

# 2017-2018 гг. Как подать заявление о зачислении в программы обучения детей младшего возраста, проводимые школьным округом Пьюджет Саунд (Puget Sound ESD Early Learning Programs)

## 2017-2018 How to Apply for Puget Sound ESD Early Learning Programs



Благодарим вас за то, что вы подали заявление на участие в программе обучения детей младшего возраста, проводимой школьным округом Пьюджет Саунд (Puget Sound Educational Service District Early Learning Program). Мы обслуживаем семьи, которые испытывают наибольшую потребность в этом. Мы ценим разнообразие и приглашаем детей и семьи любой расы, этнического происхождения, культуры, возможностей, языка, сексуальной ориентации, религии или любой другой личной идентичности.

Чтобы дать нам возможность должным образом установить соответствие критериям программы, просим ответить на все вопросы, исходя из известной вам информации. Ответы будут использованы для определения очередности отбора в программу. Неполные заявления могут послужить причиной задержки в процессе. Если у вас есть вопросы или если вам нужна помощь в заполнении заявления, просим связаться с нами:

**Просим вернуть заполненное заявление вместе со документом, подтверждающим возраст и доходы. Если у вас нет документов, подтверждающих ваши доходы и /или возраст ребёнка, то при**

В качестве свидетельства даты рождения вашего ребёнка может использоваться копия любого из следующих документов:

- Документы об усыновлении
- Свидетельство о рождении
- Биографическая справка о ребёнке
- Судебные документы
- Письмо о разрешении на патронатное воспитание
- Выданные правительством документы, в которых указана дата рождения
- Индивидуальный план обучения или индивидуальный план семейного обслуживания (IEP/IFSP)
- Справка о прививках
- Медицинская карта или документы
- Медицинская справка о рождении/выписки из записей больницы
- Паспорт или виза
- Юридические заверенное заявление об отцовстве
- Школьные документы
- Письмо об участии в Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)

В качестве свидетельства доходов семьи может использоваться копия любого из следующих документов:

- Налоговая декларация за прошлый год
- Форма W2 за прошлый год
- Платёжные квитанции
- Документ от работодателя с указанием общего валового заработка за последние 12 месяцев
- Письмо о выделении социальной помощи (TANF или SSI)
- Письмо о пособии на патронатное воспитание
- Письмо о пособии по безработице
- Заявление/распоряжение о пособии на содержание ребёнка
- Аттестат семьи военнослужащего
- При соблюдении некоторых условий принимаются бездоказательные утверждения

**Просим вернуть это заявление и сопроводительные документы по адресу:**

Сотрудники нашей Программы обучения детей младшего возраста рассмотрят ваше заявление и свяжутся с вами по поводу вашего соответствия критериям программы.

Мы стремимся обеспечить каждой семье равные возможности для участия в программе. В течение года мы ведём активный список ожидания. Поскольку количество мест ограничено, мы не можем предложить место каждой семье в начале учебного года. Однако если после того, как будет определено соответствие критериям, вашего ребёнка сразу не зачислили в программу в начале учебного года, то его/её фамилия останется в списке ожидания. При желании вы можете найти другую программу и при этом остаться в нашем списке ожидания. Вы можете в любое время удалить из списка ожидания фамилию вашего ребёнка. Найти ближайшую к вам программу обучения детей младшего возраста PSESD можно на веб-сайте по адресу

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

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2017 – 2018 гг.



Total Points

## 2017-2018 Early Learning Application

### Раздел А: Сведения о ребенке

Сведения о ребенке	Имя ребенка: _____ Инициал второго имени: ____ Фамилия: _____	<input type="text"/>
	Дата рождения: _____ Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский Телефон: _____	<input type="text"/>
	Адрес: _____ Age <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Название жилого комплекса/номер квартиры: _____ Город: _____ Индекс: _____ (STAFF ONLY)	<input type="text"/>
	На каком языке ребенок говорит дома? _____	<input type="text"/>
	К какой расе/этнической группе вы относите своего ребенка? _____	<input type="text"/>
	Посещал ли ваш ребенок в прошлом году занятия по следующим программам? <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Head Start и/или ECEAP Если да, назовите программу: _____	<input type="text"/>

