور IEP أو رفض تقديم الخدمات.

My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.

كان لدى طفلي IFSP في الماضي لكنه لم يُنقل إلى IEP مع المنطقة التعليمية.

My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation.

تم تشخيص طفلي بالتأخر أو الإعاقة التنموية بدون IEP، أو إحالته للتقييم.

My child has a suspected developmental delay or disability.

يُشتبه في إصابة طفلي بالتأخر أو الإعاقة التنموية.

I have concerns about my child's development.

لدي مخاوي تتعلق بنمو طفلي.

None apply /لا ينطبق أي منها



Child's Last Name:

الاسم الأخير للطفل:

Child's First Name:

الاسم الأول للطفل:

Parent/Guardian Information/معلومات ولي الأمر/ الوصي

This child lives with: /يعيش هذا الطفل مع:

One parent/guardian with primary custody (complete Parent/Guardian 1)

☐ أحد الوالدين/ الوصي الذي لديه الحضانة الأساسية (املاً قسم الوالد/الوصي 1)

Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)

☐ الوالدان/الوصيان في نفس المنزل (املاً القسم الوالد/ الوصي 1 و2)

Two parents/guardians in two households, one parent/guardian with primary custody (complete Parent/Guardian 1)

☐ الوالدان/الوصيان في منزلين منفصلين، أحد الوالدين/ الوصي الذي لديه الحضانة الأساسية (املاً قسم الوالد/الوصي 1)

Two parents/guardians in two households with equally shared time and custody (complete Parent/Guardian 1 & 2)

☐ الوالدان/الوصيان في منزلين منفصلين، مع تقاسم الوقت والحضانة بالتساوي (املاً قسم الوالد/الوصي 1 و2)

Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1
First Name/الاسم الأول:	First Name/الاسم الأول:
Last Name(s)/الاسم (الأسماء) الأخير:	Last Name(s)/الاسم (الأسماء) الأخير:
Relationship to child Biological/Adopted/Stepparent والد بيولوجي/تبني/زوج والدة/زوجة والد Foster Parent/والد بموجب الرعاية البديلة Grandparent/جد/جدة Aunt/Uncle/عم/عمة/خال/خالة Other/أخرى:	Relationship to child Biological/Adopted/Stepparent والد بيولوجي/تبني/زوج والدة/زوجة والد Foster Parent/والد بموجب الرعاية البديلة Grandparent/جد/جدة Aunt/Uncle/عم/عمة/خال/خالة Other/أخرى:
Gender/النوع ☐ M/ذكر ☐ F/أنثى	Gender/النوع ☐ M/ذكر ☐ F/أنثى
Date of Birth (month/day/year) تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	Date of Birth (month/day/year) تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):
Address (include City, State, Zip) العنوان (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	Address (include City, State, Zip) العنوان (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1
Phone/رقم الهاتف Home/المنزلي ☐ Cell/الخلوي ☐ Work/العمل ☐	Phone/رقم الهاتف Home/المنزلي ☐ Cell/الخلوي ☐ Work/العمل ☐
Alternate Phone/رقم هاتف بديل Home/المنزلي ☐ Cell/الخلوي ☐ Work/العمل ☐	Alternate Phone/رقم هاتف بديل Home/المنزلي ☐ Cell/الخلوي ☐ Work/العمل ☐
Email/البريد الإلكتروني	Email/البريد الإلكتروني
/Were you under age 18 when this child was born? هل كنت دون سن الـ 18 عندما وُلِدَ هذا الطفل؟ Yes/نعم ☐ No/لا ☐ N/A/لا ينطبق ☐	/Were you under age 18 when this child was born? هل كنت دون سن الـ 18 عندما وُلِدَ هذا الطفل؟ Yes/نعم ☐ No/لا ☐ N/A/لا ينطبق ☐
/What language(s) do you speak? ما اللغة (اللغات) التي تتحدثها؟	/What language(s) do you speak? ما اللغة (اللغات) التي تتحدثها؟

Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1	
Yes/نعم ☐ No/لا ☐	Yes/نعم ☐ No/لا ☐	Do you need an English interpreter? هل أنت بحاجة إلى مترجم للغة الإنجليزية؟
Yes/نعم ☐ No/لا ☐	Yes/نعم ☐ No/لا ☐	Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support? هل لديك أو لدى أي من أفراد أسرتك احتياجات تتعلق بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA) أو أي احتياجات تتعلق بإمكانية الوصول أخرى يمكننا دعمها؟



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1	
<i>African/African American/Black</i> ☐ أفريقي/أفريقي أمريكي/أسود <i>Asian/Asiوي</i> ☐ آسيوي <i>Alaska Native/Native American/American Indian</i> ☐ من سكان ألاسكا الأصليون/من الأمريكيين الأصليين/أمريكي هندي <i>Hispanic/Latino</i> ☐ من أصل إسباني/لاتيني <i>Native Hawaiian or Pacific Islander</i> ☐ من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ <i>White</i> ☐ أبيض <i>Decline to Report</i> ☐ رفض الإبلاغ <i>Not listed above:</i> ☐ غير مدرج أعلاه:	<i>African/African American/Black</i> ☐ أفريقي/أفريقي أمريكي/أسود <i>Asian/Asiوي</i> ☐ آسيوي <i>Alaska Native/Native American/American Indian</i> ☐ من سكان ألاسكا الأصليون/من الأمريكيين الأصليين/أمريكي هندي <i>Hispanic/Latino</i> ☐ من أصل إسباني/لاتيني <i>Native Hawaiian or Pacific Islander</i> ☐ من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ <i>White</i> ☐ أبيض <i>Decline to Report</i> ☐ رفض الإبلاغ <i>Not listed above:</i> ☐ غير مدرج أعلاه:	<i>You are (Check /all that apply):</i> أنت (حدد كل ما ينطبق):
☐ <i>6th grade or less</i> /الصف السادس أو أقل ☐ <i>7th to 12th grade, no diploma and no GED</i> ☐ الصف السابع إلى الصف الثاني عشر، دون الحصول على شهادة أو شهادة تطوير التعليم العام (General Education Development, GED) ☐ <i>High school diploma</i> /شهادة الثانوية العامة ☐ <i>GED/GED</i> ☐ <i>Some college/advanced training</i> ☐ بعض التدريب الجامعي/المتقدم ☐ <i>Professional certificate</i> ☐ شهادة مهنية ☐ <i>Associate degree</i> /درجة الزمالة ☐ <i>Bachelor's degree</i> /درجة البكالوريوس ☐ <i>Master's or doctorate degree</i> ☐ درجة الماجستير أو الدكتوراه ☐ <i>None</i> /لا يوجد	☐ <i>6th grade or less</i> /الصف السادس أو أقل ☐ <i>7th to 12th grade, no diploma and no GED</i> ☐ الصف السابع إلى الصف الثاني عشر، دون الحصول على شهادة أو شهادة تطوير التعليم العام (General Education Development, GED) ☐ <i>High school diploma</i> /شهادة الثانوية العامة ☐ <i>GED/GED</i> ☐ <i>Some college/advanced training</i> ☐ بعض التدريب الجامعي/المتقدم ☐ <i>Professional certificate</i> ☐ شهادة مهنية ☐ <i>Associate degree</i> /درجة الزمالة ☐ <i>Bachelor's degree</i> /درجة البكالوريوس ☐ <i>Master's or doctorate degree</i> ☐ درجة الماجستير أو الدكتوراه ☐ <i>None</i> /لا يوجد	<i>What is the highest level of education you /completed?</i> ما أعلى شهادة تعليمية حصلت عليها؟
<i>Yes – How many hours per week (including travel)?</i> ☐ نعم - كم عدد ساعات العمل في الأسبوع (بما في ذلك التنقل)؟ <i>Employer:</i> جهة العمل: ☐ <i>No</i> /لا ☐ <i>No, retired or disabled</i> لا، متقاعد أو من ذوي الإعاقة ☐ <i>Seasonal</i> /موسمي	<i>Yes – How many hours per week (including travel)?</i> ☐ نعم - كم عدد ساعات العمل في الأسبوع (بما في ذلك التنقل)؟ <i>Employer:</i> جهة العمل: ☐ <i>No</i> /لا ☐ <i>No, retired or disabled</i> لا، متقاعد أو من ذوي الإعاقة ☐ <i>Seasonal</i> /موسمي	<i>Are you currently /employed?</i> هل أنت موظف حالياً؟



