

እኔን ደህና መጡ! እባክዎ ለአንድ ልጅ አንድ የማመልከቻ እሽግ ይሙሉ እና የሚያስፈልጉትን ሰነዶች ያያይዙ።

ወደኛ ፕሮግራም መስፈርቱ የሚወሰነው በልጁ እድሜ እና የቤተሰብ ገቢ እንጂ፣ ባመለከቱበት ቀን አይደለም።

ፕሮግራሞችን ቶሎ ይሞላል፣ ስለዚህ እባክዎ በተቻለ ፍጥነት ያመልከቱ!

በማመልከቻዎ ላይ ያለው መረጃ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ ነው እና ጥቅም ላይ የሚውለው ልጅዎ ወደኛ Early Learning ፕሮግራም ውስጥ ለመግባት መስፈርቱን የሚያሟላ መሆኑን ለመወሰን ብቻ ነው።

እኛ የስደተኝነት ወይም የDSHS ሁኔታን አንጠይቅም፣ አናጣራም፣ ወይም ሪፖርት አናደርግም።

የሚያስፈልጉ ሰነዶች
እባክዎ ማመልከቻውን ለመሙላት እርዳታ ካሰፈለግዎ ወይም ከታች የተዘረዘሩት የሚያስፈልጉ ሁሉም ሰነዶች ከሌሎች እኛን ያግኙን።



ማመልከቻ፣ ማመልከቻውን ጥቁር ወይም ሰማያዊ አስከርቢቶ በመጠቀም ይሙሉ።



የገቢ ማስረጃ፣ የቤተሰብ ገቢዎን የሚመለከት ማስረጃ ኮፒ ያያይዙ።



የቤተሰብ ብዛት ማስረጃ፣ የቤተሰብ ብዛት የሚያሳይ ማስረጃ ኮፒ ያያይዙ።



የልጅ እድሜ ማስረጃ፣ የልጅን የልደት ሰርተፊኬት ኮፒ ያያይዙ።



ህጋዊ የሞግዚትነት ማስረጃ፣ ህጋዊ የሞግዚትነት ማስረጃ ኮፒ ያያይዙ።

የሚመለከተውን ሁሉ ተጠቀም፣

- ያለፈው አመት የገቢ ግብር ተመላሽ
- ያለፈው አመት W-2 ቅጽ
- ያለፉት 12 ወራት የክፍያ ደረሰኞች ክፍል
- ያለፉት 12 ወራት SSI/TANF ጥቅማ ጥቅሞች
- የማደን እንክብካቤ የገንዘብ እርዳታ
- የህጻን ድጋፍ
- ከአሰሪ ያለፉት 12 ወራት አጠቃላይ ያልተጣራ ገቢን የሚገልጽ ማስረጃ

ከሚከተሉት አንዱን ይጠቀሙ፣

- ያለፈው አመት የገቢ ግብር ተመላሽ
- የኪራይ ወይም የቤት ማስረጃ
- የጥቅማጥቅሞች ደብዳቤ (TANF/SSI፣ ወዘተ።)
- የትምህርት ቤት መዝገቦች
- የፍርድ ቤት ወይም ህጋዊ ሰነድ

ከሚከተሉት አንዱን ይጠቀሙ፣

- የልደት ሰርተፊኬት
- ፓስፖርት/ቪዛ
- የጉዲፊቻ ሰነዶች
- የማደን (ፎስተር ኬር) ፈቃድ መስጫ ደብዳቤ
- የቅርብ የክትባት ካርድ
- DOC የመኖርያ ቤት ውስጥ የወላጅነት ዝርዝር

ከሚከተሉት አንዱን ይጠቀሙ፣

- የልደት ሰርተፊኬት
- ፓስፖርት/ቪዛ
- የጉዲፊቻ ሰነዶች
- የማደን እንክብካቤ ማህደር
- በወላጅ እና የሞግዚትነት ሃላፊነት በሚሸከመው ግለሰብ መካከል የተደረገ የጽሁፍ ስምምነት፣ የተፈረመ እና ቀን የተጻፈበት

