Ukrainiane

Титульний аркуш заявки на участь у програмі раннього розвитку

Early Learning psesd excellence & equity in education
Puget Sound Educational Service District

Вітаємо! Заповніть одну заявку на кожну дитину й додайте необхідні документи. Право на участь у наших програмах залежить від віку дитини та доходу родини, а не від дати подання заявки.
Місця в наших програмах швидко заповнюються, тому подайте заявку якомога швидше!
Інформація, зазначена у вашій заявці, є конфіденційною та використовується тільки для визначення права вашої дитини на участь у наших програмах раннього розвитку.
Ми не вимагаємо, не перевіряємо й не повідомляємо про імміграційний статус або статус у Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Social and Health Services, DSHS).

Відскануйте QR-код, щоб отримати додаткову інформацію.

Обов'язкові документи, які потрібно додати до заявки. Зв'яжіться з нами, якщо вам потрібна допомога в заповненні заявки або якщо ви не маєте будь-якого з перелічених нижче документів. Будь ласка, заповніть заявку синім або чорним чорнилом.

1	**Підтвердження доходу:** додайте копію документа, що підтверджує дохід вашої родини.	**Використайте будь-який із відповідних варіантів.**
		• Документи про дохід:
		  ○ Податкова декларація за минулий рік
		  ○ Форми W-2 за минулий рік
		  ○ Розрахункові відомості на зарплату за останні 12 місяців
		• Листи про поточні виплати в межах додаткового доходу із соціального забезпечення (Supplemental Security Income, SSI) / програми тимчасової допомоги для нужденних сімей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / програми додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
			• Документи про виплату допомоги на виховання дітей у прийомній сім'ї
			• Документи про аліменти, отримані за 12 місяців
			• Лист від роботодавця із зазначенням загальної суми заробітної плати до відрахувань за останні 12 місяців

2	**Підтвердження розміру сім'ї:** додайте копію документа, що підтверджує розмір вашої сім'ї.	**Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.** • Податкова декларація за минулий рік • Договір оренди або документ про житло • Лист про виплату допомоги (TANF, SSI, SNAP тощо)	• Шкільні документи • Судовий або юридичний документ
3	**Підтвердження віку дитини:** додайте копію документа, що підтверджує дату народження вашої дитини.	**Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.** • Свідоцтво про народження дитини • Паспорт/віза • Документи про всиновлення (удочеріння)	• Лист-дозвіл на опіку над дитиною • Поточні записи про щеплення • Документ із реєстру батьків, що перебувають в установах Департаменту виправних установ (Department of Corrections, DOC)
4	**Підтвердження законного опікунства:** додайте копію документа, що підтверджує законне опікунство.	**Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.** • Свідоцтво про народження • Паспорт/віза • Документи про всиновлення (удочеріння) • Документи про виховання в прийомній сім'ї	• Письмова угода, підписана й датована батьками та особою, яка бере на себе обов'язки опікуна
5	**Додаткові документи (за потреби)**	• Поточні записи про щеплення • Поточна індивідуальна програма навчання (Individualized Education Program, IEP) / поточний індивідуальний план обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP) • Документ про останнє медичне обстеження дитини • Документ про останнє стоматологічне обстеження • Документ, що підтверджує членство в племені	•

- Обов'язково додайте документи, що підтверджують ваш дохід. Ми не зможемо обробити вашу заявку без цієї інформації.
- Зателефонуйте в наш офіс, якщо ви отримуєте інші типи документів, не зазначені вище.

Надішліть заповнену заявку та документи на таку адресу:
Адреса центру/сайту: Lake Willderness Elementary School
24216 Witte Rd SE Maple Valley Wa 98038

Контактна інформація: **Jessica Quinn - Family Support Specialist**
425.413.3290 x 8126 **Jquinn@tahomasd.us**

Early Learning Application 2026-2027/
Заява на участь у програмі раннього розвитку в 2026/27 навчальному році

Early Learning psesd excellence & equity in education Puget Sound Educational Service District

Staff Only	*ChildPlus ID:*	*ELMS ID:*	▫ *ECEAP* ▫ *HS* ▫ *EHS*	*Date Received:*

Child Information – General/ **Інформація про дитину: загальні відомості**

First Name: Ім'я:	*Middle Initial:* Середній ініціал:	*Last Name(s):* Прізвище (-а):
Date of Birth (month/day/year): Дата народження (місяць/число/рік):	*Gender: M F* Стать Ч Ж	*Preferred Name:* Ім'я, яке краще використовувати:
What is this child's home language? Якою мовою дитина розмовляє вдома?		*2nd language:* 2-га мова:

