

مرحبًا بك! يُرجى إكمال مجموعة أوراق طلب تقدم واحدة لكل طفل مع إرفاق المستندات المطلوبة. يتم اتخاذ القرارات بشأن الأهلية لبرامجنا وفقًا إلى سن الطفل، ودخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب.

يكتمل العدد في برنامجنا بسرعة، لذا يُرجى تقديم الطلب في أقرب وقت ممكن!

سنحافظ على سرية المعلومات الواردة في طلبك وسنستخدم فقط لاتخاذ القرار بشأن أهلية طفلك لبرامج Early Learning لدينا.

إننا لا نطلب وضع الهجرة أو وضع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، أو نتحقق منهما، ولا نبلغ بشأنهما.

المستندات المطلوبة

يُرجى الاتصال بنا في حالة الحاجة إلى مساعدة لإكمال طلب التقدم أو في حال عدم توفر جميع المستندات المطلوبة المذكورة أدناه.

5	4	3	2	1
				
إثبات الأهلية بالوصاية القانونية: ارفق نسخة من إثبات أحقيتك بالوصاية القانونية.	إثبات عمر الطفل: ارفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.	إثبات عدد أفراد الأسرة: ارفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.	شهادة إثبات الدخل: ارفق نسخة من إثبات دخل أسرتك.	طلب التقديم: املا نموذج طلب التقدم باستخدام قلم أسود أو أزرق.
استخدم أحد الخيارات التالية: • شهادة الميلاد • جواز/تأشيرة سفر • أوراق التبني • سجل الرعاية البديلة (فoster كير) • اتفاقية كتابية مؤرخة وموقعة من كل من الأب والشخص المتولي مسؤولية الرعاية	استخدم أحد الخيارات التالية: • شهادة الميلاد • جواز/تأشيرة سفر • أوراق التبني • خطاب اعتماد الرعاية البديلة (فoster كير) • سجل التطعيمات الحالي • مستند بيان سكن الوالدين	استخدم أحد الخيارات التالية: • إقرار ضريبي بدخل العام الماضي • وثيقة الإيجار أو السكن • خطاب مزايا (مثل TANF أو SSI أو ما إلى ذلك) • سجلات المدرسة • وثيقة قانونية أو خاصة بالمحكمة	استخدم كل ما ينطبق: • إقرار ضريبي بدخل العام الماضي • نموذج بيان الأجر والضرائب (2-W) للعام الماضي • أرومات شيكات دفع الأجر خلال الـ 12 شهرًا الماضية • خطابات مزايا برنامج دخل الضمان التكميلي/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (SSI/TANF) خلال الـ 12 شهرًا الماضية • منحة الرعاية البديلة (فoster كير) • نفقة إعالة الطفل • خطاب من صاحب العمل • يوضح إجمالي دخلك خلال الـ 12 شهرًا الماضية	

يُرجى إعادة طلبك بعد استكمال المستندات إلى:

العنوان:

رقم الهاتف:

- يُرجى التأكد من إدراج إثبات دخلك.
- لا يمكننا متابعة طلبك بدون هذه المعلومات.
- اتصل بمكتبنا إذا تلقيت أنواعًا أخرى من المستندات، غير المذكورة أعلاه.
- كما سيكون من المفيد إرفاق المستندات التالية:
 1. نسخة من سجل تطعيمات طفلك الحالي
 2. الخطة الفردية لخدمة الأسرة/الخطة التربوية الفردية الحالية IFSP/IEP، إن وجدت
 3. أحدث اختبار لسلامة الطفل
 4. أحدث فحص أسنان للطفل