### Раздел В: Информация о соответствии критериям программы

Сведения о семье	Получает ли ваша семья в настоящее время денежную помощь по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да TANF только для ребенка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Получает ли ваша семья в настоящее время пособие по уходу за ребенком? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Получаете ли вы или член вашей семьи пособие Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Если да, то кто именно: _____ Родственная связь с соискателем: _____	<input type="text"/>
	Касается ли это заявление ребенка, проживающего в патронатной семье? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Проживание у родственников? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Являетесь ли вы в настоящее время бездомным(ой)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)	<input type="text"/>
	Предоставляются ли в настоящее время семье ребенка услуги по линии Службы защиты детей (Child Protective Services, или CPS) или аналогичной программы Охрана здоровья детей индейского происхождения (Indian Child Welfare, или ICW)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
Предоставляются ли в настоящее время семье ребенка услуги по линии программы Family Assessment Response («Анализ и реагирование на ситуацию в семье», или FAR)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>	
Доход домохозяйства за последний календарный год или последние 12 месяцев: _____	<input type="text"/>	
Количество людей в домохозяйстве: _____ Укажите возраст детей: _____	<input type="text"/>	

### Раздел С: Сведения о здоровье и развитии

Сведения о ребенке	Было ли у вашего ребенка <b>ДИАГНОСТИРОВАНО</b> врачом какое-либо из следующих заболеваний? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Если да, отметьте все соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Респираторные (астма, РСВЧ, реактивные заболевания дыхательных путей, др.) <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Сердечные заболевания <input type="checkbox"/> Пищевая аллергия (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Трудности с глотанием <input type="checkbox"/> Непищевая аллергия (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Другое (перечислите): _____	<input type="text"/>
	Есть ли у вашего ребенка другие проблемы со здоровьем? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Если да, отметьте все соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Питание и/или особая диета <input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (5,5 или менее фунтов) <input type="checkbox"/> Глух <input type="checkbox"/> Зубные боли/Кариес/Кровоточивость десен <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Психическое здоровье <input type="checkbox"/> Влияние наркотиков/алкоголя <input type="checkbox"/> Пищевая непереносимость (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Другие проблемы со здоровьем (перечислите): _____	<input type="text"/>
	Есть ли у вашего ребенка медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Если да, какого типа: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная <input type="checkbox"/> Indian Health («Здравоохранение индейцев») <input type="checkbox"/> Другая: _____	<input type="text"/>
	Есть ли у вашего ребенка стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>
	Если да, какого типа: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная <input type="checkbox"/> Indian Health («Здравоохранение индейцев») <input type="checkbox"/> Другая: _____	<input type="text"/>
	Происходило ли с вашим ребенком следующее (отметьте все подходящие варианты): <input type="checkbox"/> Жестокое обращение/отсутствие заботы <input type="checkbox"/> Патронатное воспитание <input type="checkbox"/> Просьба покинуть детское учреждение в связи с проблемами с поведением	<input type="text"/>
	Есть ли у вашего ребенка особые потребности? (Отметьте, какие именно): <input type="checkbox"/> Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) <input type="checkbox"/> Индивидуальный план обучения (IEP) Дата начала: _____ Дата окончания: _____ <input type="checkbox"/> Диагностированная инвалидность <input type="checkbox"/> Участие в программе Early Intervention Birth to 3 за последние 6 месяцев	<input type="text"/>
Беспокоит ли вас что-то еще в развитии ребенка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="text"/>	
Если да, отметьте все соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Речь/артикуляция (издает посторонние звуки, говорит с задержкой, неразборчивая речь и/или трудности с пониманием других) <input type="checkbox"/> Тонкая моторика (хватание, рисование, письмо и/или одевание) <input type="checkbox"/> Поведение (дерется, кусается, впадает в истерику и/или не идет на контакт) <input type="checkbox"/> Крупная моторика (ходьба, лазание, бросание, кружение, отсутствие зрительного контакта, потеря навыков) <input type="checkbox"/> Другие проблемы: _____	<input type="text"/>	