This child speaks:/ Дитина розмовляє:

Only English
▫ Лише англійською

Mostly English and another language
▫ Переважно англійською та іншою мовою

Some English, but mostly another language
▫ *Трохи англійською, але переважно іншою мовою

Both English and another language the same (bilingual)
▫ Англійською та іншою рівною мірою (білінгв)

Only a language other than English
▫ * Лише іншою, не англійською

Child is (Check all that apply):/ Дитина належить до групи чи груп (позначте всі застосовні варіанти):

African/African American/Black
▫ Африканці / афроамериканці / темношкірі

Asian
▫ Азійці

Alaska Native/Native American/ American Indian
▫ Корінні жителі Аляски / Америки / американські індіанці

Hispanic/Latino
▫ Латиноамериканці

Native Hawaiian or Pacific Islander
▫ Корінні жителі Гавайських або інших островів Тихого океану

▫ *White/* Представники європеоїдної раси

Decline to Report
▫ Відмовляємося повідомляти

Not listed:
▫ Немає в переліку:

What is your family's heritage/tribe/country of origin?
До якої етнічної групи, країни походження чи племені належить Ваша сім'я?

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:/ Раніша або поточна реєстрація дитини:

▫ *None/* Немає

No previous preschool enrollment (ages 3-5)
▫ Відсутня попередня дошкільна реєстрація (у віці 3–5 років)

Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE
▫ Рання підтримка немовлят і малюків (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT); Закон про освіту осіб з інвалідністю (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), частина С; Служби раннього втручання та профілактики в ранньому дитинстві (Early Childhood Intervention Prevention Services, ECLIPSE)

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 в іншому окрузі Washington State, не програма PSESD

Previous preschool enrollment (ages 3-5)
▫ Попередня дошкільна реєстрація (у віці 3–5 років)

Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
▫ Програма підготовки до школи для дітей мігрантів та сезонних робітників (Migrant/Seasonal Head Start) у будь-якій частині штату Вашингтон

Early Learning Application 2026-2027/ Заява на участь у програмі раннього розвитку в 2026/27 навчальному році

Child's First Name: Ім'я дитини:	*Child's Last Name:* Прізвище дитини:

Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD Program
¤ У програмах Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP в округах King County або Pierce County, Washington State, або програмі освітніх послуг у Puget Sound District (Puget Sound Educational Service District, PSESD)

When did this child last attend? Коли дитина востаннє відвідувала заняття?	*Name and location of program:* Назва та місце програми:

Is this child currently enrolled in a community slot at this site? Yes No
Чи займає ця дитина зараз квотне місце від громади в цьому закладі? ¤ Так ¤ Ні

*Is this child a **sibling** of a child currently enrolled in the program you are applying to? Yes No*
Чи є ця дитина **братом (сестрою)** іншої дитини, яка зараз зареєстрована в програмі, на участь у якій ви подаєте заяву? ¤ Так ¤ Ні

***Foster or Kinship Care: Has this child ever been in foster, kinship or orphanage care?** Yes No*
Опіка прийомних батьків або родичів. Чи перебувала ця дитина коли-небудь у прийомній сім'ї, під опікою родичів або в дитячому будинку? ¤ Так ¤ Ні
*If yes, please answer the following questions:**
Якщо так, дайте відповіді на запитання нижче:*
*Is this child in official foster care or kinship care **with** a foster care payment? Yes No*
Чи перебуває ця дитина офіційно в прийомній сім'ї або під опікою родичів із виплатами прийомній сім'ї?¤ Так ¤ Ні

- ***If yes**, what is the Case Number or Client ID Number?*
- **Якщо так,** який номер справи або ідентифікаційний номер клієнта?
  - *What is the monthly payment amount and source? $*
  - Укажіть суму й джерело щомісячних виплат. $

# of children covered by payment amount:
Кількість дітей, на яких поширюється сума виплати:

DSHS SSI Tribe Other
¤ Департамент соціальних та медичних послуг (Department of Social and Health Services, DSHS)
¤ Додатковий соціальний дохід (Supplemental Security Income, SSI) ¤ Плем'я ¤ Інше

