



សូមអរគុណសម្រាប់ការដាក់ពាក្យសុំចូល Puget Sound Educational Service District Early Learning Program (កម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់កុមារតូចៗនៃមណ្ឌលសិក្សាធិការរដ្ឋកិច្ចការអប់រំ Puget Sound)។ យើងខ្ញុំបម្រើក្រុមគ្រួសារដែលមានតម្រូវការច្រើនបំផុត។ យើងខ្ញុំឲ្យតម្លៃភាពចម្រុះគ្នា និងស្វាគមន៍កុមារនិងក្រុមគ្រួសារគ្រប់ជាតិសាសន៍ ជាតិពន្ធុ វប្បធម៌ ភេទ សមត្ថភាព ភាសា និន្នាការផ្លូវភេទ ជំនឿ ឬអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងៗទៀត។

ដើម្បីឲ្យប្រាកដថាភាពមានសិទ្ធិ ត្រូវបានកំណត់ដោយសមស្រប សូមឆ្លើយគ្រប់សំណួរតាមចំណេះដឹងប្រសើរបំផុតរបស់អ្នក។ ចម្លើយនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់អាទិភាពនិងការជ្រើសរើសសម្រាប់កម្មវិធីនេះ។ ពាក្យស្នើសុំដែលមិនពេញលេញ អាចនឹងពន្យារពេលដំណើរការនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំនៅ៖

1

សូមប្រគល់ពាក្យស្នើសុំដែលបំពេញរួចមកវិញដោយមានភ្ជាប់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអាយុ និងឯកសារបញ្ជាក់ពីចំណូល។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូល និង/ឬអាយុរបស់កូនអ្នកទេនោះ សេចក្តីអះអាងបែបស្វ័យប្រកាសគឺអាចទទួលយកបានក្រោមលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន។

សំណេរមួយច្បាប់នៃឯកសារខាងក្រោម អាចនឹងត្រូវបានប្រើជាកស្តុតាងបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទកំណើតរបស់កូនអ្នក៖

- ឯកសារស្នំកូន
- លិខិតបញ្ជាក់កំណើត
- ប្រវត្តិរូបកូន
- ឯកសារតុលាការ
- លិខិតអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើញឹមកូន
- ឯកសាររដ្ឋាភិបាលដែលមានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទកំណើត
- Individual Education Plan (ផែនការអប់រំលក្ខណៈបុគ្គល) ឬ Individual Family Service Plan (ផែនការសេវាគ្រួសារលក្ខណៈបុគ្គល) (IEP/IFSP)
- បណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ
- បណ្ណប្តីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
- កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់ពីការចាប់កំណើត/កំណត់ត្រាពីមន្ទីរពេទ្យ
- លិខិតឆ្លងដែន ឬ ទិដ្ឋាការ
- លិខិតបញ្ជាក់បិតុភាព
- កំណត់ត្រាពីសាលារៀន
- លិខិតផ្តល់ TANF

សំណេរមួយច្បាប់នៃឯកសារខាងក្រោម អាចនឹងត្រូវបានប្រើជាកស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក៖

- លិខិតប្រកាសពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំកន្លងមក
- ទម្រង់បែបបទ W2 សម្រាប់ឆ្នាំកន្លងមក
- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់
- របាយការណ៍របស់និយោជកដោយមានបញ្ជាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់រយៈពេល 12 ខែកន្លងមក
- លិខិតផ្តល់ជំនួយសាធារណៈ (TANF ឬ SSI)
- លិខិតអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការធ្វើញឹមកូន
- លិខិតអត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាពឬភាពអត់ការងារធ្វើ
- ដីការ/របាយការណ៍អាហារកិច្ចធ្វើញឹមកូន
- សោធនអាហារកិច្ចគ្រួសារយោធា
- សេចក្តីអះអាងស្វ័យប្រកាសគឺអាចទទួលយកបានក្រោមលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន។

ប្រគល់ពាក្យសុំនេះនិងឯកសារគាំទ្រត្រឡប់ទៅ៖

Early Learning Program (កម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់កុមារតូចៗ) របស់យើងខ្ញុំ នឹងដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក និងទាក់ទងទៅអ្នកអំពីភាពមានសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីនេះ។

