

## كيفية التقدم للالتحاق ببرامج Puget Sound ESD Early Learning Programs

مرحبًا بك!

يُرجى إكمال مجموعة أوراق طلب التقدم الخاصة بكل طفل مع إرفاق المستندات المطلوبة. سنحافظ على سرية معلوماتك. إننا لا نطلب وضع الهجرة، أو نتحقق منه، ولا نبلغ بشأنه. يتم اتخاذ القرارات بشأن الأهلية لبرامجنا وفقًا إلى سن الطفل، ودخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب. يكتمل العدد في برامجنا بسرعة، لذا يُرجى تقديم الطلب في أقرب وقت ممكن!



يُرجى الاتصال بنا في حال الحاجة إلى مساعدة لإكمال طلب التقدم، أو في حال عدم توفر جميع المستندات المطلوبة لديك.

يُرجى اتباع الخطوات الواردة أدناه:



املا نموذج طلب التقدم باستخدام قلم أسود أو أزرق.



ارفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.



ارفق نسخة من إثبات أحقيتك بالوصاية القانونية.



ارفق نسخة من إثبات دخل أسرتك.



ارفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.

استخدم أحد الخيارات التالية:

- شهادة الميلاد
- جواز/تأشيرة سفر
- أوراق التبنّي
- خطاب اعتماد الرعاية البديلة (فoster كير)
- سجل التطعيمات الحالي

استخدم أحد الخيارات التالية:

- شهادة الميلاد
- جواز/تأشيرة سفر
- أوراق التبنّي
- سجل الرعاية البديلة (فoster كير)
- اتفاقية كتابية مؤرخة وموقعة من كل من الأب والشخص المتولي مسؤولية الرعاية

استخدم كل ما ينطبق:

- إقرار ضريبي يدخل العام الماضي
- نموذج بيان الأجر والضرائب (W-2) للعام الماضي
- أرومات شيكات دفع الأجر خلال الـ 12 شهرًا الماضية
- خطابات مزايا برنامج دخل الضمان التكميلي/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (SSI/TANF) خلال الـ 12 شهرًا الماضية
- منحة الرعاية البديلة (فoster كير)
- نفقة إعالة الطفل
- خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال الـ 12 شهرًا الماضية

استخدم أحد الخيارات التالية:

- إقرار ضريبي يدخل العام الماضي
- عقد إيجار السكن



يُرجى الاتصال بمكتبنا في حال كان لديك أنواع أخرى من الدخل، غير الواردة أعلاه.

يُرجى إعادة طلبك بعد استكمال المستندات إلى:



العنوان:

رقم الهاتف:

كما سيكون من المفيد إرفاق نسخة من سجل تطعيمات طفلك الحالي.

إذا كان طفلك يتبع خطة خدمة الأسرة المنفردة/برنامج التعليم المنفرد (IFSP/IEP)، يُرجى إرفاق نسخة مع الطلب أيضًا.

يُرجى التأكد من إدراج إثبات دخلك. لا يمكننا متابعة طلبك بدون هذه المعلومات.

تذكر أن تعيد طلبك بعد استكمالها في أقرب وقت ممكن! نشكرك لاختيارك لبرامجنا للتعليم المبكر!

STAFF ONLY	Date received:	Site Name/ID:	❖ ELMS Prescreen Questions	☐ + ☉ TOTAL	Child's Age
	Date staff reviewed application with family:	HS/EHS ONLY - Date sent to PSESD:			
	Is this child a newborn taking the mother's slot? ☐ Yes ☐ No If yes, mother's name:	Is this child currently enrolled in a community slot at this center? ☐ Yes ☐ No Is this child's sibling currently enrolled in a community slot at this center? ☐ Yes ☐ No			

سنحافظ على سرية المعلومات الواردة في طلبك وسنستخدم فقط لاتخاذ القرار بشأن أهلية طفلك لبرامج التعليم المبكر لدينا. إننا لا نطلب وضع الهجرة، أو نتحقق منه، ولا نبليغ بشأنه.