** Is this child in kinship care **without** a payment amount? Yes No*
* Чи перебуває ця дитина під опікою родичів **без** суми виплати? ¤ Так ¤ Ні
** Was this child adopted after foster or kinship care, or from orphanage in another country? Yes No*
* Чи була ця дитина всиновлена/удочерена після перебування в прийомній сім'ї або під опікою родичів або з дитячого будинку в іншій країні? ¤ Так ¤ Ні
** Was this child recently reunited with parent(s) after foster care or kinship care? Yes No*
* Чи була ця дитина нещодавно воз'єднана з батьком або матір'ю (обома батьками) після перебування в прийомній сім'ї або під опікою родичів? ¤ Так ¤ Ні

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	*Child's Last Name:* **Прізвище дитини:**

The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program./ **Нижче наведено запитання лише для отримання інформації. Відповідь «Так» не вплине на вашу відповідність критеріям або на реєстрацію в програмі.**

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
Чи отримує ваша сім'я зараз послуги від Органів опіки та піклування (Child Protective Services, CPS) або в межах програми «Оперативне оцінювання потреб сімей» (Family Assessment Response, FAR) чи «Забезпечення добробуту дітей корінних американців» (Indian Child Welfare, ICW), аналогічні племінні послуги або послуги через правоохоронну чи судову систему? ◻ Так ◻ Ні

Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/ court system in the past? Yes No
Чи отримувала ваша сім'я в минулому послуги в межах програм CPS/FAR/ICW, аналогічні племінні послуги або послуги через правоохоронну чи судову систему? ◻Так ◻Ні

Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?
Чи схвалена зараз ваша сім'я для догляду за дітьми через CPS або FAR?
Yes – How many approved hours per week?
◻ Так – скільки схвалених годин на тиждень? ◻ *No/* Ні

Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior? Yes No
Чи просили коли-небудь цю дитину залишити програму раннього навчання через поведінку? ◻ Так ◻ Ні

Child Information – Health/ **Інформація про дитину: здоров'я**

Does this child have medical insurance? Yes No/ Чи має ця дитина медичне страхування? ◻ Так ◻ Ні

If yes, ***what type?/*** **Якщо так, якого типу?**	*Washington Apple Health/ ProviderOne* ◻ Washington Apple Health/ ProvIderOne	*Private Insurance* ◻ Приватне страхування	*Tribal* ◻ Племінне	*Military Medical Coverage* ◻ Військове медичне страхування

Does this child have a regular doctor or medical clinic?/ Чи закріплена ця дитина за конкретним лікарем або медичним закладом?
Yes - Name of clinic/provider:/ Так (назва клініки / ім'я та прізвище лікаря):
◻ *No - Name of medical professional:/* Ні (ім'я та прізвище медичного працівника):

Does this child have dental insurance? Yes No
Чи має ця дитина стоматологічне страхування? ◻ Так ◻ Ні

If yes, ***what type?/*** **Якщо так, якого типу?**	*Washington Apple Health/ProviderOne* ◻ Washington Apple Health/ ProvIderOne	*Private Insurance* ◻ Приватне страхування	*Tribal* ◻ Племінне	*ABCD* ◻ ABCD	*Military Dental Coverage* ◻ Військове стоматологічне страхування

Child's First Name: Ім'я дитини:	*Child's Last Name:* Прізвище дитини:

Does this child have a regular dentist or dental clinic?/ Чи закріплена ця дитина за конкретним стоматологом або стоматологічним закладом?

- ◻ *Yes - Name of clinic/provider:/* Так (назва клініки / ім'я та прізвище лікаря):
- ◻ *No - Name of dental professional:/* Ні (ім'я та прізвище стоматолога):

What is your child's immunization status? Fully immunized Exempt Not fully immunized, not exempt Not sure
Який статус вакцинації вашої дитини? ◻ Повністю вакцинована ◻ Звільнена ◻ Не повністю вакцинована, не звільнена ◻ Точно не відомо

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)?/
Чи має ця дитина хронічні захворювання (це може бути психічний розлад, астма, онкологічні захворювання, діабет, епілептичні напади, розлад дефіциту уваги та гіперактивності (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), аутизм, розщеплення хребта, серповидноклітинна анемія або небезпечні для життя алергічні реакції)?