- እባክዎ የገቢ ምንጭ ማስረጃዎ መያያዙን ያረጋግጡ። ከዚህ ማስረጃ ውጭ ማመልከቻዎን ልናየው አንችልም።
- ከላይ ያልተዘረዘሩ፣ ሌላ አይነት ሰነዶችን ከተቀበሉ ወደእኛ ቢሮ ይደውሉ።
- በተጨማሪም የሚከተሉትን ማካተት ጠቃሚ ይሆናል።
 1. የልጅዎን የአሁን የክትባት ሪከርድ ኮፒ
 2. ያሁን IFSP/IEP፣ ተፈጻሚ ከሆነ
 3. በጣም የቅርብ ጊዜ የልጅ ደህንነት ምርመራ
 4. በጣም የቅርብ ጊዜ የጥርስ ምርመራ

የተሞላውን ማመልከቻ እና ሰነዶችን እዚህ ይመልሱ፣
አድራሻ፣

የስልክ ቁጥር፣

የልጅ መረጃ-አጠቃላይ

የመጀመሪያ ስም:	መንገድ ስም (የአባት) መጀመሪያ ፊደል:	የእያንድም ስም (የቤተሰብ ስም):
የትውልድ ቀን(ወር/ቀን/አመት):		ጾታ: <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ
የልጅዎ የቤት ውስጥ ቋንቋ ምንድን ነው?		2ኛ ቋንቋ:
ልጅዎ ሂሳብ/አገልግሎት ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
የልጅዎ ዘር ምንድን ነው? የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ:		
<input type="checkbox"/> አፍሪካዊ/አፍሪካን አሜሪካን/ጥቁር	<input type="checkbox"/> የሃዋይ ተወላጅ ወይም የፓሲፊክ አይላንደር	
<input type="checkbox"/> ኤሲያዊ	<input type="checkbox"/> ነጭ	
<input type="checkbox"/> የአላስካ ተወላጅ/የአሜሪካ ተወላጅ/አሜሪካዊ ህንድ	<input type="checkbox"/> ከላይ አልተዘረዘረም: _____	
የቤተሰብዎ ቅርስ/ገደብ/የመጠብቅ አገር ምንድን ነው?		
ልጅዎ ቀደም ብሎ እነዚህን መርሀግብሮች ተካፍሏል? በጣም የቅርብ ጊዜውን ብቻ ይምረጡ:		
<input type="checkbox"/> ምንም	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP በዚህ ማእከል	<input type="checkbox"/> ስደተኛ/ ወቅታዊ Head Start በWashington State ማንኛውም ቦታ
<input type="checkbox"/> ማንኛውንም ከውልድደት-እስከ-ሰባት የቤት ውስጥ ጉብኝት መርሀግብር	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP በሌላ ማእከል	
<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT)		
መጨረሻ የተሳተፉት የት ነው? _____	የመርሀግብር ስም እና ስፍራ: _____	
ይህ ልጅ ባሁን ጊዜ በዚህ ማእከል የማህበረሰብ ቦታ ላይ ተመዝግቧል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
የዚህ ልጅ ወንድም ወይም እሁን ባሁን ጊዜ በዚህ ማእከል የማህበረሰብ ቦታ ላይ ተመዝግቧል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
ከታች ያሉት ጥያቄዎች ለመረጃ ብቻ ናቸው። “አዎ” ብለው መመለስዎ በመርሀግብር ውስጥ ያሉትን ብቃት ወይም ምዝገባ ላይ ተጽእኖ አያደርግም።		
ልጅዎ የገንዘብ መጠን ባለው ቦታው የሚገኝ እንክብካቤ ወይም የቤተሰብ አገልግሎት ውስጥ ነው?		
<input type="checkbox"/> አዎ - የጉዳይ # ወይም የደንበኛ የመለያ ቁጥር # _____		<input type="checkbox"/> አይደለም
ወርሀዊ የገንዘብ ስጦታ/የክፍያ መጠን እና ምንጭ _____	<input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> ነገድ <input type="checkbox"/> ሌላ	
# በገንዘብ ስጦታው ሽፋን ያላቸው ልጆች _____		
ልጅዎ የገንዘብ መጠን በሌለው የቤተሰብ አገልግሎት ውስጥ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
ልጅዎ ከማደግ እንክብካቤ ወይም ከቤተሰብ አገልግሎት በኋላ በጉዳይ ተይዟል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
ልጅዎ ከጻፈ ጉዳይ ጋር በተያያዘ የህጻናት እንክብካቤ ማእከል ወይም ቅድመ ትምህርት ቤት እንዲለቅ ተጠይቆ ያውቃል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
ባሁን ጊዜ ቤተሰብዎ በሚከተሉት አማካኝነት አገልግሎቶች ያገኛል?		
<input type="checkbox"/> Child Protective Services (CPS) <input type="checkbox"/> Family Assessment Response (FAR) <input type="checkbox"/> Indian Child Welfare (ICW)? <input type="checkbox"/> ሁሉም አይደሉም		
ቤተሰብዎ ባለፉት ጊዜያት ከ CPS ወይም ICW አገልግሎቶችን አግኝቷል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም		
ቤተሰብዎ ባሁን ጊዜ በCPS ወይም FAR አማካኝነት ለህጻን እንክብካቤ ተቀባይነት አግኝቷል? <input type="checkbox"/> አዎ - በሳምንት ስንት ሰዓቶች ተቀባይነት አግኝቷል? _____ <input type="checkbox"/> አይደለም		