معلومات عن الطفل	معلومات عن الطفل	
	❖ الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط: الاسم الأخير:
	❖ تاريخ الميلاد: ____/____/____ الشهر/اليوم/السنة يُرجى إدراج شهادة الميلاد مع هذا الطلب	❖ الجنس:
	يساعدنا جمع المعلومات الواردة أدناه في تحديد الخدمات وطرق الدعم التي تتناسب ثقافة طفلك وأسرته.	
	❖ ما اللغة التي يتم التحدث بها في منزل طفلك؟	_____
	❖ هل طفلك من أصول إسبانية/لاتينية؟ ☐ نعم - يُرجى توضيح أو كتابة بلد الأصل: _____ ☐ لا	_____
	❖ ما هو عرق طفلك؟ ضع علامة على كل ما ينطبق: ☐ أفريقي/أمريكي من أصل أفريقي/أسود البشرة ☐ آسيوي ☐ من سكان ألاسكا الأصليين/الأمريكيين الأصليين/الهنود الأمريكيين ☐ من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين ☐ أبيض البشرة	< يُرجى وصف أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____ < يُرجى وصف أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____ < يُرجى وصف أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____ < يُرجى وصف أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____
	❖ هل سبق لطفلك حضور أيًا من هذه البرامج؟ Head Start ☐ Birth-to-3 Home Visiting Program ☐ Seasonal Head Start/برنامج المهاجرين في أي مكان بواشنطن ☐ Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) ☐ ECEAP ☐ Early Head Start ☐ ☐ لا ☐ Parents as Teachers ☐	متى كان آخر حضور لطفلك؟ _____ اسم البرنامج وموقعه: _____
	❖ هل يخضع طفلك لرعاية رسمية بديلة/رعاية أحد الأقارب؟ (تفويض مقدم الرعاية من قبل الدولة أو القبيلة ينص على أن الطفل يندرج ضمن الرعاية البديلة/رعاية أحد الأقارب) ☐ نعم ☐ لا ☐ هل خضع طفلك للرعاية البديلة/رعاية أحد الأقارب من قبل؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ هل سبق طرد طفلك من مركز رعاية أطفال أو من أحد رياض الأطفال بسبب مشاكل سلوكية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ هل سبق وتعرض طفلك لأي إساءة أو إهمال؟ ☐ نعم ☐ لا	هل سبق وقام أحد مقدمي الرعاية الصحية بتشخيص إصابة طفلك بمرض أو عدة أمراض خطيرة/مزمنة، مثل الربو، أو السكري، أو نوبات، أو أمراض قلب، أو حساسية تهدد الحياة؟ ☐ نعم - يُرجى التوضيح: _____ ☐ لا

