



पुगेट साउंड शैक्षिक सेवा डिस्ट्रिक्ट प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रम में आवेदन करने के लिये आपका धन्यवाद। हम अत्यंत आवश्यकता वाले परिवारों की सेवा करते हैं। हम विविधता का सम्मान करते हैं तथा किसी भी नस्ल, धर्म, संस्कृति, लिंग, क्षमता, भाषा, लैंगिक पहचान, आस्था या किसी अन्य व्यक्तिगत पहचान के परिवारों और बच्चों का स्वागत करते हैं।

पात्रता उचित रूप से निश्चित की गई है, यह सुनिश्चित करने के लिये कृपया सभी प्रश्नों के अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार दें। उत्तरों का उपयोग कार्यक्रम के लिए चयन प्राथमिकता के निर्धारण हेतु किया जाएगा। अधूरे आवेदन प्रक्रिया को विलंबित कर सकते हैं। यदि आपका कोई प्रश्न है या आवेदन भरने में मदद की जरूरत है, तो कृपया निम्न पर हमसे संपर्क करें:

**कृपया इस आवेदन पत्र को पूरी तरह भरकर आयु प्रमाणपत्र तथा आय दस्तावेजों के साथ वापस करें। यदि आपके पास अपनी आय तथा/या अपने बच्चे की आय का प्रमाण नहीं है तो कुछ शर्तों के अंतर्गत स्वघोषित कथनों को स्वीकार किया जाता है।**

निम्न में से किसी एक दस्तावेज की प्रतिलिपि को आपके बच्चे की जन्मतिथि के प्रमाण के रूप में उपयोग की जा सकता है:

- गोदनामा दस्तावेज
- जन्म प्रमाणपत्र
- बच्चे का संक्षिप्त परिचय
- न्यायालय के प्रलेख
- किसी पालक गृह का प्राधिकार पत्र
- सरकारी दस्तावेज जन्मतिथि के साथ
- व्यक्तिगत शिक्षा योजना या व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IEP/IFSP)
- प्रतिरक्षीकरण (टीकाकरण) रिकार्ड
- चिकित्सा कार्ड या रिकार्ड
- जन्म का चिकित्सा रिकार्ड/अस्पताल रिकार्ड
- पासपोर्ट या वीजा
- पितृत्व शपथपत्र
- विद्यालय रिकार्ड
- TANF अधिनिर्णय पत्र

निम्न में से किसी एक दस्तावेज की प्रति को आपके परिवार की आय के प्रमाण के रूप में उपयोग किया जा सकता है:

- गत वर्ष का कर रिटर्न
- गत वर्ष का W2 प्रपत्र
- वेतन प्रपत्र
- गत 12 माह की सकल कुल कमाई का नियोजक द्वारा दिया गया विवरण (स्टेटमेंट)
- सार्वजनिक सहायता (TANF या SSI) अधिनिर्णय पत्र
- पालक गृह लाभार्थ पत्र
- बेरोजगार लाभार्थ पत्र
- बच्चे को दिए गए गुजारा भत्ते का विवरण/आदेश
- सैन्य परिवार आवंटन
- कुछ शर्तों के अंतर्गत स्वघोषित कथन/विवरण स्वीकार किए जाते हैं

**इस आवेदन पत्र तथा सहायक दस्तावेजों को वापस करें:**

हमारा प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रम आपके आवेदन को संसाधित करेगा तथा कार्यक्रम के लिए आपकी पात्रता के सन्दर्भ में आपसे संपर्क करेगा।

हम दाखिले के लिए सभी परिवारों को समान अवसर देने की भरपूर कोशिश करते हैं। हम पूरे वर्ष प्रतीक्षा सूची को सक्रिय रखते हैं। सीमित स्थान के कारण हम विद्यालय के प्रारंभ में प्रत्येक परिवार को दाखिला देने में सक्षम नहीं हैं। हालांकि, पात्रता निश्चित होने के बाद यदि आपका बच्चा तुरंत शैक्षणिक वर्ष की शुरुआत में चयनित नहीं होता है तो उसका नाम प्रतीक्षा सूची में बरकरार रहेगा। यदि आप कोई अन्य कार्यक्रम प्राप्त करते हैं और हमारी प्रतीक्षा सूची में बने रहना चाहते हैं तो आप ऐसा कर सकते हैं। आप किसी भी समय प्रतीक्षा सूची से अपने बच्चे का नाम हटा सकते हैं। अपने सबसे नज़दीकी PSESD प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रम का पता लगाने के लिए

