



Preschool Promise

Oregon Department of Early Learning and Care

2026-2027

Форма заявления на участие в программе Preschool Promise

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Дата рождения: _____ Пол: Мужской Женский X _____

КАКОЙ ЯЗЫК ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДЛЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА?

_____ английский _____ испанский _____ русский _____ вьетнамский _____ китайский _____ другой _____

НА КАКОМ ЯЗЫКЕ(АХ) ВЫ ГОВОРИТЕ ДОМА?

_____ английский _____ испанский _____ русский _____ вьетнамский _____ китайский _____ другой _____

РАСА И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ РЕБЕНКА:

Американский индеец или коренной житель Аляски

<input type="checkbox"/>	Американский индеец
<input type="checkbox"/>	Коренной житель Аляски
<input type="checkbox"/>	Инуиты, метисы или коренные народы Канады
<input type="checkbox"/>	Коренной мексиканец, выходец из Центральной или Южной Америки

Коренной житель Гавайев или островов Тихого океана

<input type="checkbox"/>	Житель Гуама и представитель Чаморро
<input type="checkbox"/>	Микронезиец
<input type="checkbox"/>	Коренной житель Гавайев
<input type="checkbox"/>	Самоанец
<input type="checkbox"/>	Тонганец
<input type="checkbox"/>	Другой житель островов Тихого океана

Житель Ближнего Востока/Северной Африки

<input type="checkbox"/>	Житель Северной Африки
<input type="checkbox"/>	Житель Ближнего Востока

Азиат

<input type="checkbox"/>	Азиат-индеец
<input type="checkbox"/>	Китаец
<input type="checkbox"/>	Филиппинец
<input type="checkbox"/>	Хмонг
<input type="checkbox"/>	Японец
<input type="checkbox"/>	Кореец
<input type="checkbox"/>	Лаосец
<input type="checkbox"/>	Житель Южной Азии
<input type="checkbox"/>	Вьетнамец
<input type="checkbox"/>	Представитель другой азиатской расы

Испаноговорящий или латиноамериканец

<input type="checkbox"/>	Испанец или латиноамериканец/житель Центральной Америки
<input type="checkbox"/>	Испанец или латиноамериканец/мексиканец
<input type="checkbox"/>	Испанец или латиноамериканец/житель Южной Америки
<input type="checkbox"/>	Другой испанец или латиноамериканец/

Темнокожий или афроамериканец

<input type="checkbox"/>	Афроамериканец
<input type="checkbox"/>	Африканец (темнокожий)
<input type="checkbox"/>	Житель Карибского бассейна (темнокожий)
<input type="checkbox"/>	Другой темнокожий

Светлокожий

<input type="checkbox"/>	Восточноевропейец
<input type="checkbox"/>	Славянской этнической группы
<input type="checkbox"/>	Западноевропейец
<input type="checkbox"/>	Светлокожий/европеоид
<input type="checkbox"/>	Другой светлокожий

Другие категории

<input type="checkbox"/>	Другое:
<input type="checkbox"/>	Не знаю/Неизвестно
<input type="checkbox"/>	Отклонить/Не хочу отвечать

Посещает ли Ваш ребенок в настоящее время программу по уходу/дошкольное учреждение? Да Нет

Если да, укажите название программы. _____

Находится ли этот ребенок в приемной семье, одобренной государством? Да Нет

Получает ли Ваш ребенок услуги для детей с особыми потребностями, имеет ли он Индивидуальный план семейного обслуживания (Individual Family Service Plan или IFSP), работает ли он в Программе раннего вмешательства (Early Intervention или EI) или получает Дошкольное образование детей с особыми потребностями (Early Childhood Special Education или ECSE) для поддержки развития Вашего ребенка? Да Нет

Требуется ли Вашему ребенку какая-либо из перечисленных ниже специализированных услуг (ответ не влияет на право получения помощи)?

Поведенческая поддержка	Медицинская поддержка	Психическое здоровье	Питание
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если да, укажите любых партнеров в области здравоохранения, специалистов ECSE или других поставщиков услуг, о которых Вы хотели бы, чтобы мы знали:

Сколько человек проживает в Вашем домохозяйстве?

Сталкивается ли Ваша семья в настоящее время с какой-либо из следующих жизненных ситуаций: проживание в приюте, мотеле или палаточном лагере из-за отсутствия подходящего жилья, проживание в автомобиле, на парковке, в заброшенном здании или на автобусной/железнодорожной станции, совместное проживание с другими лицами из-за потери жилья или финансовых проблем, трудности или отсутствие постоянного и адекватного места для ночлега?

