Russian

Титульный лист заявки на участие в программе раннего развития

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

Добро пожаловать! Заполните один пакет документов для подачи заявки на каждого ребенка и приложите необходимую документацию.
Право на участие в наших программах зависит от возраста ребенка и размера дохода семьи, а не от даты подачи заявки.
Доступные места для участия в наших программах быстро заканчиваются, поэтому подайте заявку как можно скорее!
Информация, указанная в вашей заявке, является конфиденциальной и используется только для определения права вашего ребенка на участие в наших программах раннего развития. Мы не требуем сообщать иммиграционный статус или статус согласно Департаменту здравоохранения и социального обеспечения (Department of Social and Health Services, DSHS), а также не проверяем и не передаем такую информацию.

Отсканируйте QR-код, чтобы получить дополнительную информацию

Необходимые документы, которые нужно приложить к заявке. Свяжитесь с нами, если вам нужна помощь в заполнении заявки или у вас нет какого-либо из необходимых документов, указанных ниже. Пожалуйста, заполните заявку синими или черными чернилами.

		Используйте любой из соответствующих вариантов:	

1	**Подтверждение дохода:** приложите копию документа, подтверждающего доход вашей семьи.	• Документы о доходе:
		  ○ Налоговая декларация за прошлый год
		  ○ Форма(-ы) W-2 за прошлый год
		  ○ Расчетные листы за последние 12 месяцев
		• Письма о текущем получении помощи по программе дополнительного дохода в рамках социального обеспечения (Supplemental Security Income, SSI) / программе временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
			• Документы о выплате пособия на воспитание приемных детей
			• Документы о получении алиментов на ребенка за 12 месяцев
			• Письмо от работодателя с указанием общей суммы заработной платы за последние 12 месяцев

2	**Подтверждение размера семьи:** приложите копию документа, подтверждающего размер вашей семьи.	**Используйте любой из перечисленных ниже вариантов:** • Налоговая декларация за прошлый год • Договор аренды или документ о наличии жилья • Письмо о получении помощи (по программам TANF, SSI, SNAP и др.)	• Школьные документы • Судебный или юридический документ
3	**Подтверждение возраста ребенка:** приложите копию документа, подтверждающего дату рождения вашего ребенка.	**Используйте любой из перечисленных ниже вариантов:** • Свидетельство о рождении ребенка • Паспорт/виза • Документы об усыновлении (удочерении)	• Письмо-разрешение на опеку над ребенком • Текущие записи о прививках • Документ из реестра родителей, проживающих в учреждениях Департамента исправительных учреждений (Department of Corrections, DOC)
4	**Подтверждение законного опекунства:** приложите копию документа, подтверждающего законное опекунство.	**Используйте любой из перечисленных ниже вариантов:** • Свидетельство о рождении • Паспорт/виза • Документы об усыновлении (удочерении) • Запись о воспитании в приемной семье	• Письменное соглашение, подписанное и датированное родителями и лицом, которое берет на себя обязанности опекуна
5	**Дополнительные документы (при необходимости)**	• Текущие записи о прививках • Документ об участии в текущей индивидуальной образовательной программе (Individualized Education Program, IEP) / текущем индивидуальном плане обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP) • Документ о последнем медицинском обследовании ребенка • Документ о последнем стоматологическом обследовании • Документ, подтверждающий членство в племени	•

- Убедитесь, что вы приложили документы, подтверждающие ваш доход. Без этой информации мы не сможем обработать вашу заявку.
- Позвоните в наш офис, если вы получили другие типы документов, не указанные выше.

