



Дякуємо за заяву на участь у програмі Early Learning (Ранній розвиток дитини) загальноосвітнього округу П'юджет Саунд. Ми обслуговуємо сім'ї з найбільшими потребами. Ми цінуємо різноманітність і раді вітати дітей та сім'ї будь-якої раси, національності, культури, статі, здібностей, мови, сексуальної орієнтації, віросповідання чи будь-яку іншу особистісну ідентичність.

Щоб належним чином забезпечити відповідність вимогам, дайте відповідь на всі питання в міру своїх знань. Відповіді будуть використані для визначення пріоритету відбору для участі в програмі. Неповні заяви можуть затримати процес. Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога в заповненні цієї заяви, будь-ласка, зв'яжіться із нами:

Поверніть заповнену заяву разом з підтвердженням віку та документами про доходи. Якщо ви не маєте підтвердженень вашого доходу та (або) віку вашої дитини, самостійно задекларовані заяви приймаються за деяких умов.

Копія одного з наступних документів може бути використана як підтвердження дати народження вашої дитини:

- Документі всиновлення або удочеріння
- Свідоцтво про народження
- Відомості про дитину
- Судові документи
- Лист-дозвіл на патронатне виховання
- Урядовий документ з датою народження
- Індивідуальний план навчання або індивідуальний план обслуговування сім'ї (IEP/IFSP)
- Картка обліку щеплень
- Медична картка або документація
- Медичний звіт про народження/карта стаціонарного хворого
- Паспорт або віза
- Аффідевіт про батьківство
- Данні зі школи
- Лист призначення допомоги TANF

Копія наступних документів може бути використана як підтвердження доходів вашої сім'ї:

- Податкова декларація за минулий рік
- Форма W2 за минулий рік
- Корінець платіжних чеків
- Заява роботодавця із загальним обсягом загального заробітку за останні 12 місяців
- Лист призначення державної допомоги (TANF або SSI)
- Лист допомоги з патронатного виховання
- Лист допомоги з безробіття
- Ваява/замовлення допомоги на дитину
- Військова допомога родині на дітей
- Самостійно задекларовані заяви приймаються за деяких умов

Поверніть цю заяву та супровідні документи до:

Представники програми Early Learning опрацюють вашу заяву і зв'яжуться з вами з приводу права на участь у програмі.

Ми прагнемо забезпечити рівні можливості для всіх сімей щодо зарахування до програми. Ми зберігаємо списки тих, хто чекає на свою чергу, протягом року. Через обмеженість кількості місць ми не можемо запропонувати реєстрацію кожній родині на момент початку навчального року. Проте після визначення відповідності вимогам, якщо ваша дитина не відразу обрана на початку навчального року, її ім'я залишатиметься в листі очікування. Ви можете шукати іншу програму або залишатися в нашому листі очікування. Ви можете видалити ім'я вашої дитини з листа очікування в будь-який час. Детальна інформація про програму Early Learning знаходиться на сайті

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

Розділ А: Відомості про дитину

Відомості про дитину	Ім'я дитини: _____ По батькові (ініціали): _____ Прізвище: _____	<input type="checkbox"/>
	Дата народження: _____ Стать: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча Телефон: _____	<input type="checkbox"/>
	Адреса: _____ Age _____ (STAFF ONLY)	<input type="checkbox"/>
	Назва/номер квартири: _____ Місто: _____ Індекс: _____	<input type="checkbox"/>
	На якій мові дитина розмовляє вдома? _____	<input type="checkbox"/>
	Як ви визначаєте етнічну чи расову приналежність вашої дитини? _____	<input type="checkbox"/>
Протягом минулого року ваша дитина відвідувала наступні програми? <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Head Start та (або) ECEAP	<input type="checkbox"/>	
Якщо так, назвіть програму: _____	<input type="checkbox"/>	

Розділ В: Відповідність критеріям програми

Відомості про родину	Чи отримує ваша родина в цей час грошову допомогу TANF (термінова допомога нужденним сім'ям)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так TANF тільки на дитину? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/>
	Чи отримує ваша родина в цей час допомогу з догляду за дитиною? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/>
	Чи отримуєте ви або хтось із членів вашої родини допомогу SSI (додатковий дохід соціального захисту)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, хто саме: _____ Родинний зв'язок зі здобувачем: _____	<input type="checkbox"/>
	Це заява з приводу дитини, що мешкає у патронатній родині? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Мешкає в родичів? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так (FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)	<input type="checkbox"/>
	Чи страждаєте ви в даний час через відсутність житла? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/>
	Родина дитини в цей час одержує послуги служби захисту дітей (Child Protective Services, CPS) або аналогічні послуги індійської служби охорони дитинства (Indian Child Welfare, ICW)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/>
Чи ведеться в цей час із родиною дитини робота по лінії програми реагування на оцінки родин (Family Assessment Response, FAR)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/>	
Доход родини за минулий календарний рік або останні 12 місяців: _____	<input type="checkbox"/>	
Кількість людей у домогосподарстві: _____ Укажіть вік дітей: _____	<input type="checkbox"/>	