Да Нет

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОДНОМ ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНЕ 1

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Степень родства с ребенком: Родитель Законный опекун Приемный родитель Другое: _____

Какой процент времени ребенок живет с одним из родителей/опекуном:

0% 1 - 25% 26 - 50% 51 - 50% 51 - 74% 75 - 99% 100%

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОДНОГО ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНА 1

Основной номер телефона: _____ Дополнительный номер телефона: _____ Электронная почта: _____

Почтовый адрес: _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____

Фактический адрес (если отличается) _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____

Как Вы предпочитаете читать, чтобы с Вами связывались? Основной номер телефона Дополнительный номер телефона Электронная почта Текстовое сообщение Другое: _____

НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ...

Письменные сообщения английский испанский русский вьетнамский китайский другой: _____

Устные сообщения английский испанский русский вьетнамский китайский другой: _____

СТАТУС ЗАНЯТОСТИ ОДНОГО ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНА 1

Отметьте все подходящие варианты

Работаю неполный/полный рабочий день Студент Владелец бизнеса

В настоящее время не работаю (безработный, один из родителей, который находится дома и занимается детьми, пенсионер, и т.д.)

Другое: _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОДНОМ ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНЕ 2

Имя: _____ Второе имя: _____ Фамилия: _____

Степень родства с ребенком: Родитель Законный опекун Приемный родитель Другое: _____

Какой процент времени ребенок живет с одним из родителей/опекуном:

0% 1 - 25% 26 - 50% 51 - 50% 51 - 74% 75 - 99% 100%

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОДНОГО ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНА 2

Основной номер телефона: _____ Дополнительный номер телефона: _____ Электронная почта: _____

Почтовый адрес: _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____

Фактический адрес (если отличается) _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____

Как Вы предпочитаете, чтобы с Вами связывались? Основной номер телефона Дополнительный номер телефона Электронная почта Текстовое сообщение Другое: _____

НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ...

Письменные сообщения английский испанский русский вьетнамский китайский другой: _____

Устные сообщения английский испанский русский вьетнамский китайский другой: _____

СТАТУС ЗАНЯТОСТИ ОДНОГО ИЗ ЗАКОННЫХ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНА 2

Отметьте все подходящие варианты

Работаю неполный/полный рабочий день Студент Владелец бизнеса

В настоящее время не работаю (безработный, один из родителей, который находится дома и занимается детьми, пенсионер, и т.д.)

Другое: _____

Согласие родителей – подпись одного из законных родителей/опекуна

Подписывая это заявление, я подтверждаю, что предоставил(а) достоверную и полную информацию, и понимаю, что Департамент дошкольного образования и ухода за детьми штата Орегон может проверить информацию, указанную в этой форме. Я понимаю, что предоставление ложных сведений или намеренное сокрытие данных может повлечь за собой применение по отношению ко мне штрафных санкций со стороны властей штата и федеральных властей. Я понимаю, что PSP - это программа, которую финансирует государство, и услуги дошкольного образования, предоставляемые в рамках программы PSP, могут быть прекращены, если средства больше не будут доступны.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что информация, указанная в этой форме, любая информация, собранная поставщиком услуг в рамках подтверждения соответствия требованиям, а также любые тесты или отчеты, описывающие успехи моего ребенка в обучении по программе PSP, могут быть переданы организациям, участвующим в предоставлении услуг PSP и поддержки моему ребенку, включая, помимо прочего, поставщиков услуг дошкольного образования, Приемные комиссии, Центры, Общеобразовательные службы округа (услуги Дошкольного образования детей с особыми потребностями), программы предоставления ресурсов по уходу за детьми Child Care Resource & Referral, а также Департамент дошкольного образования и ухода за детьми штата Орегон с целью управления и оценки программы PSP.

Подача данной формы не является гарантией участия в программе PSP. Требуется подпись и дата одного из законных родителей/опекуна.