Отправьте заполненную заявку и документы по адресу:
Адрес центра/сайта: **Lake Wilderness Elementary School**
24216 Witte Rd SE Maple Valley Wa 98038

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

Early Learning Application 2026-2027/
Заявление об участии в программе раннего развития в 2026/2027 учебном году

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/* Информация о ребенке: общие сведения**

First Name: Имя:	*Middle Initial:* Средний инициал:	*Last Name(s):* Фамилия (-и):
Date of Birth (month/day/year): Дата рождения (месяц/день/год):	*Gender: M F* Пол ▫М ▫Ж	*Preferred Name:* Предпочтительное имя:
What is this child's home language? На каком языке с ребенком говорят дома?		*2nd language:* Второй язык:

This child speaks:/
Этот ребенок говорит:

Only English
▫ Только по-английски

Mostly English and another language
▫ Преимущественно по-английски, а также на другом языке

**Some English, but mostly another language*
▫ * Немного по-английски, но преимущественно на другом языке

Both English and another language the same (bilingual)
▫ В одинаковой мере по-английски и на другом языке (билингв)

**Only a language other than English*
▫ * Только не по-английски

Child is (Check all that apply):/ К какой расе или этносу принадлежит ребенок (отметьте все подходящие поля):

African/African American/Black
▫ Африканцы/афроамериканцы/ чернокожие

Asian
▫ Азиаты

Alaska Native/Native American/ American Indian
▫ Индейцы, коренное население Америки/Аляски

Hispanic/Latino
▫ Испаноязычные/ латиноамериканцы

Native Hawaiian or Pacific Islander
▫ Коренное население Гавайских или других тихоокеанских островов

▫ *White/* Белые

Decline to Report
▫ Отказываюсь указывать

Not listed:
▫ Ничего из вышеперечисленного:

What is your family's heritage/tribe/country of origin?
Этническая принадлежность / племя / страна происхождения вашей семьи:

***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:/ Где этот ребенок числится сейчас или был зачислен ранее?

▫ *None/* Нигде

No previous preschool enrollment (ages 3-5)
▫ Ранее не числился в дошкольных программах (от 3 до 5 лет)

Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE
▫ В Программе ранней помощи для детей от 0 до 3 лет (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT), в программе в рамках части С закона «Об образовании

Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD Program
▫ В программах Head Start, Early Head Start, ECEAP, Early ECEAP в других округах Washington State, не в программе PSESD

Previous preschool enrollment (ages 3-5)
▫ Ранее был зачислен в дошкольную программу (от 3 до 5 лет)

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

лиц с инвалидностью» (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), в Службе раннего вмешательства и профилактики (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

¤ В программах Head Start, Early Head Start, ECEAP, Early ECEAP в округе King County или Pierce County, Washington State, либо в программе Отдела образовательных услуг Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD)

When did this child last attend?
Когда ребенок посещал занятия в последний раз?

Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State

¤ В программе Head Start для мигрантов и сезонных рабочих в любом округе Washington State

Name and location of program:
Название и адрес программы:

Is this child currently enrolled in a community slot at this site? Yes No
Зарезервировано ли за ребенком место в этой организации, предоставляемое жителям данного сообщества? ¤ Да ¤ Нет

*Is this child a **sibling** of a child currently enrolled in the program you are applying to? Yes No*
Есть ли у ребенка **брат или сестра**, за которыми в настоящее время зарезервировано место в программе, на участие в которой вы подаете заявку? ¤ Да ¤ Нет

Foster or Kinship Care: Has this child ever been in foster, kinship or orphanage care? *Yes No*
Опека приемных родителей или родственников. Находился ли ребенок когда-либо под опекой приемных родителей, родственников или учреждения для детей-сирот? ¤ Да ¤ Нет

*If yes, please answer the following questions:**
Если да, ответьте на вопросы ниже.*

*Is this child in official foster care or kinship care **with** a foster care payment? Yes No*
Находится ли ребенок под официальной опекой приемных родителей или родственников с установленной суммой платы за воспитание? ¤ Да ¤ Нет

- ***If yes,** what is the Case Number or Client ID Number?*
- **Если да,** укажите номер дела или идентификатор клиента
  - *What is the monthly payment amount and source? $*
  - Укажите сумму и источник ежемесячных платежей. $

# of children covered by payment amount:
На какое количество детей предоставляются платежи?

DSHS SSI Tribe Other
¤ Department of Social and Health Services (DSHS)
¤ Программа Supplemental Security Income (SSI)
¤ Племя ¤ Другое