የህጻን ጤንነት እና እድገት መረጃ

ይህ ህጻን የህክምና መድን አለው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም			
አዎ ከሆነ: ምን ዓይነት? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> የግል መድን	<input type="checkbox"/> የነገድ	<input type="checkbox"/> ማሊታሪ የህክምና ሽፋን
ይህ ልጅ መደበኛ ህኪም ወይም የህክምና ክሊኒክ አለው?			
<input type="checkbox"/> አዎ - የክሊኒክ/አቅራቢ ስም _____			<input type="checkbox"/> አይደለም
የህክምና ባለሙያ ስም _____			
ይህ ልጅ ባለፉት 12 ወራት ጊዜ ውስጥ የደህና-ህጻን ምርመራ አድርጓል?	<input type="checkbox"/> አዎ - የመጨረሻ ምርመራ ቀን(ወር/ቀን/አመት): _____	<input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> ቀኑ አይታወቅም
ይህ ልጅ የጥርስ መድን አለው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም			
አዎ ከሆነ: ምን ዓይነት? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> የግል መድን	<input type="checkbox"/> የነገድ	<input type="checkbox"/> የማሊታሪ የህክምና ሽፋን <input type="checkbox"/> ABCD
ይህ ልጅ መደበኛ የጥርስ ህኪም ወይም የጥርስ ህክምና ክሊኒክ አለው?			
<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አዎ - የክሊኒክ/አቅራቢ ስም _____			<input type="checkbox"/> አይደለም
የጥርስ ህኪም ባለሙያ ስም _____			



የህጻን ጤንነት እና እድገት መረጃ የቀጠለ

ይህ ልጅ ባለፉት 6 ወራት ጊዜ ውስጥ የጥርስ አዎ - የመጨረሻ ምርመራ ቀን(ወር/ቀን/አመት): _____ አይደለም ቀኑ አይታወቅም
 ህክምና ምርመራ አድርጓል?