معلومات عن الطفل - عامة

الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
ما اللغة التي يتم التحدث بها في منزل طفلك؟	اللغة الثانية:	
هل طفلك من أصول إسبانية/لاتينية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
ما هو عرق طفلك؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:	<input type="checkbox"/> أفريقي/أفريقي أمريكي/أسود البشرة <input type="checkbox"/> أسويي <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين/الأمريكيين الأصليين/الهنود الأمريكيين <input type="checkbox"/> من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين <input type="checkbox"/> أبيض البشرة <input type="checkbox"/> غير مذكور أعلاه: _____	
ما تراث/قبيلة/بلد عائلتك الأصل؟		
هل سبق لطفلك حضور هذه البرامج؟ ضع علامة على الأحدث فقط:	<input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> أي من برامج زيارة المنازل للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من الولادة حتى العام الثالث <input type="checkbox"/> الدعم المبكر للرّضع والأطفال (ESIT) <input type="checkbox"/> برنامج Head Start/Early Head Start/برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP) في هذا المركز <input type="checkbox"/> برنامج Head Start/Early Head Start/برنامج التعليم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP) في أحد المراكز الأخرى <input type="checkbox"/> برنامج المهجرين/Head Start الموسمي في أي مكان بولاية واشنطن	
هل هذا الطفل مسجل في أحد الأماكن المجتمعية في هذا المركز؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل أحد أشقاء هذا الطفل مسجل في أحد الأماكن المجتمعية في هذا المركز؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الأسئلة الواردة أدناه للعلم فقط. لن تؤثر الإجابة «بنعم» على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج.		
هل يخضع طفلك لرعاية رسمية بديلة أو رعاية أحد الأقارب بمنح مالية؟	<input type="checkbox"/> نعم - رقم القضية أو رقم إثبات هوية العميل _____ <input type="checkbox"/> لا	
قيمة المنحة/النفقة الشهرية ومصدرها _____	إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي <input type="checkbox"/> القبيلة <input type="checkbox"/> غير ذلك	
عدد الأطفال الذين تشملهم قيمة المنحة _____		
هل الطفل تحت رعاية أحد الأقارب بدون منح مالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل تم تبني طفلك بعد الرعاية البديلة (فoster كير) أو رعاية أحد الأقارب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل سبق وطُلب من طفلك الرحيل من مركز رعاية الأطفال أو أحد رياض الأطفال لأسباب سلوكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل تتلقى أسرته حاليًا خدمات من خلال الأقسام التالية؟	<input type="checkbox"/> خدمات حماية الأطفال (CPS) <input type="checkbox"/> استجابة تقييم الأسرة (FAR) <input type="checkbox"/> خدمات رعاية الطفل الهندي (ICW) <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> هل تلقت أسرته خدمات من قبل خدمات حماية الطفل (CPS) أو قانون رعاية الطفل الهندي (ICW)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل أسرته معتمدة حاليًا لرعاية الطفل من قبل خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ <input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا؟ _____ <input type="checkbox"/> لا		

معلومات عن صحة الطفل ونموه

هل هذا الطفل لديه تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/>	تأمين خاص <input type="checkbox"/>	تغطية طبية <input type="checkbox"/> قبلية	تغطية طبية عسكرية <input type="checkbox"/>
هل يذهب هذا الطفل إلى أي طبيب أو عيادة بصفة دورية؟	<input type="checkbox"/> نعم - اسم العيادة/مقدم الرعاية الصحية _____ <input type="checkbox"/> لا			
اسم الطبيب المتخصص _____				
هل خضع هذا الطفل لاختبار سلامة الطفل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم - اذكر تاريخ آخر اختبار (الشهر/اليوم/السنة): _____ <input type="checkbox"/> لا			
هل لدى هذا طفل تأمين رعاية الأسنان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/>	تأمين خاص <input type="checkbox"/>	تغطية طبية <input type="checkbox"/> قبلية	تغطية طبية عسكرية <input type="checkbox"/> ABCD
هل يذهب هذا الطفل إلى طبيب أسنان أو عيادة أسنان بصفة دورية؟	<input type="checkbox"/> نعم - اسم العيادة/مقدم الرعاية الصحية _____ <input type="checkbox"/> لا			
اسم طبيب الأسنان المتخصص _____				