<http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom> पर जाएँ

**भाग A: बच्चे की जानकारी**

<b>बच्चे की जानकारी</b>	बच्चे का प्रथम नाम: _____ मध्य नाम: _____ अंतिम नाम: _____	<input type="checkbox"/>
	जन्म तिथि: _____ लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री टेलीफोन: _____	<input type="checkbox"/>
	पता: _____ Age _____ (STAFF ONLY)	<input type="checkbox"/>
	भवन का नाम/संख्या: _____ शहर: _____ पिन: _____	<input type="checkbox"/>
	आपके बच्चे के घर की भाषा क्या है? _____	<input type="checkbox"/>
	आप अपने बच्चे की नस्ल(लें)/धर्म (माँ) को किस प्रकार पहचानते हैं? _____	<input type="checkbox"/>
क्या पिछले वर्ष आपके बच्चे ने इसमें भाग लिया था? <input type="checkbox"/> प्रारंभिक शुरुआत <input type="checkbox"/> प्राथमिक शुरुआत तथा / या ECEAP	<input type="checkbox"/>	
यदि हाँ, तो प्रोग्राम का नाम: _____	<input type="checkbox"/>	

**भाग B: पात्रता जानकारी**

<b>पारिवारिक जानकारी</b>	क्या आपका परिवार वर्तमान में TANF नकद सहायता प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ शिशु-सिर्फ TANF? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	क्या आपका परिवार वर्तमान में शिशु देखभाल अनुदान (चाइल्ड केयर सब्सिडी) प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य को वर्तमान में SSI मिल रही है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	यदि हाँ, तो कौन: _____ आवेदक से संबंध: _____	<input type="checkbox"/>
	क्या यह आवेदन एक पालक गृह के शिशु के लिए है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ रिश्तेदार द्वारा देखभाल? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)	<input type="checkbox"/>
	क्या आप वर्तमान में गृहहीनता का अनुभव कर रहे हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
क्या बच्चे का परिवार वर्तमान में बाल सुरक्षा सेवाएँ (Child Protective Services, CPS) प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>	
क्या बच्चे का परिवार वर्तमान में फैमिली असेसमेंट रेस्पॉन्स (Family Assessment Response, FAR) से सेवाएँ प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>	
पिछले वर्ष या पिछले 12 महीनों की पारिवारिक आय: _____	<input type="checkbox"/>	
आपके घर में रहने वाले लोगों की संख्या: _____ बच्चों की उम्र सूचीबद्ध करें: _____	<input type="checkbox"/>	

