



पुगेट साउण्ड एजुकेशनल सेविस डिस्ट्रिक्ट प्रारम्भिक कक्षा कार्यक्रम (Puget Sound Educational Service District Early Learning Program) मा आवेदन दिनुभएकोमा तपाईंलाई धन्यवाद। हामी आधातभूत कुराहरूमा सहायता आवश्यक परिवारहरूलाई सेवा दिन्छौं। हामी विविधताको कदर गर्दछौं र कुनै पनि जाति, वर्ण, संस्कृति, लिङ्ग, क्षमता, भाषा, यौन अभिमुखता, धर्म वा कुनै अन्य व्यक्तिगत पहिचानका बालबालिका र परिवारहरूलाई स्वागत गर्दछौं।

योग्यता उपयुक्त रूपमा निर्धारण हुनेछ भनी सुनिश्चित गर्न कृपया सबै प्रश्नहरूमा आफूलाई ज्ञान भए अनुसार सकेसम्म सही जवाफ दिनुहोस्। जवाफहरूलाई यस कार्यक्रमको लागि छनोट प्रथमिकता निर्धारण गर्नको लागि प्रयोग गरिनेछ। अपूरो आवेदनहरूले प्रक्रियामा ढिलाइ गर्न सक्छ। तपाईंसँग जिज्ञासाहरू छन् वा आवेदन भर्ने मद्दत चाहिन्छ भने कृपया हामीलाई यस ठेगानामा सम्पर्क गर्नुहोस्:

**कृपया यो आवेदन पूर्ण रूपमा भरेर आफ्नो उमेरको प्रमाण र आम्दानी सम्बन्धी कागजातहरूको साथमा फिर्ता गर्नुहोस्। तपाईंसँग आफ्नो आम्दानी र/वा आफ्नो बच्चाको उमेरको प्रमाण छैन भने केही शर्तहरूको अधीनमा स्वघोषित कथन स्वीकार्य छन्।**

तपाईंको बच्चाको जन्ममितिको प्रमाणको रूपमा तल दिइएकामध्ये कुनै एउटाको प्रतिलिपि प्रयोग गर्न सकिन्छ:

- धर्मसन्तान बनाएको सम्बन्धी कागजातहरू
- जन्मदर्ताको प्रमाणपत्र
- बच्चाको बारेमा संक्षिप्त विवरण
- अदालतका कागजातहरू
- फोस्टर केयर अधिकार पत्र
- जन्म मिति उल्लेख गरिएको सरकारी कागजात
- व्यक्तिगत शैक्षिक योजना वा व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IEP/IFSP)
- प्रतिरक्षण खोपको अभिलेख
- मेडिकल कार्ड वा अभिलेखहरू
- जन्मेको मेडिकल अभिलेख/अस्पतालको अभिलेख
- राहदानी वा भिसा
- पितृ घोषणा
- स्कूलका अभिलेखहरू
- TANF अवार्ड पत्र

तपाईंको पारिवारिक आम्दानीको प्रमाणको रूपमा तल दिइएका कुनै एउटाको प्रतिलिपि प्रयोग गर्न सकिन्छ:

- अघिल्लो वर्षको कर विवरण
- अघिल्लो वर्षको W2 फाराम
- तलब वा ज्याला भुक्तानीको पर्चा
- विगत 12 महिनाको कुल आम्दानी उल्लिखित रोजगारदाताको स्टेटमेन्ट
- सार्वजनिक सहायता (TANF वा SSI) अवार्ड पत्र
- फोस्टर केयर लाभ पत्र
- बेरोजगार भत्ताको पत्र
- बाल सहायता कथन/आदेश
- सैनिक परिवारको भाग
- केही शर्तहरूको अधीनमा स्वघोषित कथन स्वीकार्य छन्।

**यो आवेदन र सहयोगी कागजातहरू यहाँ फिर्ता गर्नुहोस्:**

हाम्रो प्रारम्भिक कक्षा कार्यक्रमले तपाईंको आवेदनलाई प्रक्रियामा लानेछ र कार्यक्रमको लागि तपाईंको योग्यताको सम्बन्धमा तपाईंलाई सम्पर्क गर्नेछ।