* *Is this child in kinship care **without** a payment amount? Yes No*
* Находится ли ребенок под опекой родственников **без** установленной суммы платы за воспитание? ¤ Да ¤ Нет
* *Was this child adopted after foster or kinship care, or from orphanage in another country? Yes No*
* Был ли этот ребенок усыновлен/удочерен после опеки приемных родителей или родственников либо из учреждения для детей-сирот в другой стране? ¤ Да ¤ Нет
* *Was this child recently reunited with parent(s) after foster care or kinship care? Yes No*
* Был ли этот ребенок недавно возвращен родителю (-ям) после опеки приемных родителей или родственников? ¤ Да ¤ Нет

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

***The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program./* Вопросы ниже приведены только в ознакомительных целях. Ответ «Да» не повлияет на ваше соответствие требованиям или регистрацию в программе.**

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
Предоставляются ли в настоящее время вашей семье услуги в рамках программ Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), аналогичные племенные услуги либо услуги через правоохранительную или судебную систему? ◻ Да ◻ Нет

Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Yes No
Предоставлялись ли в прошлом вашей семье услуги в рамках программ CPS, FAR, ICW, аналогичные племенные услуги либо услуги через правоохранительную или судебную систему? ◻Да ◻Нет

Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?
Утверждены ли в настоящее время для вашей семьи услуги по уходу за детьми в рамках программы CPS или FAR?
Yes – How many approved hours per week?
◻ Да. — Сколько часов утверждено в неделю? ◻ *No/* Нет

Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior? Yes No
Был ли ребенок исключен из программы раннего развития (Early Learning Program) из-за проблем с поведением?
◻ Да ◻ Нет

***Child Information – Health/* Информация о ребенке: здоровье**

Does this child have medical insurance? Yes No/ Есть ли у ребенка медицинская страховка? ◻ Да ◻ Нет

If yes, *what type?/* **Если да,** то какого типа?	*Washington Apple Health/ ProviderOne* ◻ Washington Apple Health / ProviderOne	*Private Insurance* ◻ Частная страховка	*Tribal* ◻ Племенная страховка	*Military Medical Coverage* ◻ Медицинская страховка для военнослужащих

Does this child have a regular doctor or medical clinic?/ Есть ли у ребенка постоянный врач или клиника, которую он регулярно посещает?
Yes - Name of clinic/provider:/ Да. — Название клиники или поставщика медицинских услуг:
◻ *No - Name of medical professional:/* Нет. — Имя медицинского работника:

Does this child have dental insurance? Yes No
Есть ли у ребенка стоматологическая страховка? ◻ Да ◻ Нет

If yes, *what type?/* **Если да,** то какого типа?	*Washington Apple Health/ ProviderOne* ◻ Washington Apple Health / ProviderOne	*Private Insurance* ◻ Частная страховка	*Tribal* ◻ Племенная страховка	*ABCD* ◻ ABCD	*Military Dental Coverage* ◻ Стоматологическая страховка для военнослужащих

Does this child have a regular dentist or dental clinic?/ Есть ли у ребенка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника, которую он регулярно посещает?
◻ *Yes - Name of clinic/provider:/* Да. — Название клиники или поставщика медицинских услуг:
◻ *No - Name of dental professional:/* Нет. Имя стоматолога:

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

What is your child's immunization status? Fully Immunized Exempt Not fully immunized, not exempt Not sure
Прививочный статус ребенка: ◻ Полностью привит ◻ Освобожден ◻ Не полностью привит, не освобожден ◻ Не знаю

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)?/
Есть ли у ребенка хроническое заболевание (например, психические заболевания, астма, рак, диабет, эпилепсия, синдром дефицита внимания и гиперактивности, аутизм, расщепление позвоночника, серповидноклеточная анемия, опасная для жизни аллергия)?