**भाग C: स्वास्थ्य और विकास से संबंधित जानकारी**

<b>बच्चे की जानकारी</b>	क्या आपके बच्चे को, एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा नीचे सूचीबद्ध किसी स्थिति में निदान किया गया है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> श्वास (अस्थिमा, RSV, RAD, अन्य रोग) <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> दौरा <input type="checkbox"/> हृदय की स्थिति	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> भोजन एलर्जी (सूची): _____ <input type="checkbox"/> निगलना	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> एलर्जी रहित खाद्य (सूची): _____ <input type="checkbox"/> अन्य (सूची): _____	<input type="checkbox"/>
	क्या आपके बच्चे को स्वास्थ्य से संबंधित कोई अन्य समस्या है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> भोजन और/या विशेष आहार <input type="checkbox"/> जन्म के समय कम वजन (5.5 पाउंड या कम) <input type="checkbox"/> श्रवण <input type="checkbox"/> दांत में दर्द/ क्षय/ मसूढ़ों से खून आना	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> दृष्टि <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> नशा/ अल्कोहल से प्रभावित	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> भोजन असिहणुता (सूची): _____ <input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य समस्याएँ (सूची): _____	<input type="checkbox"/>
	क्या आपके बच्चे का मेडिकल इंश्योरेंस है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
	यदि हाँ, तो किस प्रकार का: <input type="checkbox"/> एप्पल स्वास्थ्य / प्रदाता एक <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> भारतीय स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> अन्य: _____	<input type="checkbox"/>
क्या आपका शिशु के दांतों का बीमा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>	
यदि हाँ, तो किस प्रकार का: <input type="checkbox"/> एप्पल स्वास्थ्य / प्रदाता एक <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> भारतीय स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> अन्य: _____	<input type="checkbox"/>	
क्या आपके बच्चे ने अनुभव किया है (जो लागू हों उस पर सही का निशान लगाएं):	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> अपशब्द/ अनदेखा <input type="checkbox"/> पालक गृह देखभाल <input type="checkbox"/> व्यवहार के कारण शिशु देखभाल केन्द्र से निकलने के लिए ये कहा गया है	<input type="checkbox"/>	
क्या आपके बच्चे की कोई विशेष जरूरत है? (उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं): <input type="checkbox"/> निजी परिवार सेवा योजना (IFSP)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> वैयक्तिक शिक्षा योजना (IEP) प्रारंभ तिथि: _____ अंतिम तिथि: _____ <input type="checkbox"/> एक निदान की गई विकलांगता	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> गत 6 माह में प्रारंभिक हस्तक्षेप जन्म के 3 कार्यकर्मों में नामांकन	<input type="checkbox"/>	
क्या आपको अपने बच्चे के विकास के विषय में चिंताएँ हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>	
यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> वाणी/बोलना(आवाज़ करना, देर से बोलना, समझने में परेशानी होना तथा /या दूसरों को समझने में कठिनाई होना)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ग्रहण करने में अच्छा (सीखना, चित्र बनाना, लिखना तथा/या कपड़े पहनना)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> व्यवहार (मारना, काटना, आवेशित होना और/या असहयोग करना)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> कुल ग्रहणता (टहलना, चढ़ना, फेंकना, गोल घूमना, आंख न मिलाना, दक्षता का अभाव)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> अन्य समस्याएँ: _____	<input type="checkbox"/>	