हामी सबै परिवारलाई यस कार्यक्रममा सहभागी हुने समान अवसर प्रदान गर्न प्रयास गर्छौं। हामी प्रतीक्षा सूचीलाई वर्षभरी सक्रिय राख्छौं। सीमित स्थानको कारणले हामी स्कूलको सुरुमा हरेक परिवारलाई भर्ना हुने अवसर प्रदान गर्न असमर्थ छौं। तथापि, योग्यता निर्धारण गरिएपछि तपाईंको बच्चा शैक्षिक वर्षको सुरुमा तुरुन्तै छनोट नभएमा उस/उनको नाम प्रतीक्षा सूचीमा रहनेछ। तपाईंले अर्को कार्यक्रममा भाग लिने अवसर पाउनुभयो र हाम्रो प्रतीक्षा सूचीमा रहन चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले त्यसो गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले कुनै पनि समयमा आफ्नो बच्चाको नाम प्रतीक्षा सूचीबाट हटाउन सक्नुहुन्छ। तपाईं नजिकै भएको PSESD प्रारम्भिक कक्षा कार्यक्रम पाउनको लागि <http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom> जानुहोस्।

## खण्ड क: बच्चाको जानकारी

बच्चाको नाम: \_\_\_\_\_ बीचको नामको प्रथमाक्षर: \_\_\_\_\_ थर: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_\_ लिङ्ग:  पुरुष  महिला टेलिफोन: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ (STAFF ONLY)

अपार्टमेन्टको नाम/नम्बर: \_\_\_\_\_ सहर: \_\_\_\_\_ जिप कोड: \_\_\_\_\_

तपाईंको बच्चाको घरमा प्रयोग गर्ने भाषा कुन हो? \_\_\_\_\_

तपाईं आफ्नो बच्चाको जाति(हरू)/जातीयता(हरू)लाई कुन रूपमा पहिचान गर्नु हुन्छ? \_\_\_\_\_

गत वर्ष, तपाईंको बच्चा सहभागी भयो?  अर्ली हेड स्टार्ट  हेड स्टार्ट र/वा ECEAP

हो भने कार्यक्रमको नाम: \_\_\_\_\_

## खण्ड ख: योग्यता सम्बन्धी जानकारी

के तपाईंको परिवारले हालैमा TANF रकम सहायता पाएको छ?  छैन  छ बच्चाको लागि मात्रै TANF?  छैन  छ

के तपाईंको परिवारले हाल बालस्याहार अनुदान पाइरहेको छ?  छैन  छ

के तपाईंले वा तपाईंको परिवारको सदस्यले हाल SSI प्राप्त गरिरहेको छ?  छैन  छ

छ भने, को: \_\_\_\_\_ आवेदकसँग नाता: \_\_\_\_\_

यो आवेदन फोस्टर केयरमा भएको बच्चाको लागि हो?  होइन  हो नातेदारी स्याहार?  होइन  हो (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)

तपाईं अहिले घरवारविहीन हुनुहुन्छ?  होइन  हो

बच्चाको परिवारले हाल बाल संरक्षण सेवाहरू (CPS) वा त्यस्तै इन्डियन चाइल्ड वेल्फेयर (ICW) सेवाहरू प्राप्त गर्दैछन्?  होइन  हो

बच्चाको परिवारले हालसालै परिवार सहायता प्रतिक्रिया (FAR) बाट सेवाहरू पाइरहेको छ?  छैन  छ

घत वर्ष वा पछिल्लो 12 महिनाको घरको आम्दानी: \_\_\_\_\_

तपाईंको घरमा बस्ने मानिसहरूको सङ्ख्या: \_\_\_\_\_ बालबालिकाको उमेरको सूची बनाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

## खण्ड ग: स्वास्थ्य र शारीरिक तथा मानसिक विकास सम्बन्धी जानकारी

के तपाईंको बच्चालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले जाँच्दा तल दिइएको मध्ये कुनै अवस्था भएको पत्ता लागेको थियो?  छैन  छ

छन् भने लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

श्वासप्रश्वास (दम, आरएसभी, आरएडी, अन्य)  मधुमेह  मिर्गी  मुटुको अवस्था

खानेकुराको एलर्जी (सूचीकृत गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_  खानेकुरा निल्ने

