



퓨젯 사운드 교육 서비스 지구(Puget Sound Educational Service District) 조기 학습 프로그램에 신청해 주셔서 감사합니다. 당 기관은 가정에 가장 중요한 필요 사항을 제공합니다. 다양성을 소중히 여기며 모든 인종, 민족, 문화, 성별, 능력, 언어, 성적 성향, 신앙, 또는 기타 개인 정체성의 아이들과 가족을 환영합니다.

자격 여부가 적절히 결정되도록 최대한 아는 대로 모든 질문에 답변해 주시기 바랍니다. 아래에 답변하신 내용은 본 프로그램 대상자의 우선순위를 결정하는 목적으로 사용될 것입니다. 신청서가 완료되지 않은 경우 과정이 지체될 수 있습니다. 본 신청서에 대한 질문이 있거나 작성에 도움이 필요한 경우, 다음의 연락처로 연락하십시오.

작성된 본 신청서와 연령 및 소득 증빙 서류를 제출해 주시기 바랍니다. 소득 및/또는 자녀의 연령 증빙 서류가 없는 경우 일부 조건 하에 자기 선언문이 허용됩니다.

다음 중 한 가지 서류의 사본은 자녀의 생년월일 증빙 자료로 사용될 수 있습니다:

- 입학서류
- 출생증명서
- 자녀프로필
- 법원서류
- 위탁보호승인서신
- 생년월일 기재된 정부문서
- 개별화교육 계획 또는 개별가족서비스계획(IEP/IFSP)
- 예방접종기록
- 의료카드 또는 기록
- 출산 병원 기록의 의료기록
- 여권 또는 비자
- 친자진술서
- 학교기록
- TANF 수상서신

다음의 사본은 가족 소득 증빙 자료로 사용될 수 있습니다:

- 전년도 소득 신고서
- 전년도 W2 서식
- 급여상세내역서
- 지난 12개월 동안 고용주의 총 수익 명세서
- 공공지원(TANF 또는 SSI) 수상서신
- 위탁보호수당서신
- 실업수당서신
- 자녀양육비 진술서/명령
- 군인 가족 특별수당
- 자기 선언문은 일부 조건 하에서 허용됩니다

본 신청서 및 증빙 서류를 다음으로 제출해 주시기 바랍니다:

조기 학습 프로그램에서 귀하의 신청서를 처리하고 프로그램 적격성에 관해 귀하에게 연락을 드릴 것입니다.

당 기관은 모든 가정이 평등한 등록 기회를 갖도록 노력합니다. 일 년 내내 유효한 대기자 명단을 보관합니다. 제한된 공간으로 인해, 학기 초에 모든 가정에 등록 기회를 제공할 수 없습니다. 하지만 적격성 여부가 결정된 후 자녀가 학년도 시작과 함께 즉시 발탁되지 않은 경우 자녀의 이름은 대기자 명단에 오를 것입니다. 대체 프로그램을 찾으려 당 기관의 대기자 명단에 남고자 하는 경우 그렇게 하실 수 있습니다. 귀하는 언제든지 대기자 명단에서 자녀의 이름을 삭제할 수 있습니다. 가까운 PSESD 조기 학습 프로그램 위치를 확인하시려면 다음 웹 사이트를 방문해 귀하의 우편번호를 입력하십시오: <http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom>

**섹션 A: 자녀 정보**

<b>자녀 정보</b>	자녀의 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 성씨: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	생년월일: _____ 성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 전화번호: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	주소: _____ <span style="float: right;">Age <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></span>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	아파트명/호수: _____ 시: _____ 우편번호: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀가 가정에서 사용하는 언어는 무엇입니까? _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀의 인종/민족은 어떻게 됩니까? _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
자녀가 작년에 참여한 프로그램은 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 조기 헤드 스타트(Early Head Start) <input type="checkbox"/> 헤드 스타트(Head Start) 또는 ECEAP 예인 경우, 해당 프로그램명: _____		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

**섹션 B: 적격성 정보**

<b>가족 정보</b>	현재 귀하의 가족이 TANF 현금 보조를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예    자녀만 TANF 를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	현재 귀하의 가족이 자녀 양육 보조금을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	귀하 또는 가족 구성원이 현재 SSI 를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	예인 경우, 수령인: _____ 신청인과의 관계: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	본 신청서는 위탁 보호를 받는 자녀를 위한 것입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예    친척 아이입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	현재 노숙을 겪고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	현재 상기 아동의 가족이 아동 보호 서비스(CPS) 또는 인디언 아동 복지 서비스(ICW)를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
해당 자녀의 가족이 현재 가족 평가 대응(Family Assessment Response, FAR)을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
작년도 또는 지난 12 개월 간 가구 소득: _____		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
가구 구성원 수: _____    각 아동의 연령: _____		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