ልጅዎ በጤና እንክብካቤ ሰጭ በአንዱ ወይም ከዚያ በላይ አደገኛ/አጣዳፊ የጤና ሁኔታዎች: እንደ አስም: ስኳር: መንቀጥቀጥ: የልብ በሽታ ወይም ለሂወት አስጊ የሆነ አለርጂ ታክሞ ያውቃል?
 አዎ - እባክዎ ይግለጹ: _____ አይደለም

የልጅዎ የከትባት ሁኔታ ምንድን ነው? ሙሉ ከትባት ነጻ በሙሉ ያልተከተበ ወይም ነጻ

ስለ ልጅዎ ጤንነት ስጋቶች አሎት? አዎ- ከታች የሚመለከቱትን ሁሉ ይምረጡ አይደለም
 ሲወለድ አነሥተኛ ክብደት (ከ5.5 lbs/5 lbs 8 oz. ያነሰ) በአደንዛዥ ዕጽ/በመጠጥ የተጠቃ(ች)
 የመስማት ጥሩ ሞተር/ጠቅላላ ሞተር
 አይታ የአእምሮ ጤና -ይግለጹ: _____
 የጥርስ ህመም/ መርበር/የድድ መድማት የምግብ አለመስማማት/የተለየ አመጋገብ -ይግለጹ: _____

ልጅዎ ያሁን ጊዜ Individual Education Plan (IEP) ወይም Individual Family Service Plan (IFSP) አለው? አዎ አይደለም
አዎ ከሆነ: ሁሉንም የIEP/IFSP መደቦች ይምረጡ እና ከማመልከቻዎ ጋር ቅጅውን ያካቱ፤
 ዝግመት የአዕምሮ እክል የተለየ የመማር እክል
 የማይሰማ-የማያይ በርካታ የአካል ጉድለቶች ጉግግር/ቋንቋ እክል
 የእድገት መዘግየት የአጥንት እክል አሰቃቂ የአእምሮ ጉዳት
 የስሜት መረበሽ ሌላ የጤና እክል የማየት እክል
 የመስማት እክል

IEP የመጀመሪያ ቀን: _____ IEP የሚያልቅበት ቀን: _____ IEPውን ያዘዘው የትኛው የትምህርት ቤት ግዛት ነው? _____

ልዩ የቅድመ ትምህርት ቤት ትምህርት ወይም ከውልደት-እስከ-3 መርሀብር ለእርስዎ የሚገኝ/በቀላሉ ተደራሽ ነው? አዎ አይደለም አለውቅም

አይደለም ከሆነ: ልጅዎ የእድገት መዘግየት ወይም ጉድለት እንዳለበት ይጠረጥራሉ?
 አዎ የጉግግር/ቋንቋ አይደለም
 ባህሪ -ይግለጹ: _____
 ሌላ -ይግለጹ: _____

የቤተሰብ መረጃ

	ወላጅ/ሞግዚት 1	ወላጅ/ሞግዚት 2
ስም		
ከልጁ ጋር ያለው ግንኙነት	<input type="checkbox"/> ባዮሎጂካል/ጉዳፊቻ/የእንጅራ አባት(አናት) <input type="checkbox"/> የማደገ ወላጅ <input type="checkbox"/> አክሲት/አጎት <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ሌላ _____	<input type="checkbox"/> ባዮሎጂካል/ጉዳፊቻ/የእንጅራ አባት(አናት) <input type="checkbox"/> የማደገ ወላጅ <input type="checkbox"/> አክሲት/አጎት <input type="checkbox"/> አያት <input type="checkbox"/> ሌላ _____
ጾታ	<input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ያልተገለጸ	<input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ያልተገለጸ
የትውልድ ቀን(ወር/ቀን/አመት)		
አድራሻ		
ስልክ	_____ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ	_____ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ
አማራጭ ስልክ	_____ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ	_____ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የስራ
ኢሜይል		
ይህ ልጅ ሲወለድ ከ18 አመት በታች ነበሩ?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/> ተፈጻሚ አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/> ተፈጻሚ አይደለም
የቃል አስተርጓሚ ያስፈልግዎታል?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም አዎ ከሆነ: ምን ቋንቋ(ዎች) ይናገራሉ? _____	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም አዎ ከሆነ: ምን ቋንቋ(ዎች) ይናገራሉ? _____