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1	
<i>Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</i> ☐ نعم - كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك وقت الصف، ووقت الدراسة، ووقت التنقل)؟ المدرسة/School: ☐ لا/No	<i>Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</i> ☐ نعم - كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك وقت الصف، ووقت الدراسة، ووقت التنقل)؟ المدرسة/School: ☐ لا/No	<i>Are you currently in job training or /school?</i> هل تتلقى حاليًا تدريبًا مهنيًا أو في المدرسة؟
<i>Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</i> ☐ نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع: ☐ لا/No	<i>Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</i> ☐ نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع: ☐ لا/No	<i>Are you in an approved WorkFirst /activity?</i> هل أنت مشارك حاليًا في أحد أنشطة WorkFirst المعتمدة؟
<i>Yes, current service member</i> ☐ نعم، أنا في الخدمة حاليًا. <i>Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</i> ☐ نعم، أنا منتدب حاليًا أو كنت منتدب خلال الـ 12 شهرًا الماضية/ لمدة إجمالية مقدارها 19 شهرًا ☐ Yes, veteran /نعم، أنا من المحاربين القدامى ☐ لا/No	<i>Yes, current service member</i> ☐ نعم، أنا في الخدمة حاليًا. <i>Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</i> ☐ نعم، أنا منتدب حاليًا أو كنت منتدب خلال الـ 12 شهرًا الماضية/ لمدة إجمالية مقدارها 19 شهرًا ☐ Yes, veteran /نعم، أنا من المحاربين القدامى ☐ لا/No	<i>Are you or have been in the /U.S. military?</i> هل خدمت أو تخدم في الجيش الأمريكي؟



Child's Last Name:

الاسم الأخير للطفل:

Child's First Name:

الاسم الأول للطفل:

Family Concerns/مخاوف الأسرة

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.
يُرجى تحديد المجالات التي تُثير قلقك/أسرتك في منزلك.

Child's parent/guardian is/has been incarcerated during child's lifetime والد/وصي الطفل مسجوناً أو كان مسجوناً أثناء حياة الطفل Loss of a parent (death, abandonment) فقدان أحد الوالدين (الوفاة أو الهجران) Child's parents/guardians divorced or separated during child's life والدا/أوصياء الطفل تطلقا أو انفصلا أثناء حياة الطفل Family was previously homeless (in the last 12 months) كانت الأسرة مشردة سابقاً (في الـ 12 شهرًا الماضية) Family has concerns with housing لدى الأسرة مخاوف تتعلق بالسكن None / لا يوجد	Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others الأسرة معزولة اجتماعياً، مع انعدام أو شبه انعدام للتواصل مع الآخرين Child's parent/guardian has concern for getting or keeping a job لدى والد/وصي الطفل مخاوف تتعلق بالحصول على وظيفة أو الإبقاء عليها Family has legal concerns لدى الأسرة مخاوف قانونية Child has a family member who attended Indian Boarding School يرتاد أحد أفراد أسرة الطفل المدرسة الداخلية الهندية Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work والد/وصي الطفل عامل مهاجر أو موسمي، وأكثر من نصف دخل الأسرة يأتي من العمل الزراعي Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agriculture or fishing) انتقل الطفل والوالد للمشاركة في الممارسات الثقافية التقليدية أو العمل (الموسمي أو والمؤقت في الزراعة أو الصيد)	Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: يُعاني أحد أفراد الأسرة من إعاقة أو حالة جسدية أو نفسية مزمنة و: Unable to engage in work/school/family life غير قادر على المشاركة في العمل/المدرسة/الحياة الأسرية Somewhat able to engage in work/school/ family life قادر على حد ما على المشاركة في العمل/المدرسة/الحياة الأسرية Mostly able to engage in work/school/family life قادر على الأغلب على المشاركة في العمل/المدرسة/الحياة الأسرية Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability يعاني والد/وصي الطفل من صعوبات التعلم، ولا يعاني من إعاقة Household domestic violence (past or current), including in utero العنف الأسري داخل المنزل (سابقاً أو حالياً)، بما في ذلك خلال فترة وجود الطفل في الرحم Household drug/alcohol concerns or substance use/misuse (past or current), including in utero مخاوف تتعلق بالمخدرات / الكحول أو واستخدام/إساءة استخدام العقاقير في المنزل (سابقاً أو حالياً)، بما في ذلك خلال فترة وجود الطفل في الرحم
---	--	---