Имя печатными буквами: _____

Подпись: _____

Дата: _____

**ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ ТРЕБОВАНИЯМ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОМ ПО ОТБОРУ КАНДИДАТОВ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ PSP**

Название центра: _____

ШАГ 1 - Заполните следующую информацию

Имя ребенка: _____

Состав семьи: _____

Годовой доход: _____

Уровень дохода семьи:

<input type="checkbox"/>	На уровне или ниже 100% федерального уровня бедности
<input type="checkbox"/>	101 - 130% федерального уровня бедности
<input type="checkbox"/>	131-200% федерального уровня бедности
<input type="checkbox"/>	SNAP, TANF, Adult OHP, OHP Bridge, OHP CWM ("emergency medical" или "emergency Medicaid")
<input type="checkbox"/>	GALA (ранее известная как FAR) отказ от взыскания переплаты

Соответствует ли доход семьи установленным требованиям? Да Нет

Документы, представленные для подтверждения дохода:
(Отметьте все подходящие варианты)

<input type="checkbox"/>	Заявления о выплате алиментов на ребенка
<input type="checkbox"/>	Документы о приемном ребенке
<input type="checkbox"/>	Налоговая декларация по подоходному налогу, форма 1040 или 1040A

(Продолжение) Документы, представленные для подтверждения дохода:
(Отметьте все подходящие варианты)

<input type="checkbox"/>	Adult OHP, OHP Bridge, OHP CWM ("emergency medical" или "emergency Medicaid") (выданные в течение последних 12 месяцев)
<input type="checkbox"/>	SNAP (выданный в течение последних 12 месяцев)
<input type="checkbox"/>	TANF (выданный в течение последних 12 месяцев)
<input type="checkbox"/>	ERDC (с дополнительным подтверждением дохода)
<input type="checkbox"/>	WIC (с дополнительным подтверждением дохода)
<input type="checkbox"/>	Платежные квитанции (3 последних, которые были получены одновременно)
<input type="checkbox"/>	Письмо SSI
<input type="checkbox"/>	Справки о безработице
<input type="checkbox"/>	Форма W2
<input type="checkbox"/>	Изменение жилищных условий
<input type="checkbox"/>	Дополнительная форма для указания дохода семьи для участия в программе PSP
<input type="checkbox"/>	Другое:

Возраст* ребенка: _____

*На дату, указанную для определения права на посещение детского сада, детям должно исполниться не менее трех лет, но они еще не должны иметь права на посещение детского сада (1 сентября для большинства школьных округов штата Орегон; уточните дату в местном школьном округе).

Документы, представленные для подтверждения возраста:

<input type="checkbox"/>	Копия свидетельства о рождении
<input type="checkbox"/>	Копия больничной карты
<input type="checkbox"/>	Копия документов от педиатра/лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Копия карты вакцинации ребенка (должна быть выдана организацией здравоохранения, а не написана от руки)
<input type="checkbox"/>	Документация по медицинскому страхованию
<input type="checkbox"/>	Письмо о передаче ребенка в приемную семью
<input type="checkbox"/>	Юридический документ (письмо о выплате пособий), в котором указана дата рождения ребенка
<input type="checkbox"/>	Дополнительная форма для указания даты рождения ребенка для участия в программе PSP

Соответствует ли возраст ребенка установленным требованиям? Да Нет

Проживает ли семья в штате Орегон? Да Нет

Обратите внимание: Бездомные семьи не обязаны предоставлять документы о подтверждении адреса в штате Орегон.

Является ли семья бездомной (без жилья)? Да Нет

Документы, представленные для проверки проживания в штате Орегон:

Текущие счета за коммунальные услуги (электричество, газ вода/канализация и отходы)
Договор лизинга или аренды
Удостоверение личности или водительские права штата Орегон
Платежная квитанция, Налоговая декларация формы 1040 или форма W2
Письмо о выплате пособий (письмо OHP, SNAP, социальное обеспечение, TANF и т. д.), выданное в течение последних 12 месяцев
Письмо о передаче ребенка в приемную семью
Защите адрес с помощью программы сохранения конфиденциальности адресов
Дополнительная форма для указания адреса для участия в программе PSP

Важно: Специалисты по отбору кандидатов на участие в программе PSP обязаны хранить копии всех документов, представленных/использованных для определения соответствия требованиям.

ШАГ 2 - Подтверждение и подпись сотрудника

СОТРУДНИК, КОТОРЫЙ ПРИНИМАЛ ДОКУМЕНТАЦИЮ - Я изучил документы и информацию, представленные одним из родителей (родителями)/опекуном(ами), и, насколько мне известно, семья:

Имеет право на участие в программе PSP

Не имеет права на участие в программе PSP

Имя сотрудника печатными буквами _____

Подпись сотрудника _____

Дата _____

ШАГ 3 – Направление ребенка

Ребенка направляют _____ в учреждение _____,
получателя гранта по программе PSP Наименование заведения Дата

Раздел «Данные о переводе ребенка»:

Ребенка направляют _____ в учреждение _____,
получателя гранта по программе PSP/ Местонахождение Дата
Наименование заведения

Ребенка направляют _____ в учреждение _____,
получателя гранта по программе PSP/ Местонахождение Дата
Наименование заведения