የቤተሰብ መረጃ የቀጠለ

	ወላጅ/ሞግዚት 1	ወላጅ/ሞግዚት 2												
ያጠናቀቁት ክፍተኛ የትምህርት ደረጃ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> 6ኛ ክፍል ወይም ከዚያ በታች <input type="checkbox"/> 7ኛ እስከ 12ኛ ክፍል፣ ዲፕሎማ ወይም GED ያልሆነ <input type="checkbox"/> የሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ዲፕሎማ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> የተወሰነ የኮሌጅ/ክፍተኛ ስልጠና <input type="checkbox"/> ኮሌጅ/ የሞያ ስርተፊኬት <input type="checkbox"/> አሳሪት ዲግሪ <input type="checkbox"/> የባችለር ዲግሪ <input type="checkbox"/> የማስተርስ ወይም ዶክተሬት ድግሪ <input type="checkbox"/> ምንም	<input type="checkbox"/> 6ኛ ክፍል ወይም ከዚያ በታች <input type="checkbox"/> 7ኛ እስከ 12ኛ ክፍል፣ ዲፕሎማ ወይም GED ያልሆነ <input type="checkbox"/> የሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ዲፕሎማ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> የተወሰነ የኮሌጅ/ክፍተኛ ስልጠና <input type="checkbox"/> ኮሌጅ/ የሞያ ስርተፊኬት <input type="checkbox"/> አሳሪት ዲግሪ <input type="checkbox"/> የባችለር ዲግሪ <input type="checkbox"/> የማስተርስ ወይም ዶክተሬት ድግሪ <input type="checkbox"/> ምንም												
ባሁኑ ጊዜ ተቀጣሪ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - በሰሞን ስንት ሰዓቶች (ጉዞን ጨምሮ)? _____ የአሰሪ ስም እና ስልክ ቁጥር # _____ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/> ጡረታ የወጣ/የአካል ጉድለት ያለበት <input type="checkbox"/> ወቅታዊ	<input type="checkbox"/> አዎ - በሰሞን ስንት ሰዓቶች (ጉዞን ጨምሮ)? _____ የአሰሪ ስም እና ስልክ ቁጥር # _____ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/> ጡረታ የወጣ/የአካል ጉድለት ያለበት <input type="checkbox"/> ወቅታዊ												
ባሁኑ ጊዜ የስራ ስልጠና ላይ ወይስ ትምህርት ላይ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - በሰሞን ስንት ሰዓቶች (የክፍል ጊዜ፣ የጥናት ጊዜ፣ ጉዞን ጨምሮ)? _____ የትምህርት ቤት ስም እና ዋና/አላማ _____ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ - በሰሞን ስንት ሰዓቶች (የክፍል ጊዜ፣ የጥናት ጊዜ፣ ጉዞን ጨምሮ)? _____ የትምህርት ቤት ስም እና ዋና/አላማ _____ <input type="checkbox"/> አይደለም												
ተቀባይነት ያለው ስራ ቅድምያ WorkFirst እንቅስቃሴ ውስጥ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ - ተግባሩንና በሰሞን የተፈቀደውን የሰዓት ብዛት ይግለጹ፤ _____ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ - ተግባሩንና በሰሞን የተፈቀደውን የሰዓት ብዛት ይግለጹ፤ _____ <input type="checkbox"/> አይደለም												
በየኤስ ወታደር ግዳጅ ላይ ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም												
የናሽናል ጋርድ (National Guard) ወይም የሚሊታሪ ሪሰርቭ ዩኒት (Military Reserve unit) አባል ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም												
የየኤስ የቀድሞ ወታደር ነዎት?	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም												
እባክዎ ለእርስዎ/በቤተሰብዎ ውስጥ ላሉ ያሉትን የስጋት ቦታዎች ይምረጡ፤ <table border="0" style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> ቀድሞ የጎዳና ተዳዳሪ (ላላፉት 12 ወራት)</td> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> የቤተሰብ የአእምሮ በሽታ/የምክር አገልግሎት፣ የአራስነት ድብርትን የሚያካትት</td> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> የቤተሰብ እጽ/መጠጥ ጉዳዮች ወይም ሱስ የሚያስይዙ</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት አካል ጉዳተኛ ነው</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ ስደተኛ ስራተኛ ነው</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ቤተሰብ ከማህበረሰብ ተገልጿል፣ ከሌሎች ጋር ሙሉ በሙሉ ወይም ሙሉ በሙሉ ሊባል በሚችል መልኩ ግንኙነት የለም</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት ባሁኑ ጊዜ/በቅርብ ጊዜ ወደ ጦርነት ስፍራ ዘምቷል</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የቤተሰብ የቤት ውስጥ ጥቃት (ያለፈ ወይም ያሁን ጊዜ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ እስር