تابع معلومات عن صحة الطفل ونموه

هل خضع هذا الطفل لفحص الأسنان خلال فترة الـ 6 شهور الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم - اذكر تاريخ آخر اختبار (الشهر/اليوم/السنة): _____	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> التاريخ غير معروف
هل سبق وقام أحد مقدمي الرعاية الصحية بتشخيص إصابة طفلك بمرض أو عدة أمراض خطيرة/مزمنة، مثل الربو، أو السكري، أو نوبات، أو أمراض قلب، أو حساسية تهدد الحياة؟	<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى التوضيح: _____		
ما وضع تطعيمات طفلك؟	<input type="checkbox"/> تطعيم كامل	<input type="checkbox"/> لم يتم تطعيمه بالكامل أو معفي	<input type="checkbox"/> لا
هل لديك مخاوف حول صحة طفلك؟	<input type="checkbox"/> نعم - ضع علامة على كل ما ينطبق أدناه	<input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 رطل/5 رطل و 8 أونصات)	<input type="checkbox"/> متضرر بالمخدرات/الكحول	<input type="checkbox"/> المهارات الحركية الدقيقة/المهارات الحركية الكبرى	<input type="checkbox"/> أوقيات)
<input type="checkbox"/> السمع	<input type="checkbox"/> الصحة العقلية - يُرجى التوضيح: _____	<input type="checkbox"/> البصر	<input type="checkbox"/> ألم أسنان/تسوس/نزيف اللثة
<input type="checkbox"/> تاريخ بداية الخطة التربوية الفردية (IEP) أو خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل يتبع طفلك خطة تعليم فردي حالياً (IEP) أو خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP)؟
<input type="checkbox"/> إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة أمام جميع فئات IEP/IFSP مع إدراج نسخة مع الطلب الخاص بك:	<input type="checkbox"/> اتوحد	<input type="checkbox"/> إعاقة ذهنية	<input type="checkbox"/> إعاقة محددة في مجال التعلم
<input type="checkbox"/> صمم-عمى	<input type="checkbox"/> تأخر في النمو	<input type="checkbox"/> اعتلال في العظام	<input type="checkbox"/> اعتلال في الكلام/اللغة
<input type="checkbox"/> اضطراب انفعالي	<input type="checkbox"/> ضعف السمع	<input type="checkbox"/> إصابة رضحية في المخ	<input type="checkbox"/> إصابة رضحية في الرؤية
<input type="checkbox"/> تاريخ نهاية الخطة التربوية الفردية (IEP): _____	<input type="checkbox"/> ما المنطقة التعليمية التي أصدرت الخطة التربوية الفردية (IEP)؟	<input type="checkbox"/> تاريخ بداية الخطة التربوية الفردية (IEP): _____	<input type="checkbox"/> هل برنامج التعليم الخاص لسن ما قبل المدرسة أو برنامج الرعاية من الميلاد حتى 3 سنوات متاح/سهل الوصول إليه بالنسبة لك؟
<input type="checkbox"/> إذا كان الجواب بلا، هل تشبه أن طفلك يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أعرف
<input type="checkbox"/> السلوك - يُرجى التوضيح: _____	<input type="checkbox"/> غير ذلك - يُرجى التوضيح: _____	<input type="checkbox"/> لا	

معلومات عن الأسرة

ولي الأمر/الوصي 1	ولي الأمر/الوصي 2	
الاسم		
صلة القرابة بالطفل	<input type="checkbox"/> والد طبيعي/والد بالتبني/زوج الأم/زوجة الأب <input type="checkbox"/> والدة بالرعاية البديلة <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة/عم أو خال <input type="checkbox"/> الجد	<input type="checkbox"/> والد طبيعي/والد بالتبني/زوج الأم/زوجة الأب <input type="checkbox"/> والدة بالرعاية البديلة <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة/عم أو خال <input type="checkbox"/> الجد
الجنس	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		
العنوان		
الهاتف	<input type="checkbox"/> المنزل	<input type="checkbox"/> الجوال
رقم هاتف بديل	<input type="checkbox"/> المنزل	<input type="checkbox"/> الجوال
البريد الإلكتروني		
هل كان عمرك أقل من 18 عاماً عند ولادة هذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
إذا كان الجواب بنعم، فما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟	إذا كان الجواب بنعم، فما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟	