Yes – Please describe:
◻ Так (опишіть):

◻ *No/* Ні

The health condition is considered:
Severe Moderate Mild
Ступінь захворювання:
◻ Важка ◻ Помірна ◻ Слабка

Has a Health Care Provider diagnosed this condition?
Yes No
Чи це захворювання продіагностував медичний спеціаліст? ◻ Так ◻ Ні

Child Information – Development/ Інформація про дитину: розвиток

Do you have concerns about this child's health? Yes – check all that apply below No
Чи маєте ви занепокоєння щодо здоров'я цієї дитини? ◻ Так (позначте нижче всі застосовні варіанти) ◻ Ні

Low birth weight (less than 5.5 lbs/ 5 lbs 8 oz.)
◻ Низька вага при народженні (менш ніж 2,5 кг, 5,5 фунта / 5 фунтів 8 унцій)

Hearing
◻ Слух

Vision
◻ Зір

Preterm birth less than 37 weeks
◻ Передчасні пологи на строку менш ніж 37 тижнів

Fine motor/gross motor
◻ Дрібна моторика / груба моторика

Food intolerance/special diet – Please describe:
◻ Харчова непереносність / спеціальна дієта – Опишіть:

Drug/alcohol affected
◻ Вплив наркотиків / алкоголю

Tooth pain/decay/ bleeding gums
◻ Зубний біль / пошкодження зубів / кровоточивість ясен

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

*Does this child have a **current and active** Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Program (IFSP)?/* Чи має ця дитина **поточний і активний** індивідуальний освітній план (Individual Education Plan, IEP) або індивідуальну програму обслуговування сім'ї (Individual Family Service Program, IFSP)?

Yes – Please provide a copy with your application.

☐ Так (надайте копію разом із вашою заявкою).

No – Check if any of these apply:

☐ Ні (позначте за потреби всі застосовні варіанти нижче):

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

☐ Моя дитина пройшла обстеження, і було визначено, що вона відповідає критеріям для IEP, але ми все ще чекаємо на оформлення IEP або відмовилися від послуг.

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

☐ Моя дитина мала IFSP у минулому, але не перейшла до IEP зі шкільним округом.

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

☐ Моя дитина має діагностовану затримку розвитку або інвалідність і не має IEP, **або** її направляють для обстеження.

My child has a suspected developmental delay or disability.

☐ Моя дитина має підозру на затримку розвитку або інвалідність.

I have concerns about my child's development.

☐ Я маю занепокоєння щодо розвитку моєї дитини.

☐ *None apply/* Немає застосовних варіантів

Parent/Guardian Information/ **Інформація про одного з батьків / опікуна**

This child lives with:/ З ким мешкає ця дитина?

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

☐ З одним із батьків / опікуном, з яким дитина проживає постійно **(заповніть розділ «Один із батьків / опікун 1»)**

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

☐ З двома батьками / опікунами в одному помешканні **(заповніть розділ «Один із батьків / опікун 1 і 2»)**

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

☐ З двома батьками / опікунами у двох помешканнях, один із батьків / опікунів, з яким дитина проживає постійно **(заповніть розділ «Один із батьків / опікун 1»)**

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

☐ З двома батьками / опікунами у двох помешканнях, дитина проводить час і проживає в них порівну **(заповніть розділ «Один із батьків / опікун 1 і 2»)**

Early Learning Application 2026-2027/ Заява на участь у програмі раннього розвитку в 2026/27 навчальному році

Child's First Name: Ім'я дитини:	*Child's Last Name:* Прізвище дитини:

Parent/Guardian 1 Один із батьків / опікун 1	*Parent/Guardian 2* Один із батьків / опікун 2
First Name/ Ім'я	*First Name/* Ім'я
Last Name(s)/ Прізвище (-а)	*Last Name(s)/* Прізвище (-а)
Relationship to child/ Ким є для дитини *Biological/Adopted/Stepparent* □ Один із біологічних батьків / усиновлювач / вітчим або мачуха □ *Foster Parent/* Один із прийомних батьків □ *Grandparent/* Дідусь або бабуся □ *Aunt/Uncle/* Тітка / дядько □ *Other:/* Інше:	*Relationship to child/* Ким є для дитини *Biological/Adopted/Stepparent* □ Один із біологічних батьків / усиновлювач / вітчим або мачуха □ *Foster Parent/* Один із прийомних батьків □ *Grandparent/* Дідусь або бабуся □ *Aunt/Uncle/* Тітка / дядько □ *Other:/* Інше:
Gender/ Стать □ *M/* Ч □ *F/* Ж	*Gender/* Стать □ *M/* Ч □ *F/* Ж
Date of Birth (month/day/year) Дата народження (місяць/число/рік)	*Date of Birth (month/day/year)* Дата народження (місяць/число/рік)
Address (include City, State, Zip) Адреса (населений пункт, штат, поштовий індекс)	*Address (include City, State, Zip)* Адреса (населений пункт, штат, поштовий індекс)
Phone/ Номер телефону □ *Home/* Домашній □ *Cell/* Мобільний □ *Work/* Робочий	*Phone/* Номер телефону □ *Home/* Домашній □ *Cell/* Мобільний □ *Work/* Робочий
Alternate Phone/ Альтернативний номер телефону □ *Home/* Домашній □ *Cell/* Мобільний □ *Work/* Робочий	*Alternate Phone/* Альтернативний номер телефону □ *Home/* Домашній □ *Cell/* Мобільний □ *Work/* Робочий
Email/ Ел. пошта	*Email/* Ел. пошта
Were you under age 18 when this child was born?/ Чи були ви молодше 18 років, коли народилася ця дитина? □ *Yes/* Так □ *No/* Ні □ *N/A/* Н/з	*Were you under age 18 when this child was born?/* Чи були ви молодше 18 років, коли народилася ця дитина? □ *Yes/* Так □ *No/* Ні □ *N/A/* Н/з
What language(s) do you speak?/ Якою мовою (якими мовами) ви розмовляєте?	*What language(s) do you speak?/* Якою мовою (якими мовами) ви розмовляєте?

	Parent/Guardian 1 Один із батьків / опікун 1	*Parent/Guardian 2* Один із батьків / опікун 2
Do you need an English interpreter?/ Чи потрібен вам усний перекладач англійської мови?	□ *Yes/* Так □ *No/* Ні	□ *Yes/* Так □ *No/* Ні

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

	Parent/Guardian 1 **Один із батьків / опікун 1**	***Parent/Guardian 2*** **Один із батьків / опікун 2**
Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?/ Чи маєте ви або члени вашої сім'ї особливі потреби щодо доступності згідно із Законом про американців з інвалідністю (Americans with Disabilities Act, ADA) або інші потреби в доступності, які ми можемо забезпечити?	◻ *Yes/* Так ◻ *No/* Ні	◻ *Yes/* Так ◻ *No/* Ні
You are (Check all that apply):/ Ви належите до групи чи груп (позначте всі застосовні варіанти):	*African/African American/Black* ◻ Африканці / афроамериканці / темношкірі ◻ *Asian/* Азійці *Alaska Native/Native American/American Indian* ◻ Корінні жителі Аляски / Америки / американські індіанці ◻ *Hispanic/Latino/* Латиноамериканці *Native Hawaiian or Pacific Islander* ◻ Корінні жителі Гавайських або інших островів Тихого океану ◻ *White/* Представники європеоїдної раси ◻ *Decline to Report/* Відмовляємося повідомляти *Not listed above:* ◻ Немає в переліку вище:	*African/African American/Black* ◻ Африканці / афроамериканці / темношкірі ◻ *Asian/* Азійці *Alaska Native/Native American/American Indian* ◻ Корінні жителі Аляски / Америки / американські індіанці ◻ *Hispanic/Latino/* Латиноамериканці *Native Hawaiian or Pacific Islander* ◻ Корінні жителі Гавайських або інших островів Тихого океану ◻ *White/* Представники європеоїдної раси ◻ *Decline to Report/* Відмовляємося повідомляти *Not listed above:* ◻ Немає в переліку вище:

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

	Parent/Guardian 1 **Один із батьків / опікун 1**	***Parent/Guardian 2*** **Один із батьків / опікун 2**
*What is the **highest** level of education you completed?/* **Який ви маєте найвищий завершений рівень освіти?**	◻ *6th grade or less/* 6-й клас або менше *7th to 12th grade, no diploma and no GED* ◻ 7–12 класів, без отримання атестата або складання іспиту для підтвердження загальноосвітньої підготовки (General Educational Development, GED) ◻ *High school diploma/* Атестат про середню освіту ◻ *GED/* GED *Some college/advanced training* ◻ Коледж / курси підвищення кваліфікації *Professional certificate* ◻ Сертифікат спеціаліста ◻ *Associate degree/* Диплом молодшого спеціаліста ◻ *Bachelor's degree/* Диплом бакалавра *Master's or doctorate degree* ◻ Ступінь магістра або доктора наук ◻ *None/* Немає	◻ *6th grade or less/* 6-й клас або менше *7th to 12th grade, no diploma and no GED* ◻ 7–12 класів, без отримання атестата або складання іспиту для підтвердження загальноосвітньої підготовки (General Educational Development, GED) ◻ *High school diploma/* Атестат про середню освіту ◻ *GED/* GED *Some college/advanced training* ◻ Коледж / курси підвищення кваліфікації *Professional certificate* ◻ Сертифікат спеціаліста ◻ *Associate degree/* Диплом молодшого спеціаліста ◻ *Bachelor's degree/* Диплом бакалавра *Master's or doctorate degree* ◻ Ступінь магістра або доктора наук ◻ *None/* Немає
Are you currently employed?/ **Ви зараз займаєтеся трудовою діяльністю?**	*Yes – How many hours per week (including travel)?* ◻ Так (кількість годин на тиждень включно з дорогою) *Employer:/* Роботодавець: ◻ *No/* Ні *No, retired or disabled* ◻ Ні, на пенсії або маю інвалідність ◻ *Seasonal/* Сезонна робота	*Yes – How many hours per week (including travel)?* ◻ Так (кількість годин на тиждень включно з дорогою) *Employer:/* Роботодавець: ◻ *No/* Ні *No, retired or disabled* ◻ Ні, на пенсії або маю інвалідність ◻ *Seasonal/* Сезонна робота

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

	Parent/Guardian 1 **Один із батьків / опікун 1**	***Parent/Guardian 2*** **Один із батьків / опікун 2**
Are you currently in job training or school?/ Чи проходите ви зараз професійне або академічне навчання?	*Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?* ◻ Так (кількість годин на тиждень, враховуючи час на заняття в закладі, самопідготовку та дорогу) *School:/* Академічне навчання: ◻ *No/* Ні	*Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?* ◻ Так (кількість годин на тиждень, враховуючи час на заняття в закладі, самопідготовку та дорогу) *School:/* Академічне навчання: ◻ *No/* Ні
Are you in an approved WorkFirst activity?/ Чи берете ви участь у затверджених заходах WorkFirst?	*Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:* ◻ Так (опишіть захід і кількість затверджених годин на тиждень): ◻ *No/* Ні	*Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:* ◻ Так (опишіть захід і кількість затверджених годин на тиждень): ◻ *No/* Ні
Are you or have been in the U.S. military?/ Чи є ви чинним або колишнім військовослужбовцем США?	*Yes, current service member* ◻ Так, є чинним військовослужбовцем *Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months* ◻ Так, зараз перебуваю на службі в зоні виконання завдань або перебував (-ла) там протягом останніх 12 місяців / загалом протягом 19 місяців ◻ *Yes, veteran/* Так, я ветеран ◻ *No/* Ні	*Yes, current service member* ◻ Так, є чинним військовослужбовцем *Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months* ◻ Так, зараз перебуваю на службі в зоні виконання завдань або перебував (-ла) там протягом останніх 12 місяців / загалом протягом 19 місяців ◻ *Yes, veteran/* Так, я ветеран ◻ *No/* Ні

Child's First Name: Ім'я дитини:	*Child's Last Name:* Прізвище дитини:

***Family Concerns/* Занепокоєння сімейного характеру**

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.
Позначте, що вас непокоїть щодо вас / сім'ї у вашому помешканні.

Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:

◻ Член сім'ї має інвалідність **або** хронічне фізичне чи психічне захворювання, **а також**:

Unable to engage in work/ school/family life

◻ Не може працювати, учитися і брати участь у житті сім'ї

Somewhat able to engage in work/school/ family life

◻ Певною мірою може працювати, учитися і брати участь у житті сім'ї

Mostly able to engage in work/school/family life

◻ Здебільшого може працювати, учитися і брати участь у житті сім'ї

Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability

◻ Один із батьків / опікун дитини має проблеми з навчанням, не має інвалідності

Household domestic violence (past or current), including in utero

◻ Домашнє насильство в помешканні (у минулому або зараз), включно з *in utero*

Household drug/alcohol concerns or substance use/misuse (past or current), including in utero

◻ Занепокоєння щодо наркотиків або алкоголю в помешканні, вживання або зловживання (у минулому або зараз), включно з *in utero*

Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others

◻ Сім'я соціально ізольована, контакти з іншими людьми повністю або майже відсутні

Child's parent/guardian has concern for getting or keeping a job

◻ Один із батьків / опікун дитини має занепокоєння щодо отримання роботи або її втримання

Family has legal concerns

◻ Сім'я має проблеми юридичного характеру

Child has a family member who attended Indian Boarding School

◻ Один із членів сім'ї дитини відвідує індіанську школу-інтернат

Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work

◻ Один із батьків / опікун дитини є мігрантом або сезонним працівником, і більш ніж половина сімейного прибутку надходить за виконання сільськогосподарських робіт

Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agriculture or fishing)

◻ Один із батьків і дитина переїхали, щоб займатися традиційним видом господарства або працювати (влаштуватися на сезонну або тимчасову роботу в сільському господарстві або рибальстві)

Child's parent/guardian is/has been incarcerated during child's lifetime

◻ Один із батьків / опікун дитини перебуває або перебував (-ла) у місцях позбавлення волі протягом життя дитини

Loss of a parent (death, abandonment)

◻ Втрата одного з батьків (смерть, залишення дитини)

Child's parents/guardians divorced or separated during child's life

◻ Батьки / опікуни дитини розлучилися або почали жити окремо під час життя дитини

Family was previously homeless (in the last 12 months)

◻ Члени сім'ї раніше були бездомними (останні 12 місяців)

Family has concerns with housing

◻ Сім'я має проблеми із житлом

◻ *None/* Немає

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	*Child's Last Name:* **Прізвище дитини:**

***Family Living Situation/* Житлове становище сім'ї**

Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? *Yes* *No*
Чи отримує це домогосподарство субсидію на житло, як-от ваучер або грошову допомогу? ◻ Так ◻ Ні

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./*** Де зараз проживає ваша сім'я? **За Законом Маккінні – Венто (McKinney-Vento Act) надаються послуги й підтримка бездомним дітям і молоді. Ваші відповіді допоможуть нам визначити, на які послуги має право ваша дитина.**

◻ *Own/* У власному будинку

◻ *Rent/* В орендованому будинку

◻ *Temporary Military Housing/* У тимчасовому житлі для військових

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

◻ У чужому будинку або чужій квартирі з іншою сім'єю (виберіть один із варіантів нижче):

- *By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)*
- ◻ За власним вибором (наприклад, щоб розділити обов'язки, щоб бути ближче до сім'ї тощо)
- *Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason*
- ◻ Через утрату житла, фінансові труднощі або з аналогічної причини

◻ *In a motel/* У готелі

◻ *In a shelter/* У притулку

A car, park, campsite, or similar location

◻ В автомобілі, парку, кемпінгу або аналогічному місці

◻ *Transitional Housing/* У тимчасовому житлі

Moving from place to place/couch surfing

◻ Переїжджаємо з місця на місце / мешкаємо там, де запропонують

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

◻ У житлі з неналежними умовами (немає води, опалення, електроенергії)

◻ *Other – Please describe:/* Інше (опишіть):

***Family Income and Family Size/* Дохід і розмір сім'ї**

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? *Yes* *No*
Чи сплачує один із батьків / опікун у вашому домогосподарстві юридично обов'язкові аліменти на дитину в іншому домогосподарстві? ◻ Так ◻ Ні

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

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./
Позначте всі застосовні пункти, якщо ви, ця дитина або інша особа, що проживає у вашому помешканні й пов'язанна з вами біологічно, через шлюб або всиновлення/удочерення, отримує такі типи державної допомоги.