ላይ ነው</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ቀድሞ የጎዳና ተዳዳሪ (ላላፉት 12 ወራት)	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ የአእምሮ በሽታ/የምክር አገልግሎት፣ የአራስነት ድብርትን የሚያካትት	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ እጽ/መጠጥ ጉዳዮች ወይም ሱስ የሚያስይዙ	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት አካል ጉዳተኛ ነው	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ ስደተኛ ስራተኛ ነው	<input type="checkbox"/> ቤተሰብ ከማህበረሰብ ተገልጿል፣ ከሌሎች ጋር ሙሉ በሙሉ ወይም ሙሉ በሙሉ ሊባል በሚችል መልኩ ግንኙነት የለም	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት ባሁኑ ጊዜ/በቅርብ ጊዜ ወደ ጦርነት ስፍራ ዘምቷል	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ የቤት ውስጥ ጥቃት (ያለፈ ወይም ያሁን ጊዜ)		<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ እስር ላይ ነው		
<input type="checkbox"/> ቀድሞ የጎዳና ተዳዳሪ (ላላፉት 12 ወራት)	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ የአእምሮ በሽታ/የምክር አገልግሎት፣ የአራስነት ድብርትን የሚያካትት	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ እጽ/መጠጥ ጉዳዮች ወይም ሱስ የሚያስይዙ												
<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት አካል ጉዳተኛ ነው	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ ስደተኛ ስራተኛ ነው	<input type="checkbox"/> ቤተሰብ ከማህበረሰብ ተገልጿል፣ ከሌሎች ጋር ሙሉ በሙሉ ወይም ሙሉ በሙሉ ሊባል በሚችል መልኩ ግንኙነት የለም												
<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት ባሁኑ ጊዜ/በቅርብ ጊዜ ወደ ጦርነት ስፍራ ዘምቷል	<input type="checkbox"/> የቤተሰብ የቤት ውስጥ ጥቃት (ያለፈ ወይም ያሁን ጊዜ)													
<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/አሳዳጊ እስር ላይ ነው														
<table border="0" style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ህክምና መድን የላቸውም</td> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የጤና ስጋት አላቸው</td> <td style="width:33%; border:none;"><input type="checkbox"/> ስራ ማግኘት ወይም ይዞ መቆየት</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ቤት የላቸውም</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የመግባት ችግር አለባቸው</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የህግ ስጋቶች</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> ከመጠለያ ጋር የተያያዘ ስጋት</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ ስደተኛ/ስደተኛ (ያለፉት 5 አመታት)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> በቅርብ ጊዜ የሞተ የቤተሰብ አባል</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ህክምና መድን የላቸውም	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የጤና ስጋት አላቸው	<input type="checkbox"/> ስራ ማግኘት ወይም ይዞ መቆየት	<input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ቤት የላቸውም	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የመግባት ችግር አለባቸው	<input type="checkbox"/> የህግ ስጋቶች		<input type="checkbox"/> ከመጠለያ ጋር የተያያዘ ስጋት	<input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ ስደተኛ/ስደተኛ (ያለፉት 5 አመታት)			<input type="checkbox"/> በቅርብ ጊዜ የሞተ የቤተሰብ አባል
<input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ህክምና መድን የላቸውም	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የጤና ስጋት አላቸው	<input type="checkbox"/> ስራ ማግኘት ወይም ይዞ መቆየት												
<input type="checkbox"/> ሌሎች የቤተሰብ አባላት የህክምና/የጥርስ ቤት የላቸውም	<input type="checkbox"/> የልጅ ወላጅ/ሞግዚት የመግባት ችግር አለባቸው	<input type="checkbox"/> የህግ ስጋቶች												
	<input type="checkbox"/> ከመጠለያ ጋር የተያያዘ ስጋት	<input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ ስደተኛ/ስደተኛ (ያለፉት 5 አመታት)												
		<input type="checkbox"/> በቅርብ ጊዜ የሞተ የቤተሰብ አባል												