खानेकुरा बाहेक अन्य एलर्जी (सूचीकृत गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_  अन्य (सूचीकृत गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_

तपाईंसँग आफ्नो बच्चाको स्वास्थ्यको बारेमा कुनै अन्य चासोहरू छन्?  छैन  छ

छन् भने लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

खानपान र/वा विशेष आहार  जन्मदा कम तौल (5.5lbs वा सोभन्दा कम)  श्रवण  दाँत दुख्ने/सङ्गे/गिजाबाट रगत आउने

दृष्टि  मानसिक स्वास्थ्य  लागुपदार्थ/मद्यपान प्रभावित

बार्नुपर्ने खानेकुरा (सूचीकृत गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_  स्वास्थ्य सम्बन्धी अन्य चासोहरू (सूचीकृत गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_

तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य बीमा छ?  छैन  छ

छ भने कुन प्रकारको छ:  Apple Health/ProviderOne  निजी  Indian Health  अन्य: \_\_\_\_\_

के तपाईंको बच्चासँग दाँतको बीमा छ?  छैन  छ

छ भने कुन प्रकारको छ:  Apple Health/ProviderOne  निजी  Indian Health  अन्य: \_\_\_\_\_

तपाईंको बच्चाको यी कुराहरू अनुभव गरेको छ (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

दुर्व्यवहार/बेवास्ता  पहिले फोस्टर केयरमा बसेको  खराब व्यवहारको कारण बालस्याहार केन्द्रबाट निस्कनु भनिएको

तपाईंको बच्चाको कुनै विशेष आवश्यकता छ? (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):  व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (आइएफएसपी)

व्यक्तिगत शिक्षा योजना (IEP) सुरुवात मिति: \_\_\_\_\_ समाप्ति मिति: \_\_\_\_\_  अपाङ्गता छ भनी पत्ता लागेको

विगत 6 महिनामा Early Intervention Birth to 3 कार्यक्रममा भर्ना भएको

तपाईंसँग आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासको बारेमा चासोहरू छन्?  छैन  छ

छन् भने लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

बोली/बोल्न (आवाज निकाल्ने, ढिलो बोल्ने, बुझ्न गाह्रो र/वा अरुलाई बुझ्न गाह्रो)

साना मांसपेशीको चाल (समाल्ने, चित्र बनाउने, लेख्ने र/वा लुगा लगाउने)

व्यवहार (हिर्काउने, टोकने, झर्कोफर्को गर्ने र/वा सहयोगी नबन्ने)

ठूला मांसपेशीको चाल (हिँड्ने, चढ्ने, फाल्ने, घुम्ने, आँखाको सम्पर्कको कमी, सीपहरू गुमाएको)