Child's Last Name:

الاسم الأخير للطفل:

Child's First Name:

الاسم الأول للطفل:

Family Living Situation /الوضع المعيشي للأسرة

Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? Yes No
هل تتلقى هذه الأسرة سكنًا مدعومًا مثل قسيمة سكنية أو مساعدة نقدية للسكن؟ نعم لا

What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

ما الوضع السكني الحالي لأسرتك؟ يقدم قانون ماكيني-فينتو (McKinney-Vento Act) الخدمات والدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. قد تساعد إجاباتك في تحديد الخدمات التي قد يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها.

Own /ملك ☐ Temporary Military Housing /ثكنة عسكرية مؤقتة ☐

Rent /إيجار ☐

In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

☐ في منزل شخص آخر أو شقة مع عائلة أخرى (حدد خيارًا واحدًا من الخيارات الواردة أدناه):

By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.) ➤

طوعًا (على سبيل المثال، لتشارك المسؤوليات، أو لتكون قريبًا من الأسرة، وما إلى ذلك.) ➤ ☐

Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason ➤

بسبب فقدان السكن، أو الصعوبات الاقتصادية، أو أسباب مماثلة ➤ ☐

Transitional Housing /سكن مؤقت ☐

Moving from place to place/couch surfing

انتقال من مكان إلى آخر/الإقامة المؤقتة عند الآخرين ☐

In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

في سكن يفتقر إلى المرافق (بلا ماء، أو تدفئة، أو كهرباء) ☐

In a motel /في فندق صغير ☐

In a shelter /في مركز إيواء ☐

A car, park, campsite, or similar location

سيارة أو حديقة أو مخيم أو موقع مماثلة ☐

Other – Please describe: ☐



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

Family Income and Family Size / دخل الأسرة وحجم الأسرة

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? Yes No هل يدفع أحد الوالدين/الأوصياء في منزلك نفقة أطفال ملزمة قانوناً لأسرة أخرى؟ نعم لا

Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption /receive these types of Public Assistance. حدد كل ما ينطبق إذا كنت أنت، أو هذا الطفل، أو شخص آخر يعيش في منزلك وبينكما قرابة دم أو زواج أو تبني، يتلقى هذه الأنواع من المساعدات العامة. SSI for disability received by: Child Parent/Guardian Other – Relationship to child: SSI للمصاب بالإعاقة، يُستلم من قبل: ☐ الطفل ☐ الوالد/الوصي ☐ غير ذلك، العلاقة بالطفل: Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash Child-only TANF ☐ مساعدة مؤقتة للأسرة المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) ☐ للطفل فقط Basic Food (SNAP/FAP) WorkFirst Working Connections Child Care subsidy WIC None ☐ الغذاء الأساسي، برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) / برنامج المساعدة الغذائية ☐ (Food Assistance Program, FAP) برنامج WorkFirst ☐ دعم رعاية الطفل من برنامج Working Connections ☐ برنامج النساء والرضع والأطفال (Women, Infants, and Children, WIC) ☐ لا يوجد
--