Розділ С: Відомості про здоров'я та розвиток

Відомості про дитину	Чи ставили вашій дитині в медичному закладі один із наступних ДІАГНОЗІВ ? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, позначте всі відповідні пункти: <input type="checkbox"/> Респіраторні захворювання (астма, RSV, RAD, інше) <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Корчі <input type="checkbox"/> Серцеві захворювання <input type="checkbox"/> Харчова алергія (переліchte): _____ <input type="checkbox"/> Ковтання <input type="checkbox"/> Нехарчова алергія (переліchte): _____ <input type="checkbox"/> Інше (переліchte): _____	<input type="checkbox"/>
	Чи є у вашої дитини будь-які інші проблеми зі здоров'ям? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, позначте всі відповідні пункти: <input type="checkbox"/> Харчова та/або особлива дієта <input type="checkbox"/> Мала вага при народженні (2500 г або менше) <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Зубний біль/карієс/ясна, що кровоточать <input type="checkbox"/> Зір <input type="checkbox"/> Психічне здоров'я <input type="checkbox"/> Схильність до наркотиків/алкоголю <input type="checkbox"/> Харчова непереносимість (переліchte): _____ <input type="checkbox"/> Інші проблеми зі здоров'ям (переліchte): _____	<input type="checkbox"/>
	Чи є у вашої дитини медична страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, якого типу: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Приватна <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/>
	Чи є у вашої дитини стоматологічна страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, якого типу: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Приватна <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/>
	Чи відбувалося з вашою дитиною наступне (позначте всі відповідні варіанти): <input type="checkbox"/> Жорстоке поводження/відсутність турботи <input type="checkbox"/> Попереднє патронатне виховання <input type="checkbox"/> Прохання покинути дитячу установу у зв'язку з поведінкою	<input type="checkbox"/>
	Чи є у вашої дитини особливі потреби? (Позначте, які саме): <input type="checkbox"/> Індивідуальний план обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP) <input type="checkbox"/> Індивідуальний план навчання (Individualized Education Plan, IEP) Дата початку: _____ Дата закінчення: _____ <input type="checkbox"/> Діагностована інвалідність <input type="checkbox"/> Участь у програмі Early Intervention Birth для малюків від народження до 3 років за останні 6 місяців	<input type="checkbox"/>
	Чи є у вас побоювання з приводу розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, позначте всі відповідні пункти: <input type="checkbox"/> Мовлення (видає сторонні звуки, говорить із затримкою, нерозбірливе мовлення та/або труднощі з розумінням інших) <input type="checkbox"/> Дрібна моторика (хапання, малювання, письмо та/або вдягання) <input type="checkbox"/> Поведінка (б'ється, кусається, впадає в гнів та/або не йде на контакт) <input type="checkbox"/> Груба моторика (ходьба, лазіння, кидання, крутіння, відсутність зорового контакту, втрата навичок) <input type="checkbox"/> Інші проблеми: _____	<input type="checkbox"/>