معلومات عن الطفل	
<p>هل تشتبه أن طفلك يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة؟  <input type="checkbox"/> نعم - يُرجى التوضيح: _____ <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل يتبع طفلك خطة خدمة الأسرة المنفردة (IFSP) أو خطة التعليم الفردي (IEP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                      إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الإجابة على الأسئلة الآتية مع إدراج نسخة من خطة خدمة الأسرة المنفردة (IFSP) أو خطة التعليم الفردي (IEP) مع هذا الطلب                      &lt; يُرجى وضع علامة أمام جميع فئات IEP/IFSP:</p>	
<input type="checkbox"/> توحد <input type="checkbox"/> صمم-عمى <input type="checkbox"/> تأخر نمائي <input type="checkbox"/> اضطراب انفعالي <input type="checkbox"/> ضعف السمع	<input type="checkbox"/> إعاقة ذهنية <input type="checkbox"/> إعاقات متعددة <input type="checkbox"/> اعتلال في العظام <input type="checkbox"/> اعتلال آخر في الصحة <input type="checkbox"/> إعاقة محددة في مجال التعلم <input type="checkbox"/> خلل في الكلام/اللغة <input type="checkbox"/> إصابة رضحية في المخ <input type="checkbox"/> اعتلال في الرؤية
<p>&lt; هل برنامج التعليم الخاص لسن ما قبل المدرسة أو برنامج الرعاية من الميلاد حتى 3 سنوات متاح/سهل الوصول إليه بالنسبة لك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف</p> <p>هل لديك ملاحظات حول صحة طفلك ونموه؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:  <input type="checkbox"/> السلوك - يُرجى التوضيح: _____  <input type="checkbox"/> الصحة العقلية - يُرجى التوضيح: _____  <input type="checkbox"/> السلوك - يُرجى التوضيح: _____</p>	
<input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> البصر <input type="checkbox"/> ألم أسنان/تسوّس/نزيف اللثة <input type="checkbox"/> متضرر من المخدرات/الكحول	<input type="checkbox"/> حساسية من الأطعمة/نظام غذائي خاص - يُرجى التوضيح: _____ <input type="checkbox"/> الكلام/اللغة <input type="checkbox"/> المهارات الحركية الدقيقة/المهارات الحركية الكبرى <input type="checkbox"/> أخرى - يُرجى التحديد: _____
<p>هل هذا الطفل لديه تأمين صحي؟  <input type="checkbox"/> نعم - أي نوع؟                      &lt; <input type="checkbox"/> بطاقة (ProviderOne)/برنامج (Apple Health) بواشنطن <input type="checkbox"/> تأمين خاص <input type="checkbox"/> تغطية طبية قبلية أو عسكرية  <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل هذا الطفل يذهب إلى أي طبيب أو عيادة بصفة دورية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                      هل خضع هذا الطفل لاختبار سلامة الطفل خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم - اذكر تاريخ آخر اختبار: ____/____/____ <input type="checkbox"/> التاريخ غير معروف  <input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>هل لدى هذا طفل تأمين رعاية الأسنان؟  <input type="checkbox"/> نعم - أي نوع؟                      &lt; <input type="checkbox"/> بطاقة (ProviderOne)/برنامج (Apple Health) بواشنطن <input type="checkbox"/> تأمين خاص <input type="checkbox"/> تغطية خدمات رعاية أسنان قبلية أو عسكرية  <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل هذا الطفل يذهب إلى أي طبيب أسنان أو عيادة أسنان بصفة دورية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                      هل خضع هذا الطفل لفحص الأسنان خلال الستة أشهر الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم - اذكر تاريخ آخر فحص: ____/____/____ <input type="checkbox"/> التاريخ غير معروف  <input type="checkbox"/> لا</p>	

معلومات عن الطفل

معلومات عن الأسرة	
<p>❖ الاسم:                      ❖ صلة القرابة بالطفل:  <input type="checkbox"/> والد طبيعي/والد بالتبني/والد بالرعاية البديلة  <input type="checkbox"/> زوج الأم/زوجة الأب <input type="checkbox"/> أحد الأجداد  <input type="checkbox"/> قريب آخر <input type="checkbox"/> آخر</p>	
<p>❖ تاريخ الميلاد:                      ❖ كم كان عمرك عند ميلاد هذا الطفل؟                      _____/____/____                      الشهر/اليوم/السنة</p>	
<p>❖ العنوان:                      _____</p>	
<p>❖ الهاتف:                      _____ - _____ - _____                      منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/></p>	
<p>❖ رقم هاتف بديل:                      _____ - _____ - _____                      منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/></p>	
<p>❖ الاسم:                      _____</p>	