Were you referred to this program by an agency? No هل تمت إحالتك إلى هذا البرنامج من قبل وكالة؟ لا Yes - Name: الاسم: كيف علمت بأمر هذا البرنامج؟
--



Child's Last Name: الاسم الأخير للطفل:	Child's First Name: الاسم الأول للطفل:
--	--

/Please list all people living in this child's primary household
يرجى ذكر جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزل هذا الطفل الرئيسي

		Relationship /to child العلاقة بالطفل	Birthdate /(month/day/year) تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	/Name (First and Last) الاسم (الأول والأخير)
Yes/نعم	Yes/نعم	/Applying Child الطفل المتقدم		/Applying Child: الطفل المتقدم:
If no, are you married to the parent/guardian of the applying child? إذا كانت الإجابة لا، هل أنت زوج والد/وصي الطفل المتقدم؟	Are you the applying child's biological or adoptive parent? هل أنت الوالد البيولوجي أو بالتبني للطفل المتقدم؟			
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا	Parent/Guardian الوالد/ الوصي		Parent/Guardian: الوالد/ الوصي:
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا	Parent/Guardian الوالد/ الوصي		Parent/Guardian: الوالد/ الوصي:
Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption? هل هذا الشخص يرتبط بوالد/وصي الطفل بقرابة دم، أو زواج، أو تبني؟	Is this person financially supported by parent/guardian of child? هل يتلقى هذا الشخص دعمًا ماليًا من والد/وصي الطفل؟			/Additional household members: أفراد الأسرة الآخرين:
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا			
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا			
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا			
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا			
Yes No نعم لا	Yes No نعم لا			



Child's Last Name:
الاسم الأخير للطفل:

Child's First Name:
الاسم الأول للطفل:

I promise that the information on this form is true and correct. I have authority to enroll this child and will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the /amount spent on my child.

أشهد بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج حقيقية وصحيحة. وأن لدي السلطة لتسجيل هذا الطفل وسأقدم تقريباً بدخلي بالكامل وحجم عائلي، كما هو مطلوب بموجب برامج التعلم المبكر. وأدرك أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عمدًا، يمكن أن تكون عائلي غير قادرة على الاستمرار في تلقي خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان طفلي قد التحق بـ ECEAP، فقد أعيد دفع المبالغ التي أنفقت على طفلي.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in these databases or shared with state or federal agencies. Information in these /databases may be used for the following:

أدرك أن المعلومات الواردة في هذا الطلب يتم إدخالها في قواعد بيانات التعلم المبكر المختلفة التي تديرها إدارة الأطفال والشباب والعائلات (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) و PSESD. وتلتزم كل من DCYF و PSESD بحماية المعلومات السرية والشخصية التي قد تكشف هوية طفل أو عائلة. ولا يتم إدخال أي معلومات تتعلق بوضع الهجرة في قواعد البيانات تلك أو ولا يتم مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. يمكن استخدام المعلومات الموجودة في قواعد البيانات تلك للأغراض التالية:

Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life. •
الدراسات البحثية بغرض تحديد ما إذا كانت المشاركة في التعلم المبكر يساعد الطفل في مراحل لاحقة من حياته.

To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government. •
لإثبات أن ولاية Washington تنفق بعض أموالها الخاصة على برامج للأسر، وهو أمر مطلوب للحصول على أموال TANF من الحكومة الفيدرالية.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
التوقيع الوالد/الوصي التاريخ

(ELMS) (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS) (موظف ECEAP: يجب إدخال هذا التاريخ في ELMS)

*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.

Staff Initials:

Reviewed and received verbal verification on (date):

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)