**섹션 C: 건강 및 발달 정보**

<b>자녀 정보</b>	자녀는 아래 명시된 병증으로 건강 의료 제공자의 진단을 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 해당하는 항목에 모두 체크 표시: <input type="checkbox"/> 호흡기(천식, RSV, RAD, 기타) <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 발작 <input type="checkbox"/> 심장 질환 <input type="checkbox"/> 식품 알레르기(기입): _____ <input type="checkbox"/> 연하(Swallowing) <input type="checkbox"/> 비식품 알레르기(기입): _____ <input type="checkbox"/> 기타(기입): _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀의 건강에 대한 기타 우려 사항이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 해당하는 항목에 모두 체크 표시: <input type="checkbox"/> 영양 공급 및/또는 특별 식이 요법 <input type="checkbox"/> 저체중아(5.5lbs(약 2.5kg) 이하) <input type="checkbox"/> 청력 <input type="checkbox"/> 치아 통증/충치/잇몸 출혈 <input type="checkbox"/> 시력 <input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 약물/알코올 영향 <input type="checkbox"/> 음식 과민증(기입): _____ <input type="checkbox"/> 기타 건강 우려 사항(기입): _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀에게 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 "예"인 경우, 종류: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 개인 보험 <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀에게 치과 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 "예"인 경우, 종류: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 개인 보험 <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀가 다음과 같은 일을 겪은 적이 있습니까(해당하는 항목에 모두 체크 표시): <input type="checkbox"/> 학대/방치 <input type="checkbox"/> 전기 위탁 보호 <input type="checkbox"/> 행동으로 인해 보육원 퇴출을 권고받음	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀에게 특별한 요구사항이 있습니까?(해당되는 항목에 모두 체크 표시): <input type="checkbox"/> 개별화 가족 서비스 계획(IFSP) <input type="checkbox"/> 개별화 교육 플랜 (IEP) 시작일: _____ 종료일: _____ <input type="checkbox"/> 장애 진단 <input type="checkbox"/> 지난 6 개월간 신생아에서 3 세까지 조기 중재(Early Intervention Birth to 3) 프로그램에 등록	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	자녀의 발달에 대해 우려되는 부분이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 해당하는 항목에 모두 체크 표시: <input type="checkbox"/> 언어/말하기(소리내기, 말하기 지체, 이해하기 어려운 말 및/또는 상대방을 이해하는 데 어려움을 겪음) <input type="checkbox"/> 소근육 운동(쥐기, 그리기, 쓰기 및/또는 옷 입기) <input type="checkbox"/> 행동(때리기, 물기, 짜증 및/또는 협조 거부) <input type="checkbox"/> 대근육 운동(걷기, 오르기, 던지기, 돌기, 눈 마주침 부족, 기능 손실) <input type="checkbox"/> 기타 문제: _____	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