تابع معلومات عن الأسرة

ولي الأمر/الوصي 2	ولي الأمر/الوصي 1	
<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون دبلوم أو دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> قدر من التعليم الجامعي/تدريب متقدم <input type="checkbox"/> شهادة جامعية/مهنية <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> لا يوجد	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون دبلوم أو دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> قدر من التعليم الجامعي/تدريب متقدم <input type="checkbox"/> شهادة جامعية/مهنية <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه <input type="checkbox"/> لا يوجد	<p>ما أعلى شهادة تعليمية حصلت عليها؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟ _____ اسم جهة التوظيف ورقم الهاتف _____ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متقاعد/يعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> موسمي	<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها السفر)؟ _____ اسم جهة التوظيف ورقم الهاتف _____ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متقاعد/يعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> موسمي	<p>هل تعمل حاليًا؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصة، ووقت الدراسة، والسفر)؟ _____ اسم المدرسة والتخصص/الغرض التعليمي _____ <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا (بما فيها وقت الحصة، ووقت الدراسة، والسفر)؟ _____ اسم المدرسة والتخصص/الغرض التعليمي _____ <input type="checkbox"/> لا	<p>هل أنت حاليًا في فترة تدريب وظيفي أو في مدرسة؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا: _____ <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المعتمدة أسبوعيًا: _____ <input type="checkbox"/> لا	<p>هل أنت مشترك في أحد أنشطة برنامج WorkFirst المعتمدة؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<p>هل أنت حاليًا في فترة الخدمة العسكرية الأمريكية؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<p>هل أنت أحد أعضاء الحرس الوطني أو وحدة الاحتياط العسكري؟</p>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<p>هل أنت من المحاربين القدامى في الجيش الأمريكي؟</p>
<p>يُرجى اختيار جميع المشكلات التي تقلقك سواء أكانت بشأنك أم بشأن أسرتك في منزلك:</p>		
<input type="checkbox"/> مشاكل تعاطي مخدرات/كحول أو إدمان العقاقير داخل الأسرة <input type="checkbox"/> الأسرة معزولة اجتماعيًا، بدون اتصال مع الآخرين بصورة كاملة أو شبه كاملة	<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة يعاني من مرض عقلي/احتياج لمشورة نفسية، بما في ذلك الاكتئاب الأمامي <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل عامل مهاجر <input type="checkbox"/> وجود عنف أسري داخل الأسرة (في الماضي أو حاليًا)	<input type="checkbox"/> كنت مُشردًا سابقًا (خلال الـ 12 شهرًا الماضية) <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل لديه إعاقة <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل مُرسل حاليًا إلى منطقة قتال <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل في السجن
<input type="checkbox"/> الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها <input type="checkbox"/> شواغل قانونية <input type="checkbox"/> مهاجر/لاجئ حديثًا (السنوات الخمس الماضية) <input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة تُوفي مؤخرًا	<input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل يعاني من مشاكل صحية <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلم <input type="checkbox"/> مشاكل في السكن	<input type="checkbox"/> باقي أفراد الأسرة ليس لديهم تأمين طبي/رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> باقي أفراد الأسرة ليس لديهم مركز طبي/عيادة أسنان

تابع معلومات عن الأسرة

يعيش الطفل مع:

أحد الوالدين/الوصي الوالدين/الأوصياء في نفس منزل الأسرة

الوالدين/الأوصياء في أسرتين مختلفتين - هل الأسرة منهما الأولوية في الحضانة القانونية؟ لا - هل يتلقى أحد الوالدين نفقات إعالة الطفل من الأسرة الأخرى؟ نعم - أي الوالدين له أولوية الحضانة (يُرجى كتابة الاسم)؟ _____

نعم - أي الوالدين يتلقى نفقات إعالة الطفل (يُرجى كتابة الاسم)؟ _____

لا

ما العدد الإجمالي لأفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما في ذلك أنت وطفلك؟ _____

يُرجى سرد الأشخاص الذين يعيشون في منزلك أدناه، **باستثناءك أنت وطفلك**.