Yes – Please describe:
◻ Да. — Уточните:

◻ *No/* Нет

The health condition is considered:
Severe Moderate Mild
Степень тяжести заболевания: ◻ Тяжелая ◻ Умеренная ◻ Легкая

Has a Health Care Provider diagnosed this condition?
Yes No
Заболевание диагностировано поставщиком медицинских услуг? ◻ Да ◻ Нет

Child Information – Development/ Информация о ребенке: развитие

Do you have concerns about this child's health? Yes – check all that apply below No
Вызывает ли у вас беспокойство здоровье ребенка? ◻ Да. — Отметьте все подходящие поля ниже. ◻ Нет

Low birth weight (less than 5.5 lbs/ 5 lbs 8 oz.)
◻ Малый вес при рождении (менее 5,5 фунта / 5 фунтов 8 унций, или 2,5 кг)

Hearing
◻ Слух

Vision
◻ Зрение

Preterm birth less than 37 weeks
◻ Преждевременные роды (до 37-й недели беременности)

Fine motor/gross motor
◻ Мелкая или крупная моторика

Food intolerance/special diet – Please describe:
◻ Пищевая непереносимость или специальная диета. Уточните:

Drug/alcohol affected
◻ Влияние наркотиков или алкоголя

Tooth pain/decay/ bleeding gums
◻ Зубная боль, кариес, кровоточивость десен

Child's First Name: **Имя ребенка:**	***Child's Last Name:*** **Фамилия ребенка:**

Does this child have a ***current and active*** *Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Program (IFSP)?/* Есть ли у ребенка **актуальный и применяемый в настоящее время** индивидуальный учебный план (Individual Education Plan, IEP) или индивидуальная программа обслуживания семьи (Individual Family Service Program, IFSP)?

Yes – Please provide a copy with your application.

☐ Да. — Предоставьте копию вместе с заявлением.

No – Check if any of these apply:

☐ Нет. — Отметьте подходящие поля:

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

☐ Мой ребенок прошел обследование, и было определено, что он имеет право на IEP, но мы все еще ожидаем оформления IEP или отказались от услуг.

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

☐ Мой ребенок участвовал в IFSP, но не был переведен на IEP школьным округом.

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

☐ У моего ребенка диагностирована задержка в развитии или имеется инвалидность и нет IEP, **либо** он направлен на обследование.

My child has a suspected developmental delay or disability.

☐ У моего ребенка заподозрена задержка в развитии или возможна инвалидность.

I have concerns about my child's development.

☐ Меня беспокоит развитие моего ребенка.

☐ *None apply/* Ничего из вышеперечисленного

Parent/Guardian Information/ **Информация о родителях или опекунах**

This child lives with:/ С кем проживает ребенок?

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

☐ С одним родителем или опекуном, который осуществляет основную опеку **(заполните поле «Родитель (опекун) 1»)**

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

☐ С двумя родителями или опекунами в одном домохозяйстве **(заполните поля «Родитель (опекун)» 1 и 2)**

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

☐ С двумя родителями или опекунами в разных домохозяйствах. Основную опеку осуществляет один из родителей или опекунов **(заполните поле «Родитель (опекун) 1»)**

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

☐ С двумя родителями или опекунами в разных домохозяйствах одинаковое количество времени. Родители или опекуны осуществляют совместную опеку **(заполните поля «Родитель (опекун)» 1 и 2)**

Early Learning Application 2026-2027/ Заявление об участии в программе раннего развития в 2026/2027 учебном году

Child's First Name: Имя ребенка:	*Child's Last Name:* Фамилия ребенка:

Parent/Guardian 1 Родитель (опекун) 1	*Parent/Guardian 2* Родитель (опекун) 2
First Name/ Имя	*First Name/* Имя
Last Name(s)/ Фамилия (-и)	*Last Name(s)/* Фамилия (-и)
Relationship to child/ Кем приходится ребенку *Biological/Adopted/Stepparent* □ Биологический родитель / усыновитель / отчим или мачеха □ *Foster Parent/* Приемный родитель □ *Grandparent/* Дедушка или бабушка □ *Aunt/Uncle/* Дядя или тетя □ *Other:/* Другое:	*Relationship to child/* Кем приходится ребенку *Biological/Adopted/Stepparent* □ Биологический родитель / усыновитель / отчим или мачеха □ *Foster Parent/* Приемный родитель □ *Grandparent/* Дедушка или бабушка □ *Aunt/Uncle/* Дядя или тетя □ *Other:/* Другое:
Gender/ Пол □ *M/* М □ *F/* Ж	*Gender/* Пол □ *M/* М □ *F/* Ж
Date of Birth (month/day/year) Дата рождения (месяц/день/год)	*Date of Birth (month/day/year)* Дата рождения (месяц/день/год)
Address (Include City, State, Zip) Адрес (город, штат, почтовый индекс)	*Address (Include City, State, Zip)* Адрес (город, штат, почтовый индекс)
Phone/ Телефон □ *Home/* Домашний □ *Cell/* Мобильный □ *Work/* Рабочий	*Phone/* Телефон □ *Home/* Домашний □ *Cell/* Мобильный □ *Work/* Рабочий
Alternate Phone/ Дополнительный телефон □ *Home/* Домашний □ *Cell/* Мобильный □ *Work/* Рабочий	*Alternate Phone/* Дополнительный телефон □ *Home/* Домашний □ *Cell/* Мобильный □ *Work/* Рабочий
Email/ Эл. почта	*Email/* Эл. почта
Were you under age 18 when this child was born?/ Были ли вы младше 18 лет, когда родился этот ребенок? □ *Yes/* Да □ *No/* Нет □ *N/A/* Неприменимо	*Were you under age 18 when this child was born?/* Были ли вы младше 18 лет, когда родился этот ребенок? □ *Yes/* Да □ *No/* Нет □ *N/A/* Неприменимо
What language(s) do you speak?/ На каких языках вы говорите?	*What language(s) do you speak?/* На каких языках вы говорите?

	Parent/Guardian 1 Родитель (опекун) 1	*Parent/Guardian 2* Родитель (опекун) 2
Do you need an English interpreter?/ Нужен ли вам переводчик с английского языка?	□ *Yes/* Да □ *No/* Нет	□ *Yes/* Да □ *No/* Нет

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

	Parent/Guardian 1 **Родитель (опекун) 1**	*Parent/Guardian 2* **Родитель (опекун) 2**
Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?/ Нуждаетесь ли вы или другие члены вашей семьи в том, чтобы мы создали условия для людей с инвалидностью, в том числе описанные в законе «Об американцах с инвалидностью» (Americans with Disabilities Act, ADA)?	◻ *Yes/* Да ◻ *No/* Нет	◻ *Yes/* Да ◻ *No/* Нет
You are (Check all that apply):/ К какой расе или этносу вы принадлежите? Отметьте все подходящие варианты.	*African/African American/Black* ◻ Африканцы/афроамериканцы/чернокожие ◻ *Asian/* Азиаты *Alaska Native/Native American/ American Indian* ◻ Индейцы, коренное население Америки/Аляски ◻ *Hispanic/Latino/* Испаноязычные/ латиноамериканцы *Native Hawaiian or Pacific Islander* ◻ Коренное население Гавайских или других тихоокеанских островов ◻ *White/* Белые ◻ *Decline to Report/* Отказываюсь указывать *Not listed above:* ◻ Ничего из вышеперечисленного:	*African/African American/Black* ◻ Африканцы/афроамериканцы/чернокожие ◻ *Asian/* Азиаты *Alaska Native/Native American/ American Indian* ◻ Индейцы, коренное население Америки/Аляски ◻ *Hispanic/Latino/* Испаноязычные/ латиноамериканцы *Native Hawaiian or Pacific Islander* ◻ Коренное население Гавайских или других тихоокеанских островов ◻ *White/* Белые ◻ *Decline to Report/* Отказываюсь указывать *Not listed above:* ◻ Ничего из вышеперечисленного:

Child's First Name: **Имя ребенка:**	***Child's Last Name:*** **Фамилия ребенка:**