섹션 D: 가족 정보

자녀와 함께 거주하는 사람: <input type="checkbox"/> 한쪽 부모/보호자 <input type="checkbox"/> 양쪽 부모/보호자		<input type="checkbox"/>
신청인과 부모(들)/보호자(들)의 관계: <input type="checkbox"/> 위탁 부모(들) <input type="checkbox"/> 조부모(들) <input type="checkbox"/> 고모, 이모, 숙모/고모부, 이모부, (외)삼촌 <input type="checkbox"/> 생부모/입양 부모(들) <input type="checkbox"/> 의붓 부모(들) <input type="checkbox"/> 기타:		
부모/보호자 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 기타	부모/보호자 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 기타	
성명: _____	성명: _____	
주소 - 자녀와 다른 경우: _____	주소 - 자녀와 다른 경우: _____	
당신은 십 대 부모입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	당신은 십 대 부모입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/>
1 차 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지 보조 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지	1 차 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지 보조 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지	
이메일 주소: _____	이메일 주소: _____	
생년월일: _____ / _____ / _____ 월 일 년	생년월일: _____ / _____ / _____ 월 일 년	
부모 또는 후견인이 미군에서 복무 중입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 미군 참전 용사입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 직업 훈련 또는 학업 중입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 고용된 상태입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 고용 상태인 경우, 일주일에 몇 시간 근무합니까? _____ 고용 상태인 경우, 일주일에 몇 시간 근무합니까? _____	부모 또는 후견인이 미군에서 복무 중입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 미군 참전 용사입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 직업 훈련 또는 학업 중입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 부모 또는 후견인이 고용된 상태입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 고용 상태인 경우, 일주일에 몇 시간 근무합니까? _____ 고용 상태인 경우, 일주일에 몇 시간 근무합니까? _____	
통역 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 귀하가 사용하는 언어(들)는 무엇입니까? _____	통역 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 귀하가 사용하는 언어(들)는 무엇입니까? _____	<input type="checkbox"/>
교육 수준(최종 학력에 체크 표시) <input type="checkbox"/> 6 학년 이하 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 7 학년 <input type="checkbox"/> 대학/고급 학위 직업훈련 <input type="checkbox"/> 8 학년 <input type="checkbox"/> 대학 학위/직업훈련 자격증 <input type="checkbox"/> 9 학년 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 10 학년 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 11 학년 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 12 학년(미 수료) <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED)	교육 수준(최종 학력에 체크 표시) <input type="checkbox"/> 6 학년 이하 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 7 학년 <input type="checkbox"/> 대학/고급 학위 직업훈련 <input type="checkbox"/> 8 학년 <input type="checkbox"/> 대학 학위/직업훈련 자격증 <input type="checkbox"/> 9 학년 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 10 학년 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 11 학년 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 12 학년(미 수료) <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED)	<input type="checkbox"/>
최적의 서비스 제공 목적으로, 귀하 본인 및 가족이 겪고 있는 모든 종류의 문제에 체크 표시하십시오.		
<input type="checkbox"/> 장애/근로 불가 <input type="checkbox"/> 직업/고용 <input type="checkbox"/> 약물/음주 문제 <input type="checkbox"/> 학습 장애 <input type="checkbox"/> 가족 또는 친구들의 지원이 거의 또는 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 건강 보험 <input type="checkbox"/> 상실/애도 <input type="checkbox"/> 이민자/난민(지난 3 년) <input type="checkbox"/> 건강 우려 사항 <input type="checkbox"/> 주거 <input type="checkbox"/> 법적 분쟁 <input type="checkbox"/> 부모(들)의 감금 <input type="checkbox"/> 가정 폭력 <input type="checkbox"/> 이민 <input type="checkbox"/> 정신 건강, 산후 우울증, 불안증, 우울증, PTSD <input type="checkbox"/> 과거 CPS 관여 <input type="checkbox"/> 지난 12 개월 중 노숙(현재는 아님)	<input type="checkbox"/> 장애/근로 불가 <input type="checkbox"/> 직업/고용 <input type="checkbox"/> 약물/음주 문제 <input type="checkbox"/> 학습 장애 <input type="checkbox"/> 가족 또는 친구들의 지원이 거의 또는 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 건강 보험 <input type="checkbox"/> 상실/애도 <input type="checkbox"/> 이민자/난민(지난 3 년) <input type="checkbox"/> 건강 우려 사항 <input type="checkbox"/> 주거 <input type="checkbox"/> 법적 분쟁 <input type="checkbox"/> 부모(들)의 감금 <input type="checkbox"/> 가정 폭력 <input type="checkbox"/> 이민 <input type="checkbox"/> 정신 건강, 산후 우울증, 불안증, 우울증, PTSD <input type="checkbox"/> 과거 CPS 관여 <input type="checkbox"/> 지난 12 개월 중 노숙(현재는 아님)	<input type="checkbox"/>
어떠한 경로로 본 프로그램을 알게 되었습니까? <input type="checkbox"/> 추천 기관: _____ <input type="checkbox"/> 기타: _____		<input type="checkbox"/>

본인은 본인이 아는 한 최선을 다해 질문에 답변하였습니다. 본인이 제공한 정보는 본인 자녀의 초기 학습 프로그램 참여 자격을 결정하는 데 사용될 것입니다. 신청서에 작성한 해당 정보는 기밀이며 참여 자격 결정을 위해서만 사용됩니다. 해당 정보는 이민국 또는 정부 당국에 공개되지 않습니다.

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_

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