យើងខ្ញុំប្រឹងប្រែងដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថា គ្រប់ក្រុមគ្រួសារត្រូវបានផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នាសម្រាប់ការចុះឈ្មោះ។ យើងខ្ញុំរក្សាទុកបញ្ជីរង់ចាំសកម្មពេញមួយឆ្នាំ។ ដោយសារកន្លែងមានកំណត់ យើងខ្ញុំមិនអាចផ្តល់ជូនការចុះឈ្មោះដល់គ្រប់គ្រួសារនៅពេលចាប់ផ្តើមឆ្នាំសិក្សានោះទេ។ ទោះយ៉ាងនេះក៏ដោយ បន្ទាប់ពីភាពមានសិទ្ធិត្រូវបានកំណត់ ប្រសិនបើអ្នករបស់អ្នក មិនត្រូវបានជ្រើសរើសស្តាប់នៅពេលចាប់ផ្តើមឆ្នាំសិក្សានោះទេ ឈ្មោះរបស់កូនអ្នកនឹងបន្តនៅក្នុងបញ្ជីរង់ចាំ។ ប្រសិនបើអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីមួយផ្សេងទៀត ហើយចង់បន្តនៅក្នុងបញ្ជីរង់ចាំ អ្នកអាចនឹងធ្វើដូច្នោះបាន។ អ្នកអាចដកឈ្មោះកូនរបស់អ្នកចេញពីបញ្ជីរង់ចាំបានគ្រប់ពេល។ ដើម្បីស្វែងរកកម្មវិធី PSESD Early Learning ដែលនៅជិតអ្នកបំផុត សូមចូលទៅកាន់ <http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom>

Empty box for Total Points

2017-2018 Early Learning Application

ផ្នែក A៖ ព័ត៌មានរបស់កុមារ

Form A: Child Information. Fields include: ឈ្មោះរបស់កុមារ, អក្សរកាត់នាមកណ្តាល, គោត្តនាម, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត, យេនឌ័រ, លេខទូរស័ព្ទ, អាសយដ្ឋាន, ឈ្មោះ/លេខអាជ្ញាធរ, ទីក្រុង, លេខកូដតំបន់, តើកាលណាដែលកូនរបស់អ្នកនិយាយនៅផ្ទះ គឺភាសាអ្វី?, តើអ្នកកំណត់ថាកូនរបស់អ្នក ជាជាតិសាសន៍/ជនជាតិអ្វីដែរ?, តើឆ្នាំមុន កូនរបស់អ្នកបានចូលរួមវគ្គបង្រៀនដែរឬទេ? ការឆ្លើយតបថាបាទ/ចា ឬ ទេ, តើឆ្នាំមុន កូនរបស់អ្នកបានចូលរួមវគ្គបង្រៀនដែរឬទេ? ការឆ្លើយតបថាបាទ/ចា ឬ ទេ, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមប្រាប់ឈ្មោះកម្មវិធី:

ផ្នែក B៖ ព័ត៌មានអំពីភាពមានសិទ្ធិ

Form B: Eligibility Information. Fields include: តើបច្ចុប្បន្ននេះ គ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ពីកម្មវិធី TANF ដែរឬទេ?, តើបច្ចុប្បន្ននេះ គ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងទទួលបានថវិកាជំនួយ សម្រាប់ការថែទាំកុមារ (Childcare Subsidy) ដែរឬទេ?, តើបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី SSI ដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ តើនរណា៖ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ: តើពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់កូនដែលទទួលបានការថែទាំកុមារ មែនឬទេ?, តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកទទួលបានការគ្រួសារផ្ទះសំបែងមែនឬទេ?, តើគ្រួសាររបស់កុមារកំពុងទទួលបានការការពារកុមារ (CPS) ឬសេវាសុខុមាលភាពកុមារឥណ្ឌា (ICW) ស្រដៀងនេះទេ?, តើបច្ចុប្បន្ននេះ គ្រួសាររបស់កុមារនេះ កំពុងទទួលបានសេវាវិនិច្ឆ័យ (Family Assessment Response, FAR) ដែរឬទេ?, ចំណូលក្នុងគ្រួសារសម្រាប់ប្រតិទិនមុន ឬក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ៖, ចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក៖