**Раздел D: Сведения о семье**

	Ребенок проживает с: <input type="checkbox"/> Одним родителем/опекуном <input type="checkbox"/> Двумя родителями/опекунами		
	Родственная связь родителей/опекунов с заявителем: <input type="checkbox"/> Патронатные родители <input type="checkbox"/> Дедушка и/или бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Биологический(ие)/приемный(ые) родитель(и) <input type="checkbox"/> Отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Другое:		
<b>Сведения о родителях/опекунах</b>	<b>Родитель/опекун</b> <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Прочие	<b>Родитель/опекун</b> <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Прочие	
	ФИО: _____	ФИО: _____	
	Адрес — если отличается от адреса проживания ребенка: _____	Адрес — если отличается от адреса проживания ребенка: _____	
	Являетесь ли вы родителем-подростком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Являетесь ли вы родителем-подростком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	
	Дополнительный номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	Дополнительный номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	
	Адрес эл. почты: _____	Адрес эл. почты: _____	
	Дата рождения: _____ / _____ / _____ <small>Месяц / День / Год</small>	Дата рождения: _____ / _____ / _____ <small>Месяц / День / Год</small>	
	Находится ли родитель/опекун на действительной воинской службе США? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Находится ли родитель/опекун на действительной воинской службе США? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	Является ли родитель/опекун бывшим военнослужащим США? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Является ли родитель/опекун бывшим военнослужащим США? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Проходит ли родитель/опекун профессиональное или академическое обучение? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Проходит ли родитель/опекун профессиональное или академическое обучение? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
Трудоустроен ли родитель/опекун? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> На полную ставку <input type="checkbox"/> На неполную ставку <input type="checkbox"/> Сезонный работник <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Инвалид	Трудоустроен ли родитель/опекун? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> На полную ставку <input type="checkbox"/> На неполную ставку <input type="checkbox"/> Сезонный работник <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Инвалид		
Если трудоустроен, то сколько часов в неделю? _____	Если трудоустроен, то сколько часов в неделю? _____		
Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
На каких языках вы говорите? _____	На каких языках вы говорите? _____		
Уровень образования (отметьте наивысшее из оконченных) <input type="checkbox"/> 6 классов или меньше <input type="checkbox"/> Среднее образование <input type="checkbox"/> 7 классов <input type="checkbox"/> Колледж/повыш. квалификации <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат о повышении квалификации <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> 12 классов (без диплома) <input type="checkbox"/> GED («Свидетельство о среднем образовании»)	Уровень образования (отметьте наивысшее из оконченных) <input type="checkbox"/> 6 классов или меньше <input type="checkbox"/> Среднее образование <input type="checkbox"/> 7 классов <input type="checkbox"/> Колледж/повыш. квалификации <input type="checkbox"/> 8 классов <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат о повышении квалификации <input type="checkbox"/> 9 классов <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> 10 классов <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 классов <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> 12 классов (без диплома) <input type="checkbox"/> GED («Свидетельство о среднем образовании»)		
Чтобы ваша семья получила оптимальную помощь, отметьте все вопросы, которые вызывают у вас беспокойство и касаются вас и(или) вашей семьи. <input type="checkbox"/> Инвалидность/неспособность работать <input type="checkbox"/> Работа/трудоустройство <input type="checkbox"/> Мало/нет поддержки от родных и друзей <input type="checkbox"/> Проблемы с алкоголем/наркотиками <input type="checkbox"/> Затруднения в учёбе <input type="checkbox"/> Иммигрант/беженец (за последние 3 года) <input type="checkbox"/> Здоровье <input type="checkbox"/> Медицинская страховка <input type="checkbox"/> Утрата/горе <input type="checkbox"/> Родитель(и) в тюрьме <input type="checkbox"/> Насилие в семье <input type="checkbox"/> Жилье <input type="checkbox"/> Юридические проблемы <input type="checkbox"/> Дислокация в связи с военной службой (текущая или в прошлом году) <input type="checkbox"/> Иммиграция <input type="checkbox"/> Психическое здоровье, послеродовая депрессия, тревожность, депрессия, ПТСР <input type="checkbox"/> Участие в программе CPS в прошлом <input type="checkbox"/> Бездомность в течение последних 12 месяцев (но не в настоящее время)			
Как вы узнали о нашей программе? <input type="checkbox"/> По направлению агентства: _____ <input type="checkbox"/> Другое: _____			

Я ответил на данные вопросы, исходя из известной вам информации. На основе предоставленной информации будет определяться соответствие моего ребенка критериям программ раннего развития (Early Learning Programs). Информация из этого заявления конфиденциальна и используется ТОЛЬКО для определения соответствия критериям. Мы не передаем информацию иммиграционным или другим правительственным службам.

**Родитель/опекун Подпись:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

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