	Parent/Guardian 1 **Родитель (опекун) 1**	***Parent/Guardian 2*** **Родитель (опекун) 2**
What is the highest level of education you completed?/ **Укажите наивысший уровень полученного вами образования.**	◻ *6th grade or less/* 6 классов или менее *7th to 12th grade, no diploma and no GED* ◻ 7–12 классов, без аттестата и сдачи экзаменов для подтверждения общеобразовательной подготовки (General Education Development, GED) ◻ *High school diploma/* Аттестат о среднем образовании ◻ *GED/* GED *Some college/advanced training* ◻ Неоконченное образование в колледже или курсы повышения квалификации *Professional certificate* ◻ Сертификат специалиста ◻ *Associate degree/* Диплом младшего специалиста ◻ *Bachelor's degree/* Диплом бакалавра *Master's or doctorate degree* ◻ Диплом магистра или докторская ученая степень ◻ *None/* Нет	◻ *6th grade or less/* 6 классов или менее *7th to 12th grade, no diploma and no GED* ◻ 7–12 классов, без аттестата и сдачи экзаменов для подтверждения общеобразовательной подготовки (General Education Development, GED) ◻ *High school diploma/* Аттестат о среднем образовании ◻ *GED/* GED *Some college/advanced training* ◻ Неоконченное образование в колледже или курсы повышения квалификации *Professional certificate* ◻ Сертификат специалиста ◻ *Associate degree/* Диплом младшего специалиста ◻ *Bachelor's degree/* Диплом бакалавра *Master's or doctorate degree* ◻ Диплом магистра или докторская ученая степень ◻ *None/* Нет
Are you currently employed?/ **Вы работаете в настоящее время?**	*Yes – How many hours per week (including travel)?* ◻ Да. — Сколько часов в неделю (включая поездки)? *Employer:/* Место работы: ◻ *No/* Нет *No, retired or disabled* ◻ Нет (на пенсии или по инвалидности) ◻ *Seasonal/* Сезонный работник	*Yes – How many hours per week (including travel)?* ◻ Да. — Сколько часов в неделю (включая поездки)? *Employer:/* Место работы: ◻ *No/* Нет *No, retired or disabled* ◻ Нет (на пенсии или по инвалидности) ◻ *Seasonal/* Сезонный работник

Child's First Name: **Имя ребенка:**	***Child's Last Name:*** **Фамилия ребенка:**

	Parent/Guardian 1 **Родитель (опекун) 1**	***Parent/Guardian 2*** **Родитель (опекун) 2**
Are you currently in job training or school?/ В настоящее время вы учитесь либо проходите профессио-нальную подготовку?	*Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?* ◻ Да. — Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? *School:/* Учебное заведение: ◻ *No/* Нет	*Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?* ◻ Да. — Сколько часов в неделю (включая время занятий, самостоятельной учебы, поездок)? *School:/* Учебное заведение: ◻ *No/* Нет
Are you in an approved WorkFirst activity?/ Вы осуществляете деятельность, утвержденную в рамках программы WorkFirst?	*Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:* ◻ Да. — Укажите вид деятельности и число утвержденных часов в неделю. ◻ *No/* Нет	*Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:* ◻ Да. — Укажите вид деятельности и число утвержденных часов в неделю. ◻ *No/* Нет
Are you or have been in the U.S. military?/ Являетесь ли вы действительным или бывшим военнослужа-щим США?	*Yes, current service member* ◻ Да. Являюсь военнослужащим в настоящее время *Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months* ◻ Да. Нахожусь в месте несения службы в настоящее время или находился (находилась) в течение последних 12 месяцев / в общей сложности 19 месяцев ◻ *Yes, veteran/* Да. Ветеран ◻ *No/* Нет	*Yes, current service member* ◻ Да. Являюсь военнослужащим в настоящее время *Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months* ◻ Да. Нахожусь в месте несения службы в настоящее время или находился (находилась) в течение последних 12 месяцев / в общей сложности 19 месяцев ◻ *Yes, veteran/* Да. Ветеран ◻ *No/* Нет

Child's First Name: **Имя ребенка:**	***Child's Last Name:*** **Фамилия ребенка:**

Family Concerns/ **Проблемы в семье**

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.
Отметьте проблемные аспекты, которые касаются вас или членов семьи, проживающих в вашем домохозяйстве.