अन्य चासोहरू: \_\_\_\_\_

**खण्ड घ: पारिवारिक जानकारी**

बच्चा कोसँग बस्छ: <input type="checkbox"/> एकल आमा/बुवा/अभिभावक <input type="checkbox"/> आमाबुवा/दुई अभिभावकहरू	
आवेदकसँग अभिभावकको नाता: <input type="checkbox"/> फोस्टर अभिभावक(हरू) <input type="checkbox"/> हजुरआमा/हजुरबुवा <input type="checkbox"/> काकी/काका <input type="checkbox"/> जन्म दिने/धर्म सन्तान बनाउने आमाबुवा/अभिभावक(हरू) <input type="checkbox"/> सैतेनी आमाबुवा <input type="checkbox"/> अन्य:	
<b>आमाबुवा/अभिभावक</b> <input type="checkbox"/> आमा <input type="checkbox"/> बुबा <input type="checkbox"/> अन्य	<b>अभिभावक</b> <input type="checkbox"/> आमा <input type="checkbox"/> बुबा <input type="checkbox"/> अन्य
नाम: _____	नाम: _____
ठेगाना- बच्चाको ठेगानाभन्दा फरक भएमा: _____	ठेगाना- बच्चाको ठेगानाभन्दा फरक भएमा: _____
तपाईं किशोरावस्थामै आमा वा बुवा बन्नुभएको हो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	तपाईं किशोरावस्थामै आमा वा बुवा बन्नुभएको हो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
प्राथमिक फोन: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश	प्राथमिक फोन: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश
इमेल ठेगाना: _____	इमेल ठेगाना: _____
जन्म मिति: _____ / _____ / _____ <small>महिना दिन साल</small>	जन्म मिति: _____ / _____ / _____ <small>महिना दिन साल</small>
आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यको सेनाको रूपमा तैनात छन्? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यका भूतपूर्व सैनिक हुन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक रोजगारमुलक प्रशिक्षण वा विद्यालयमा अध्ययनरत छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावकले रोजगार गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् <input type="checkbox"/> पूर्णकालीन <input type="checkbox"/> आंशिक <input type="checkbox"/> सत्रकालीन <input type="checkbox"/> अवकास प्राप्त <input type="checkbox"/> अपाङ्ग रोजगार गर्नुहुन्छ भने हप्ताको कति घण्टा गर्नुहुन्छ? _____	आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यको सेनाको रूपमा तैनात छन्? <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यका भूतपूर्व सैनिक हुन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक रोजगारमुलक प्रशिक्षण वा विद्यालयमा अध्ययनरत छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावकले रोजगार गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् <input type="checkbox"/> पूर्णकालीन <input type="checkbox"/> आंशिक <input type="checkbox"/> सत्रकालीन <input type="checkbox"/> अवकास प्राप्त <input type="checkbox"/> अपाङ्ग रोजगार गर्नुहुन्छ भने हप्ताको कति घण्टा गर्नुहुन्छ? _____
तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ ? _____	तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ ? _____
शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> जोड्डी	शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> जोड्डी
आफ्नो परिवारलाई आवश्यक सहायता प्राप्त गर्न, कृपया तपाईंसँग भएका आफू र/वा आफ्नो परिवारका सरोकारका सबै विषयहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्। <input type="checkbox"/> अपाङ्गता/काम गर्न नसक्ने <input type="checkbox"/> काम/रोजगारी <input type="checkbox"/> परिवार वा साथीहरूबाट कम सहयोग पाएको वा कुनै पनि सहयोग नपाएको <input type="checkbox"/> लागुपदार्थ/मदयपान सम्बन्धी समस्याहरू <input type="checkbox"/> सिक्नमा कठिनाई <input type="checkbox"/> आप्रवासी/शरणार्थी (विगत 3 वर्षदेखि) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या <input type="checkbox"/> बीमा कभरेज <input type="checkbox"/> प्रियजन गुमाएको/शोक <input type="checkbox"/> अभिभावक(हरू) जेलमा परेको <input type="checkbox"/> पारिवारिक हिंसा <input type="checkbox"/> आवास <input type="checkbox"/> कानुनी मुद्दाहरू <input type="checkbox"/> सेनामा तैनात भएको (हाल वा अघिल्लो वर्षमा) <input type="checkbox"/> अध्यागमन <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य, प्रसवपछि उदासी, चिन्ता, उदासी, पीटीएसडी <input type="checkbox"/> विगतमा सीपीएसमा संलग्न <input type="checkbox"/> विगत 12 महिनामा घरबारविहीन भएको (अहिले होइन)	
हाम्रो कार्यक्रमको बारेमा तपाईंले कसरी थाहा पाउनुभयो? <input type="checkbox"/> एजेन्सीबाट सिफारिस: _____ <input type="checkbox"/> अन्य: _____	

मैले मलाई ज्ञान भए अनुसार सकेसम्म सही जवाफ दिएको छु। मैले प्रदान गरेको जानकारी प्रारम्भिक कक्षा (अर्ली लर्निङ) कार्यक्रमहरूका निम्ति मेरो बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ। तपाईंले आवेदन फाराममा भर्नुभएको जानकारीलाई गोपनीय राखिन्छ र तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न मात्रै प्रयोग गरिन्छ। हामी यो जानकारी अध्यागमन विभाग वा अन्य सरकारी अधिकारीहरूलाई दिदैनौं।

आमाबुवा/अभिभावक दस्तखत: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>	<b>STAFF ONLY</b>
Date received: _____ Date sent to PSESD: _____ Site ID/Name: _____	Child's Name: _____ <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 Date FSS contacted family to review Application: _____	