Early Learning ማመልከቻ 2019-2020

በዚህ ቅጽ ያለው መረጃ እውነት እና ትክክል መሆኑን ቃል አገባለሁ። በEarly Learning ፕሮግራም ላይ እንደሚፈለገው፣ ሁሉንም ገቢ የን እና የቤተሰብ ብዛት ሪፖርት አድርጌያለሁ። አውቆ ሀሰተኛ መረጃ ከሰጠሁ፣ ቤተሰቤ የመርሀግብሩን አገልግሎቶች መቀጠል እንደሚችሉ አረዳለሁ። በተጨማሪ፣ ልጄ በECEAP ከተመዘገበ፣ ልጄ ላይ የሚሰጠውን መልሼ ከፈጽሏል እንደምችል አረዳለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ያለው መረጃ በDepartment of Children, Youth, and Families (DCYF) እና Puget Sound Educational Service District (PSESD) በሚተዳደሩት በተለያዩ የEarly Learning ዳታቤዞች ውስጥ እንደሚገኙ አረዳለሁ። DCYF እና PSESD አንድን ልጅ ወይም ቤተሰብ መለየት የሚያስችል ሚስጥራዊ እና የግል መረጃን ለመጠበቅ ይተጋሉ። ከስደተኝነት ሁኔታ ጋር የተያያዘ ምንም እይነት መረጃ ዳታቤዞቹ ውስጥ አይገባም ወይም ከክልል ወይም የፌዴራል ኤጀንሲዎች ጋር አይጋሩም። በዳታቤዞች ውስጥ ያለው መረጃ ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል ለ፡

- በEarly Learning መሳተፍ ህጻናትን በህይወታቸው ላይ ቆይቶ ይረዳቸው መሆኑን ለመወሰን ለምርምር ጥናቶች።
- Washington State የራሳቸውን ዶላሮች ለቤተሰቦች መርሀግብር ላይ እንደሚያውሉት ለማረጋገጥ፣ ከፌዴራል መንግስት የTemporary Assistance for Needy Families ለማግኘት የሚያስፈልገውን።

የወላጅ/የሞግዚት ፊርማ _____ እለት _____

[ECEAP Staff: Enter this date in ELMS]

STAFF ONLY			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received:	
Date staff reviewed application with family:		Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):	
EHS ONLY - Is this child a newborn taking the mother's slot? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, mother's name: _____	
FOR HOMELESS FAMILIES - Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:			
<input type="checkbox"/> Child care resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	<input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate	_____	
Staff Name & Signature: _____		Date: _____	