SSI for disability received by: Child Parent/Guardian Other – Relationship to child:
◻ SSI з інвалідності отримує: ◻ Дитина ◻ Один із батьків / опікун ◻ Інша людина (ступінь спорідненості з дитиною):

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash Child-only TANF
◻ Програма надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) Готівкою ◻ TANF тільки для дитини

Basic Food (SNAP/FAP) WorkFirst Working Connections Child Care subsidy WIC None
◻ Basic Food (Програма додаткової продовольчої підтримки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) / Програма продовольчої допомоги (Food Assistance Program, FAP)) ◻ WorkFirst ◻ Субсидії за програмою Working Connections Child Care ◻ Програма допомоги жінкам, немовлятам та дітям (Women, Infants, and Children, WIC) ◻ Немає

Were you referred to this program by an agency? No
Чи направила вас до цієї програми державна інстанція? ◻ Ні ◻ *Yes - Name:/* Так (вкажіть назву):

How did you find out about this program?/ Як ви дізналися про цю програму?

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

Please list all people living in this child's primary household/
Укажіть усіх людей, які проживають в основному помешканні цієї дитини

Name (First and Last)/ Ім'я та прізвище	*Birthdate (month/day/year)/* Дата народження (місяць/число/рік)	*Relationship to child/* Ким є для дитини		
Applying Child:/ Дитина, для якої подають заявку:		*Applying Child/* Дитина, для якої подають заявку	*Yes/* Так	*Yes/* Так
			Are you the applying child's biological or adoptive parent?/ Чи є ви одним із біологічних або прийомних батьків дитини, для якої подають заявку?	*If no, are you married to the parent/guardian of the applying child?/* Якщо ні, чи перебуваєте ви в шлюбі з одним із батьків / опікуном дитини, для якої подають заявку?
Parent/Guardian: Один із батьків / опікун:		*Parent/Guardian* Один із батьків / опікун	*Yes No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes No* ☐ Так ☐ Ні
Parent/Guardian: Один із батьків / опікун:		*Parent/Guardian* Один із батьків / опікун	*Yes No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes No* ☐ Так ☐ Ні
Additional household members:/ Інші особи, які проживають у помешканні:			*Is this person financially supported by parent/guardian of child?/* ☐ Чи отримує ця особа фінансову підтримку від одного з батьків / опікуна дитини?	*Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?/* ☐ Чи має ця особа зв'язок з одним із батьків / опікуном дитини (біологічний, шлюбний, унаслідок усиновлення/ удочерення)?

Child's First Name: **Ім'я дитини:**	***Child's Last Name:*** **Прізвище дитини:**

			Yes *No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes* *No* ☐ Так ☐ Ні
			Yes *No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes* *No* ☐ Так ☐ Ні
			Yes *No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes* *No* ☐ Так ☐ Ні
			Yes *No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes* *No* ☐ Так ☐ Ні
			Yes *No* ☐ Так ☐ Ні	*Yes* *No* ☐ Так ☐ Ні

Early Learning Application 2026-2027/ Заява на участь у програмі раннього розвитку в 2026/27 навчальному році

Child's First Name: Ім'я дитини:	*Child's Last Name:* Прізвище дитини:

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./

Я обіцяю вказувати в цій формі лише правдиву й правильну інформацію. Я маю повноваження реєструвати цю дитину й повністю звітуватиму про свій дохід і розмір сім'ї, як того вимагають програми раннього навчання. Я розумію в разі свідомого надання неправдивої інформації подальше надання послуг програми для моєї сім'ї може припинитися. Крім того, якщо мою дитину зареєструють в ECEAP, мені, можливо, доведеться повернути суму, витрачену на мою дитину.

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:/

Я розумію, що інформація, надана в цій заяві, вноситься в різні бази даних раннього навчання, якими керують Департамент у справах дітей, молоді та сім'ї (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) і PSESD. DCYF і PSESD докладають усіх потрібних зусиль, щоб захистити конфіденційну й персональну інформацію, за якою можна ідентифікувати дитину або сім'ю. Будь-яка інформація щодо імміграційного статусу не вноситься в ці бази даних і не надається установам штату чи федеральним установам. Інформація, що міститься в цих базах даних, може використовуватися для таких цілей:

- *Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.*
- Наукові дослідження з метою визначити, чи допомагає дітям участь у програмі раннього розвитку в подальшому житті.
- *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.*
- Підтвердження того, що Washington State витрачає певні кошти на програми для сімей, що є необхідним для отримання тимчасової грошової допомоги для нужденних сімей від федерального уряду.

Parent/Guardian Signature _____ ***Date*** _____
Підпис одного з батьків / опікуна _____ **Дата** _____

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)/ **(Для персоналу ECEAP: введіть цю дату в систему управління раннім навчанням (Early Learning Management System, 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)