Розділ D: Відомості про родину

Дитина проживає з: <input type="checkbox"/> Одним з батьків/опікуном <input type="checkbox"/> Обома батьками/опікунами		
Родинний зв'язок батьків/опікунів зі здобувачем: <input type="checkbox"/> Патронатні батьки <input type="checkbox"/> Дідусь/бабуся <input type="checkbox"/> Тітка/дядько <input type="checkbox"/> Біологічні/прийомні батьки <input type="checkbox"/> Вітчим/мачуха <input type="checkbox"/> Інше:		
Батько (мати)/опікун <input type="checkbox"/> Мати <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше	Один з батьків/опікун <input type="checkbox"/> Мати <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше	
Ім'я: _____	Ім'я: _____	
Адреса – якщо відрізняється від адреси проживання дитини: _____	Адреса – якщо відрізняється від адреси проживання дитини: _____	
Ви неповнолітній батько (мати)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Ви неповнолітній батько (мати)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Основний номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень	Основний номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень	
Додатковий номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень	Додатковий номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень	
Адреса ел. пошти: _____	Адреса ел. пошти: _____	
Дата народження: _____ / _____ / _____ Місяць День Рік	Дата народження: _____ / _____ / _____ Місяць День Рік	
Батько (мати) або опікун перебуває на дійсній військовій службі США? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Батько (мати) або опікун перебуває на дійсній військовій службі США? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
Батько (опікун) є ветераном збройних сил США? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Батько (опікун) є ветераном збройних сил США? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
Батько (мати) або опікун проходить виробниче навчання або вчиться в навчальному закладі? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Батько (мати) або опікун проходить виробниче навчання або вчиться в навчальному закладі? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
Батько (мати) або опікун працевлаштований? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Батько (мати) або опікун працевлаштований? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
<input type="checkbox"/> Повна зайнятість <input type="checkbox"/> Часткова зайнятість <input type="checkbox"/> Сезонна робота	<input type="checkbox"/> Повна зайнятість <input type="checkbox"/> Часткова зайнятість <input type="checkbox"/> Сезонна робота	
<input type="checkbox"/> На пенсії <input type="checkbox"/> Інвалід	<input type="checkbox"/> На пенсії <input type="checkbox"/> Інвалід	
Якщо працевлаштований, укажіть кількість робочих годин на тиждень? _____	Якщо працевлаштований, укажіть кількість робочих годин на тиждень? _____	
Вам потрібен перекладач? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	Вам потрібен перекладач? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
Якими мовами ви розмовляєте? _____	Якими мовами ви розмовляєте? _____	
Рівень освіти (позначте найвищий з закінчених) <input type="checkbox"/> 6 класів чи менше <input type="checkbox"/> Випускник старшої школи <input type="checkbox"/> 7 класів <input type="checkbox"/> Коледж/підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 8 класів <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 9 класів <input type="checkbox"/> Ступінь асистента <input type="checkbox"/> 10 класів <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 класів <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> 12 класів (без диплома) <input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED)	Рівень освіти (позначте найвищий з закінчених) <input type="checkbox"/> 6 класів чи менше <input type="checkbox"/> Випускник старшої школи <input type="checkbox"/> 7 класів <input type="checkbox"/> Коледж/підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 8 класів <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про підвищення кваліфікації <input type="checkbox"/> 9 класів <input type="checkbox"/> Ступінь асистента <input type="checkbox"/> 10 класів <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> 11 класів <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> 12 класів (без диплома) <input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED)	
Щоб забезпечити найкращу підтримку своїй родині, будь ласка, позначте усі проблеми, які стосуються вас та (або) вашої родини. <input type="checkbox"/> Інвалідність/нездатність працювати <input type="checkbox"/> Робота/працевлаштування <input type="checkbox"/> Мало/немає підтримки від рідних та друзів <input type="checkbox"/> Проблеми з алкоголем/наркотиками <input type="checkbox"/> Труднощі в навчанні <input type="checkbox"/> Іммігрант/біженець (останні 3 роки) <input type="checkbox"/> Проблеми зі здоров'ям <input type="checkbox"/> Медична страховка <input type="checkbox"/> Втрата/горе <input type="checkbox"/> Батьки у в'язниці <input type="checkbox"/> Насильство у родині <input type="checkbox"/> Житло <input type="checkbox"/> Правові проблеми <input type="checkbox"/> Перебування на військовій службі (в цей час або в минулому році) <input type="checkbox"/> Імміграція <input type="checkbox"/> Психічне здоров'я, післяпологова депресія, тривожність, депресія, ПТСР <input type="checkbox"/> Минула робота по лінії CPS <input type="checkbox"/> Бездомність протягом минулих 12 місяців (не на даний момент)		
Як ви дізналися про нашу програму? <input type="checkbox"/> По лінії агентства: _____ <input type="checkbox"/> Інше: _____		

Я підтверджую, що усі мої відповіді є вірними, наскільки мені це відомо. На основі наданої інформації буде визначатися відповідність моєї дитини критеріям програмам раннього розвитку (Early Learning). Інформація із цієї заяви конфіденційна і використовується ТІЛЬКИ для визначення відповідності критеріям. Ми не передаємо інформацію імміграційній або іншим урядовим службам.

Батько (мати)/опікун Підпис: _____ **Дата:** _____

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	
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: _____		