ផ្នែក C៖ ព័ត៌មានស្តីពីការលូតលាស់ និងសុខភាព

Form C: Development and Health Information. Fields include: តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានពិនិត្យពេទ្យវិជ្ជាជីវៈដោយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ឃើញមានស្ថានភាពដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត: ប្រព័ន្ធដង្ហើម (ជំងឺប៊ីត, RSV, RAD, ជំងឺផ្សេងទៀត), ជំងឺទឹកនោមផ្អែម, ប្រកាច់, ស្ថានភាពបេះដូង, ប្រតិកម្មអាហារ (សូមរៀបរាប់), ការលេបអាហារ, អាល់លេហ្ស៊ីក្រៅពីអាហារ (រាយបញ្ជី), ផ្សេងៗ (សូមរៀបរាប់), តើអ្នកមានក្តីបារម្ភផ្សេងៗទៀតអំពីសុខភាពកូនរបស់អ្នកដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត: ការបញ្ជាក់អាហារ និង/ឬរបបអាហារពិសេស, ទម្ងន់ស្រាលពេលកើត (5.5 ផោន ឬស្រាលជាងនេះ), សោតវិញ្ញាណ, ឈឺ/ពុកធ្មេញ/ឈាមអញ្ចាញធ្មេញ, គំហើញ, សុខភាពផ្លូវចិត្ត, ញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹងដែលបង្កផលប៉ះពាល់, ភាពជុំវិញគ្រោះថ្នាក់អាហារបាន (សូមរៀបរាប់), ក្តីបារម្ភអំពីសុខភាពផ្សេងទៀត (សូមរៀបរាប់), តើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ តើជាប្រភេទអ្វី៖ Apple Health/ProviderOne, ឯកជន, Indian Health, ផ្សេងៗ, តើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ តើជាប្រភេទអ្វី៖ Apple Health/ProviderOne, ឯកជន, Indian Health, ផ្សេងៗ, តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់ (សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត): ការធ្វើទុក្ខទោស/ការចិនអើពើ, ស្ថិតនៅមណ្ឌលថែទាំពិមុន, ត្រូវបានស្នើឲ្យចេញពីមណ្ឌលកុមារ ដោយសារបញ្ហាឥរិយាបថ ដែរឬទេ, តើកូនរបស់អ្នកមានតម្រូវការពិសេសដែរឬទេ? (សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត): ផែនការសេវាកម្មគ្រួសារលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Family Service Plan, IFSP), ផែនការអប់រំតាមតម្រូវការបុគ្គល (IEP) កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម, កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់, ពិការភាពដែលធ្វើឲ្យពិបាកឃើញ, ការចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីអន្តរាគមន៍សម្រាប់កុមារតូចៗចាប់ពីពេលកើត (Early Intervention Birth) រហូត 3 ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយ, តើអ្នកមានក្តីបារម្ភអំពីការលូតលាស់របស់កូនអ្នកដែរឬទេ?, បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត: ពាក្យសម្តី/ការនិយាយ (ការបញ្ចេញសំឡេង ការនិយាយយឺតយូរ ពិបាកយល់ និង/ឬ មានការលំបាកយល់ពីអ្នកដទៃ), ចលនាតូច (Fine Motor) (ការចាប់ ការតូ ការសរសេរ និង/ឬការស្លៀកពាក់), ឥរិយាបថ (ការវាយ ការខាំ មានភាពរឹងរូស និង/ឬមិនការសហការ), ចលនាធំ (Gross Motor) (ការដើរ ការរតោងឡើង ការចោល ការបង្វិល កង្វះទំនាក់ទំនងតាមក្រវែលក្នុង ការបាត់បង់ជំនាញ), ក្តីបារម្ភផ្សេងទៀត:

ផ្នែក D៖ ព័ត៌មានគ្រួសារ

កុមាររស់នៅជាមួយ៖ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ទាំងឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល		<input type="checkbox"/>
ទំនាក់ទំនងរវាងឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ជីដូនជីតា <input type="checkbox"/> អ៊ីប៊ូចិន/ពូ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម/បង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចុង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖		
ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ		<input type="checkbox"/>
ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ		
ឈ្មោះ៖ _____	ឈ្មោះ៖ _____	
អាសយដ្ឋាន - បើខុសពីអាសយដ្ឋានរបស់កុមារ៖ _____	អាសយដ្ឋាន - បើខុសពីអាសយដ្ឋានរបស់កុមារ៖ _____	
តើអ្នកជាឪពុកម្តាយក្នុងវ័យជំទង់មែនឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកជាឪពុកម្តាយក្នុងវ័យជំទង់មែនឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងចម្បង៖ _____	ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងចម្បង៖ _____	
<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងបន្ទាប់៖ _____	<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងបន្ទាប់៖ _____	
<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ	<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ	
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖ _____	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖ _____	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ / _____ / _____	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ / _____ / _____	
តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងបម្រើយោធាអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងបម្រើយោធាអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	
តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាអតីតយុទ្ធជនអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាអតីតយុទ្ធជនអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	
តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	
តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមានការងារធ្វើទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមានការងារធ្វើទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	
<input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> តាមរដូវ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ពិការ ប្រសិនបើមានការងារធ្វើ តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ? _____	<input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> តាមរដូវ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ពិការ ប្រសិនបើមានការងារធ្វើ តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ? _____	
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ	
តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី ឬអ្វីខ្លះ?	តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី ឬអ្វីខ្លះ?	
កម្រិតការសិក្សាអប់រំ (សូមគូសយកកម្រិតបញ្ចប់ខ្ពស់បំផុត)	កម្រិតការសិក្សាអប់រំ (សូមគូសយកកម្រិតបញ្ចប់ខ្ពស់បំផុត)	
<input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 6 ឬទាបជាងនេះ <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ថ្នាក់វិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 7 <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ជាន់ខ្ពស់ ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ/សញ្ញាបត្របណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 10 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 11 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 12 (មិនមានសញ្ញាបត្រ) <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល (GED)	<input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 6 ឬទាបជាងនេះ <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ថ្នាក់វិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 7 <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ជាន់ខ្ពស់ ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ/សញ្ញាបត្របណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 10 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 11 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 12 (មិនមានសញ្ញាបត្រ) <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល (GED)	
ដើម្បីផ្គត់ផ្គង់គ្រួសាររបស់អ្នកបានល្អបំផុត សូមគូសគ្រឹសនៅកន្លែងទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងអ្នក និង/ឬគ្រួសាររបស់អ្នក។ <input type="checkbox"/> ពិការភាព/មិនអាចធ្វើការងារបាន <input type="checkbox"/> ការងារ/ការបម្រើការ <input type="checkbox"/> មានការរងគ្រោះកិច្ចការ ឬគ្មានសោះ ពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្លូវចិត្ត/គ្រឿងស្រវឹង <input type="checkbox"/> ការលំបាកក្នុងការរៀន <input type="checkbox"/> ជនអន្តោប្រវេសន៍/ជនភៀសខ្លួន (3 ឆ្នាំកន្លងមក) <input type="checkbox"/> កិច្ចការអំពីសុខភាព <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បាក់បង់/មានទុក្ខជាទម្ងន់ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយជាប់ពន្ធនាគារ <input type="checkbox"/> អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋាន <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្នែកច្បាប់ <input type="checkbox"/> ការដាក់ពន្យារយោធា (បច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីឆ្នាំមុន) <input type="checkbox"/> អន្តោប្រវេសន៍ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្លូវចិត្ត, ការធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយឆ្លងទន្លេ (Postpartum Depression), ការព្រួយបារម្ភ, ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ជំងឺបាក់ស្បែក (PTSD) <input type="checkbox"/> ការចូលរួម CPS កាលពីមុន <input type="checkbox"/> គ្មានកន្លែងស្នាក់នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែ (មិនមែនបច្ចុប្បន្ន)	<input type="checkbox"/> ពិការភាព/មិនអាចធ្វើការងារបាន <input type="checkbox"/> ការងារ/ការបម្រើការ <input type="checkbox"/> មានការរងគ្រោះកិច្ចការ ឬគ្មានសោះ ពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្លូវចិត្ត/គ្រឿងស្រវឹង <input type="checkbox"/> ការលំបាកក្នុងការរៀន <input type="checkbox"/> ជនអន្តោប្រវេសន៍/ជនភៀសខ្លួន (3 ឆ្នាំកន្លងមក) <input type="checkbox"/> កិច្ចការអំពីសុខភាព <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បាក់បង់/មានទុក្ខជាទម្ងន់ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយជាប់ពន្ធនាគារ <input type="checkbox"/> អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋាន <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្នែកច្បាប់ <input type="checkbox"/> ការដាក់ពន្យារយោធា (បច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីឆ្នាំមុន) <input type="checkbox"/> អន្តោប្រវេសន៍ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្លូវចិត្ត, ការធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយឆ្លងទន្លេ (Postpartum Depression), ការព្រួយបារម្ភ, ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ជំងឺបាក់ស្បែក (PTSD) <input type="checkbox"/> ការចូលរួម CPS កាលពីមុន <input type="checkbox"/> គ្មានកន្លែងស្នាក់នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែ (មិនមែនបច្ចុប្បន្ន)	
តើអ្នកដឹងអំពីកម្មវិធីរបស់យើងដោយរបៀបណា? <input type="checkbox"/> ការបញ្ជូនបន្តរបស់ទីភ្នាក់ងារពិះ _____ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____		

ខ្ញុំបានឆ្លើយនឹងសំណួរនានាតាមចំណេះដឹងប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិរបស់កូនរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់កម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់កុមារ តូចៗ (Early Learning Programs)។ ព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក គឺជាការសម្ងាត់ និងត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែកំណត់ភាពមានសិទ្ធិប៉ុណ្ណោះ។ យើងខ្ញុំនឹងមិនផ្សាយព័ត៌មានទៅ កាន់អាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍ ឬអាជ្ញាធររដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗទៀតឡើយ។

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

STAFF ONLY	STAFF ONLY	STAFF ONLY	STAFF ONLY
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: _____		