معلومات عن الأسرة

معلومات عن الأسرة	ولي الأمر/الوصي 1	ولي الأمر/الوصي 2
<p>❖ هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟</p> <p>❖ ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>هل حصلت على شهادة المدرسة الثانوية أو دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)؟</p> <p>ما هي أعلى درجة علمية حصلت عليها؟</p>	<p><input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية</p> <p><input type="checkbox"/> لا توجد - ما هو أعلى صف أكملته؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> قدر من التعليم الجامعي/تدريب متقدم</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة جامعية/شهادة مهنية</p> <p><input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة</p> <p><input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس</p> <p><input type="checkbox"/> درجة الماجستير</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد</p>	<p><input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية</p> <p><input type="checkbox"/> لا توجد - ما هو أعلى صف أكملته؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> قدر من التعليم الجامعي/تدريب متقدم</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة جامعية/شهادة مهنية</p> <p><input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة</p> <p><input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس</p> <p><input type="checkbox"/> درجة الماجستير</p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد</p>
<p>❖ هل تعمل حاليًا؟</p> <p>❖ هل أنت حاليًا في فترة تدريب وظيفي أو في مدرسة؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> متقاعد/معاق</p> <p><input type="checkbox"/> موسمي</p> <p><input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> متقاعد/معاق</p> <p><input type="checkbox"/> موسمي</p> <p><input type="checkbox"/> نعم - كم عدد الساعات أسبوعيًا؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>
<p>❖ هل أنت مشترك في أحد أنشطة برنامج WorkFirst المعتمدة؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المتفق عليها أسبوعيًا: _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح النشاط وعدد الساعات المتفق عليها أسبوعيًا: _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>
<p>هل أنت حاليًا في فترة الخدمة العسكرية الأمريكية؟</p> <p>هل أنت أحد أعضاء الحرس الوطني أو وحدة الاحتياط العسكري؟</p> <p>هل أنت من المحاربين القدامى في الجيش الأمريكي؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>يُرجى اختيار جميع المشكلات التي تقلقك سواء أكانت بشأنك و/أو بشأن أسرتك في منزلك والتي يمكننا مساعدتك فيها:</p>		
<p><input type="checkbox"/> كنت مُشردًا سابقًا (خلال الـ 12 شهرًا الماضية)</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل لديه إعاقة</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل مُرسل حاليًا إلى منطقة قتال، أو كان مرسلًا خلال العام الماضي</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل في السجن</p>	<p><input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة يعاني من مرض عقلي/يحتاج لمشورة نفسية، بما في ذلك الاكتئاب الأمومي.</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل عامل مهاجر</p> <p><input type="checkbox"/> وجود عنف أسري داخل الأسرة (في الماضي أو حاليًا)</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل تعاطي مخدرات/كحول أو إدمان العقاقير داخل الأسرة</p> <p><input type="checkbox"/> تتلقى الأسرة دعم قليل أو معدوم من الأسر الأخرى أو الأصدقاء</p>	<p><input type="checkbox"/> الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل في السكن</p> <p><input type="checkbox"/> شواغل قانونية</p> <p><input type="checkbox"/> مهاجر/لاجئ حديثًا (السنوات الخمس الماضية)</p>
<p><input type="checkbox"/> باقي أفراد الأسرة ليس لديهم تأمين طبي/رعاية الأسنان</p> <p><input type="checkbox"/> باقي أفراد الأسرة ليس لديهم مركز طبي/عبادة أسنان</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل يعاني من مشاكل صحية</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلم</p>		

معلومات عن الأسرة

❖ يعيش الطفل مع:

◀  ولي الأمر/الوصي

◀  الوالدين/الأوصياء في نفس الأسرة

◀  الوالدين/الأوصياء في أسرتين مختلفتين - هل لأسرة منهنهما الأولوية في الحضانة القانونية؟

◀  نعم - أي الوالدين له أولوية الحضانة؟ \_\_\_\_\_

◀  لا - هل يتلقى أحد الوالدين نفقات إعالة الطفل من الطفل الآخر؟

◀  نعم - أي الوالدين يتلقى نفقات إعالة الطفل؟ \_\_\_\_\_

◀  لا

❖ يُرجى سرد الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في منزلك. لا تقم بتضمين نفسك أو طفلك. إذا احتجت لمساحة أكبر، يمكنك الكتابة على ورقة منفصلة وإرفاقها بطلبك.

هل لهذا الشخص صلة قرابة لك عن طريق الدم، أو الزواج، أو التبني؟	هل تتولى دعم هذا الشخص مادياً؟	صلة القرابة بالطفل	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الاسم (الأول والأخير)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

❖ هل هذا الطفل يسكن مع وصي ليس من أحد والديه أو والده بالتبني؟

◀  نعم

◀ هل هذا الشخص يتلقى نفقات من الدولة، أو القبيلة، أو دخل الضمان التكميلي (SSI) بالنيابة عن الطفل؟  نعم  لا

◀  لا

هل تتلقى أنت، أو طفلك، أو أي فرد آخر من أفراد العائلة هذه الأنواع من الدخل؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:

دخل الطفل المكفول

الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

◀ هل هذه للطفل فقط؟  نعم  لا

◀ هل لديك صلة عمل ببرنامج الإعانة المالية لرعاية

الأطفال (Child Care)؟  نعم  لا

❖ إجمالي دخل الأسرة المقدر للعام التقويمي الأخير أو لمدة الـ 12 شهرًا الأخيرة:

يُرجى إدراج إثبات الدخل وعدد أفراد الأسرة مع هذا الطلب.