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

◻ Член домохозяйства имеет инвалидность **либо** хроническое физическое или психическое заболевание и:

Unable to engage in work/ school/family life

◻ Не способен участвовать в работе, учебе или семейной жизни

Somewhat able to engage in work/school/ family life

◻ В некоторой степени способен участвовать в работе, учебе или семейной жизни

Mostly able to engage in work/ school/family life

◻ В основном способен участвовать в работе, учебе или семейной жизни

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

◻ Родитель или опекун ребенка имеет трудности в обучении. Инвалидности нет

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

◻ Насилие в семье (в прошлом или в настоящем), в том числе в период беременности

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

◻ Проблемы с наркотиками или алкоголем в семье либо злоупотребление психоактивными веществами (в прошлом или в настоящем), в том числе в период беременности

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

◻ Семья социально изолирована, с полным или почти полным отсутствием контактов с другими людьми

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

◻ У родителя или опекуна есть проблемы с получением или сохранением работы

Family has legal concerns

◻ У семьи есть проблемы юридического характера

Child has a family member who attended Indian Boarding School

◻ У ребенка есть член семьи, который посещал школу-интернат для коренных американцев

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

◻ Родитель или опекун ребенка является мигрантом или сезонным рабочим; более половины дохода семьи приходится на сельскохозяйственные работы

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

◻ Родитель и ребенок переехали, чтобы заниматься традиционной культурной деятельностью или работать (сезонно или временно в сельском хозяйстве либо рыболовстве)

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

◻ Родитель или опекун ребенка находится или находился в заключении при жизни ребенка

Loss of a parent (death, abandonment)

◻ Потеря родителя (смерть, оставление)

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

◻ Родители или опекуны ребенка развелись или стали жить отдельно при жизни ребенка

Family was previously homeless (in the last 12 months)

◻ Семья ранее была бездомной (за последние 12 месяцев)

Family has concerns with housing

◻ У семьи есть проблемы с жильем

◻ *None/* Нет

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

***Family Living Situation/* Жилищные условия семьи**

Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? *Yes* *No*
Получает ли данное домохозяйство жилищные субсидии, например жилищный ваучер или финансовую помощь с оплатой жилья? ◻ Да ◻ Нет

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./*** Где в настоящее время проживает ваша семья? **Закон Мак-Кинни — Венто (McKinney-Vento Act) предусматривает предоставление услуг и помощи детям и молодежи без дома. Ваши ответы помогут нам определить, на какие услуги имеет право ваш ребенок.**

◻ *Own/* В собственном жилье

◻ *Rent/* В съемном жилье

◻ *Temporary Military Housing/* Во временном жилье для военнослужащих

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

◻ В чужом доме или квартире вместе с другой семьей (выберите один вариант ниже):

- *By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)*
- ◻ По собственному выбору (например, чтобы разделить обязанности, быть ближе к семье и т. д.)
- *Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason*
- ◻ В связи с потерей жилья, финансовыми проблемами или по аналогичной причине

◻ *In a motel/* В мотеле

◻ *In a shelter/* IВ приюте

A car, park, campsite, or similar location

◻ В автомобиле, парке, кемпинге или аналогичном месте

◻ *Transitional Housing/* Во временном жилье

Moving from place to place/couch surfing

◻ Переезжаем из одного места в другое / живем там, где предложат

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

◻ В жилье с ненадлежащими условиями (отсутствие воды, отопления, электричества)

◻ *Other – Please describe:/* Другое — уточните:

***Family Income and Family Size/* Доходы и размер семьи**

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? *Yes* *No*
Выплачивает ли родитель или опекун в вашем домохозяйстве юридически обязательные алименты на ребенка в другом домохозяйстве? ◻ Да ◻ Нет

Child's First Name: **Имя ребенка:**	*Child's Last Name:* **Фамилия ребенка:**

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./
Отметьте все подходящие варианты, если вы, ребенок или другой человек, проживающий в вашем доме и связанный с вами кровными узами, в результате брака или усыновления (удочерения), получаете следующие виды социального обеспечения.

SSI for disability received by: Child Parent/Guardian Other – Relationship to child:
□ SSI по инвалидности получает: □ Ребенок □ Родитель или опекун □ Другой член домохозяйства — укажите, кем он приходится ребенку

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash Child-only TANF
□ Денежные средства по Программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) □ TANF только для детей

Basic Food (SNAP/FAP) WorkFirst Working Connections Child Care subsidy WIC None
□ Basic Food (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP / Food Assistance Program, FAP) □ WorkFirst
□ Субсидии по программе Working Connections Child Care □ WIC (Women, Infants, and Children) □ Нет

Were you referred to this program by an agency? No В эту программу вас направила государственная инстанция? □ Нет	□ *Yes - Name:/* Да. — Укажите название:
How did you find out about this program?/ Как вы узнали об этой программе?	