الاسم (الأول واسم العائلة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	صلة القرابة بالطفل	هل تتولى دعم هذا الشخص مادياً؟	هل لهذا الشخص صلة قرابة لك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني؟
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل تتلقى أنت، أو طفلك، أو أي فرد آخر يعيش في منزلك له صلة قرابة بك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني هذه الأنواع من الإعانة العامة؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:

دخل الضمان التكميلي للإعاقاة - من المُتلقّي؟ الطفل ولي الأمر/الوصي غير ذلك - صلة القرابة بالطفل: _____

إعانة نقدية مؤقتة للأسر المحتاجة (TANF). ضع علامة إذا كان لديك أي من التالي أيضاً: ملف مخصص للطفل فقط من برنامج TANF برنامج العمل أولاً (WorkFirst) برنامج عمل Working Connections Child Care

ما الإجمالي المقدّر لدخل الأسرة للعام التقويمي الأخير أو لمدة الـ 12 شهراً الأخيرة؟ _____

هل تتلقى هذه الأسرة إعانة مالية للسكن، مثل قسيمة إسكان أو إعانة نقدية للسكن؟ نعم لا

ما هو الوضع الحالي لسكن أسرتك؟ يقدم قانون ماكينني-فنتو (McKinney-Vento Act) يني فينتو) الخدمات والدعم للأطفال والشباب ممن يعانون من التشرد. قد تساعدنا إجاباتك على تحديد الخدمات التي يمكن أن يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها.

إيجار تمليك في فندق في مساكن إيوائية سيارة، أو حديقة، أو مخيم، أو موقع مشابه سكن متنقل

الانتقال من مكان إلى آخر/التجوال في مبنى سكني بمرافق غير مناسبة (لا يوجد ماء، أو تدفئة أو كهرباء، وما إلى ذلك) غير ذلك - يُرجى التوضيح: _____

في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى:

- بالاختيار (مثلاً لادخار الأموال من أجل خطط مستقبلية، أو ليكون على مقربة من الأسرة)
- بسبب فقدان السكن، أو صعوبات مادية، أو سبب مشابه

كيف سمعت عن برنامجنا؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:

الموقع حدث مجتمعي موظفو الموقع وكالة مجتمعية/عاملين معنيين بهذه الحالات (يُرجى كتابة الاسم): _____

الإلكتروني تداول شفوي ولي أمر سابق غير ذلك يُرجى التحديد: _____

الوسائط الإعلامية نشرة إعلانية

ولي الأمر/الوصي، يُرجى التوقيع على الصفحة التالية.

أتعهد بأن المعلومات الموجودة في هذا النموذج سليمة وصحيحة. لقد أوردت إجمالي دخلي وكافة أفراد أسرتي، كما هو مطلوب من قبل برامج التعلّم المبكر. إذا قدمت معلومات خاطئة عن علم، فإنني أتفهم أن عائلتي قد لا تتمكن من مواصلة تلقي خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا سجلت طفلي في برنامج التعلّم المبكر للأطفال والإعانة (ECEAP)، فقد يصبح من الواجب عليّ تسديد المبلغ الذي تم إنفاقه على طفلي.

أنا أتفهم أن المعلومات في هذا الطلب يتم إدخالها في مختلف قواعد البيانات الخاصة ببرنامج التعلّم المبكر بمعرفه (DCYF) و (Department of Children, Youth, and Families) و Puget Sound Educational Service District (PSESD). تلتزم إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والعائلات (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية ليوجت ساوند (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي من الممكن أن تدل على هوية طفل أو عائلة. لا يتم إدخال أي معلومات ذات صلة بوضع الهجرة إلى قواعد البيانات أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. من الممكن استخدام المعلومات الموجودة في قواعد البيانات في:

- الدراسات البحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة في برنامج التعلّم المبكر تساعد الأطفال في مرحلة لاحقة من حياتهم.
- لإثبات أن ولاية واشنطن تنفق جزءاً من أموالها الخاصة على برامج مخصصة للعائلات، والتي تعد مطلوبة لتلقي Temporary Assistance for Needy Families من قبل الحكومة الفيدرالية.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

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