## भाग D: पारिवारिक जानकारी

बच्चा इनके साथ रहता है: <input type="checkbox"/> एक अभिभावक/ संरक्षक <input type="checkbox"/> दो अभिभावक/ संरक्षक		<input type="checkbox"/>
माता-पिता/अभिभावक(कों) का आवेदक के साथ संबंध: <input type="checkbox"/> पालक माता-पिता <input type="checkbox"/> दादा-दादी <input type="checkbox"/> चाचा/चाची		
<input type="checkbox"/> जैविक/गोद लेने वाले अभिभावक(को) <input type="checkbox"/> सौतेले अभिभावक(कों) <input type="checkbox"/> अन्य:		
माता-पिता/अभिभावक <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> अन्य	माता-पिता/अभिभावक <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> अन्य	
नाम: _____	नाम: _____	
पता - बच्चे के पते से भिन्न हो: _____	पता - बच्चे के पते से भिन्न हो: _____	<input type="checkbox"/>
क्या आप एक युवा अभिभावक हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	क्या आप एक युवा अभिभावक हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	
मुख्य फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश	मुख्य फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश	
अतिरिक्त फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश	अतिरिक्त फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश	
ईमेल पता: _____	ईमेल पता: _____	
जन्म तिथि: _____ / _____ / _____ माह दिन वर्ष	जन्म तिथि: _____ / _____ / _____ माह दिन वर्ष	
क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सैन्य नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सैन्य नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	
क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सेवानिवृत्त सैनिक हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सेवानिवृत्त सैनिक हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	
क्या माता-पिता/अभिभावक नौकरी करते हैं, प्रशिक्षण देते हैं या स्कूल में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	क्या माता-पिता/अभिभावक नौकरी करते हैं, प्रशिक्षण देते हैं या स्कूल में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	
माता-पिता/अभिभावक नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	माता-पिता/अभिभावक नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	
<input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> सामयिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> विकलांग	<input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> सामयिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> विकलांग	
अगर कार्यरत हैं, तो एक सप्ताह में कितने घंटे? _____	अगर कार्यरत हैं, तो एक सप्ताह में कितने घंटे? _____	
क्या आपको दुभाषण की आवश्यकता है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	क्या आपको दुभाषण की आवश्यकता है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/>
आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं? _____	आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं? _____	<input type="checkbox"/>
शिक्षा का स्तर (पूरी की गई सबसे उच्च शिक्षा पर सही का निशान लगाएँ)	शिक्षा का स्तर (पूरी की गई सबसे उच्च शिक्षा पर सही का निशान लगाएँ)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ग्रेड 6 या कम <input type="checkbox"/> उच्च विद्यालय स्नातक	<input type="checkbox"/> ग्रेड 6 या कम <input type="checkbox"/> उच्च विद्यालय स्नातक	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 7 <input type="checkbox"/> कालेज / एड्वांस. प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/> ग्रेड 7 <input type="checkbox"/> कालेज / एड्वांस. प्रशिक्षण	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 8 <input type="checkbox"/> डिग्री कालेज/प्रशिक्षण प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/> ग्रेड 8 <input type="checkbox"/> डिग्री कालेज/प्रशिक्षण प्रमाणपत्र	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 9 <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री	<input type="checkbox"/> ग्रेड 9 <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री	<input type="checkbox"/> ग्रेड 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री	<input type="checkbox"/> ग्रेड 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री	
<input type="checkbox"/> ग्रेड 12 (कोई डिप्लोमा नहीं)	<input type="checkbox"/> ग्रेड 12 (कोई डिप्लोमा नहीं)	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> GED	
अपने परिवार की सहायता के लिए, कृपया आप अपने और/या अपने परिवार की चिंता के सभी विषयों के क्षेत्रों पर निशान लगाएं?		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> विकलांगता/काम करने में अयोग्य <input type="checkbox"/> नौकरी/रोजगार	<input type="checkbox"/> परिवार या दोस्तों से थोड़ी मदद या कोई मदद नहीं	
<input type="checkbox"/> नशा/अल्कोहल का मामला <input type="checkbox"/> सीखने में परेशानी होना	<input type="checkbox"/> अप्रवासी/शरणार्थी (गत 3 वर्षों से) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं	
<input type="checkbox"/> चिकित्सा रक्षा (कवरेज) <input type="checkbox"/> हानि/गहरा शोक	<input type="checkbox"/> केंदी अभिभावक(कों) <input type="checkbox"/> पारिवारिक हिंसा	
<input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> कानूनी मामले	<input type="checkbox"/> सैन्य तैनाती (वर्तमान या गत वर्ष में)	
<input type="checkbox"/> अप्रवासी <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य, पोस्ट पार्टम अवसाद, चिंता, अवसाद, PTSD		
<input type="checkbox"/> पूर्व CPS संलग्नता <input type="checkbox"/> गत 12 माह में गृहविहीनता (वर्तमान में नहीं)		
आपको हमारे प्रोग्राम के बारे में कैसे पता चला?		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> किस रेफरल एंजेंसी से: _____ <input type="checkbox"/> अन्य: _____		

मैंने इन प्रश्नों के उत्तर अपनी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार दिए हैं। उपलब्ध जानकारी का उपयोग प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रमों (प्रोग्रामों) में मेरे बच्चे की पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा। आपके आवेदन में निहित जानकारी गोपनीय है और इसका उपयोग केवल पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाता है। हम अप्रवासी या अन्य सरकारी प्राधिकरणों को सूचना जारी नहीं करते हैं।

माता-पिता/अभिभावक हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>
Date received: _____	Child's Name: _____	<input type="checkbox"/> This child is currently enrolled in a community slot at this center	<input type="checkbox"/>
Date sent to PSESD: _____	<input type="checkbox"/> This child's sibling is currently enrolled in a community slot at this center		
Site ID/Name: _____	Date FSS contacted family to review Application: _____		