Child's First Name: **Имя ребенка:**	***Child's Last Name:*** **Фамилия ребенка**

Please list all people living in this child's primary household/
Укажите всех людей, проживающих в основном домохозяйстве этого ребенка

Name (First and Last)/ Полное имя (имя и фамилия)	*Birthdate (month/day/ year)/* Дата рождения (месяц/день/год)	*Relationship to child/* Кем приходится ребенку		
Applying Child:/ Ребенок, указанный в заявлении:		*Applying Child/* Ребенок, указанный в заявлении	*Yes/* Да	*Yes/* Да
			Are you the applying child's biological or adoptive parent?/ Вы биологический родитель или усыновитель указанного в заявлении ребенка?	*If no, are you married to the parent/guardian of the applying child?/* Если нет, состоите ли вы в браке с родителем (опекуном) указанного в заявлении ребенка?
Parent/Guardian: Родитель (опекун):		*Parent/Guardian* Родитель (опекун)	*Yes No* ☐ Да ☐ Нет	*Yes No* ☐ Да ☐ Нет
Parent/Guardian: Родитель (опекун):		*Parent/Guardian* Родитель (опекун)	*Yes No* ☐ Да ☐ Нет	*Yes No* ☐ Да ☐ Нет
Additional household members:/ Дополнительные члены домохозяйства:			*Is this person financially supported by parent/guardian of child?/* ☐ Этого человека финансово обеспечивает родитель или опекун ребенка?	*Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?/* ☐ Связан ли этот человек с родителем (опекуном) ребенка кровными узами, в результате брака, усыновления (удочерения)?

Child's First Name: Имя ребенка:	*Child's Last Name:* Фамилия ребенка

Name (First and Last)/ Полное имя (имя и фамилия)	*Birthdate (month/day/ year)/* Дата рождения (месяц/день/год)	*Relationship to child/* Кем приходится ребенку		
			Yes No ▫ Да ▫ Нет	*Yes No* ▫ Да ▫ Нет
			Yes No ▫ Да ▫ Нет	*Yes No* ▫ Да ▫ Нет
			Yes No ▫ Да ▫ Нет	*Yes No* ▫ Да ▫ Нет
			Yes No ▫ Да ▫ Нет	*Yes No* ▫ Да ▫ Нет
			Yes No ▫ Да ▫ Нет	*Yes No* ▫ Да ▫ Нет

Early Learning Application 2026-2027/ Заявление об участии в программе раннего развития в 2026/2027 учебном году

Child's First Name: Имя ребенка:	*Child's Last Name:* Фамилия ребенка:

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 подтверждаю, что приведенная в этом формуляре информация достоверная и правильная. У меня есть полномочие записывать этого ребенка в учебные заведения. Я обязуюсь сообщать обо всех своих доходах и размере семьи согласно требованиям программ раннего развития. Я понимаю, что, если предоставлю заведомо ложные сведения, моя семья не сможет получать дальнейшие услуги в рамках программы. Кроме того, если мой ребенок будет зачислен в программу ECEAP, мне, возможно, придется уплатить сумму, потраченную на моего ребенка.

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 понимаю, что указанная в данном заявлении информация вносится в различные базы данных программ раннего развития, которые ведутся департаментом Department of Children, Youth, and Families (DCYF) и отделом Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF и PSESD стремятся защищать конфиденциальную и личную информацию, с помощью которой можно установить личность ребенка или членов семьи. Информация, связанная с иммиграционным статусом, не вносится в базы данных и не передается властям штата или федеральным органам. Внесенная в базы данных информация может использоваться для следующих целей:

- *Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.*
  Научные исследования для определения того, помогает ли детям участие в программе раннего развития в дальнейшей жизни.
- *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.*
  Подтверждение того, что Washington State тратит часть своих средств на программы, предназначенные семьям. Это необходимо для получения средств на программу Temporary Assistance for Needy Families от федерального правительства.

Parent/Guardian Signature _____ ***Date*** _____
Подпись родителя или опекуна _____ **Дата** _____

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)/ **(Для персонала ECEAP: внесите эту дату в 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)