❖ هل تتلقى أسرتك حاليًا خدمات من قِبل خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)، أو قانون رعاية الطفل الهندي (ICW)؟  نعم  لا

❖ هل أسرتك معتمدة حاليًا لرعاية الطفل من قِبل خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟

نعم - عدد الساعات المتفق عليها أسبوعيًا: \_\_\_\_\_  لا

❖ هل تلقت أسرتك خدمات من قِبل خدمات حماية الطفل (CPS) أو من قانون رعاية الطفل الهندي (ICW) من قبل؟  نعم  لا

❖ ما هو الوضع الحالي لسكن أسرتك؟

إيجار  تملك  أخرى - إذا قمت باختيار هذا، فيرجى إكمال استبيان السكن المرفق

هل تتلقى هذه الأسرة إعانة مالية للسكن، مثل قسيمة إسكان أو إعانة نقدية للسكن؟  نعم  لا

❖ كيف علمت بشأن برنامجنا؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:

موقع إلكتروني  حدث مجتمعي  نشرة إعلانية  الوسائط  تداول شفوي  موظفو الموقع  ولي الأمر السابق

وكالة مجتمعية/عاملين معنيين بهذه الحالات - يُرجى التحديد: \_\_\_\_\_  أخرى - يُرجى التحديد: \_\_\_\_\_

لقد قمت بالإجابة على الأسئلة على حد علمي كما قدمت المستندات المطلوبة المتوفرة لدي.

توقيع ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

## STAFF ONLY: Returning Child Information

Complete if the child is returning for the next program year. Do not reverify income.

<b>Program Year:</b>		<b>Updated Total:</b>	
<b>HS/EHS Only – Date Sent to PSESD:</b>		<b>Site/ID Name:</b>	
<b>CHILD INFORMATION</b>			
<b>Child's Name:</b>		<b>Child's Date of Birth:</b>	
Has the child been diagnosed by a Health Care Provider with one or more serious/chronic health conditions, such as asthma, diabetes, seizures, heart condition, or life-threatening allergies? <input type="checkbox"/> Yes – Please describe: _____ <input type="checkbox"/> No			
Does the family <b>suspect</b> that the child has a developmental delay or disability? <input type="checkbox"/> Yes – Please describe: _____ <input type="checkbox"/> No			
Does the child have a current Individual Family Service Plan (IFSP) or Individual Education Plan (IEP)? <input type="checkbox"/> Yes – Please describe: _____ <input type="checkbox"/> No			
Does the family have concerns about the child's health and development? <input type="checkbox"/> Yes – Please describe: _____ <input type="checkbox"/> No			
Does this child have medical insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does this child have a regular doctor or medical clinic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Does this child have dental insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does this child have a regular dentist or dental clinic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Does the family have new/additional areas of concern? <input type="checkbox"/> Yes – Please describe: _____ <input type="checkbox"/> No			
<b>FAMILY INFORMATION</b>	<b>Parent/Guardian 1</b>	<b>Parent Guardian 2</b>	
Name:			
Relationship to Child:	<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other	
Address (if changed):			
Phone (if changed):	_____-_____-_____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	_____-_____-_____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
Alternate Phone (if changed):	_____-_____-_____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	_____-_____-_____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	
Email Address (if changed):			
Did the parent/guardian receive a high school diploma or GED?	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest <b>grade</b> completed? _____	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest <b>grade</b> completed? _____	
What is the highest <b>degree</b> the parent/guardian completed?	<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None	
Is the parent/guardian currently employed?	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal	
Is the parent/guardian currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No	
Is the parent/guardian on active U.S. military duty?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is the parent/guardian a member of a National Guard or Military Reserve unit?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is the parent/guardian a U.S. military veteran?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
What is the family's current housing situation? <input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Other – Please describe: _____			
<b>Staff Name:</b>		<b>Title:</b>	
<b>Staff Signature:</b>		<b>Date:</b>	

استبيان السكن

اسم الموقع وعنوانه

إذا كنت تمتلك/تستأجر منزلك، فأنت لست بحاجة لإكمال هذا النموذج.

ستساعد الإجابة على هذه الأسئلة في تحديد الخدمات التي يمكن أن يكون هذا الطالب مؤهلاً لتلقيها. يقدم وناقن أما McKinney-Vento Act (يبدو وتنبية) الخدمات والدعم للأطفال والشباب ممن يعانون من التشرد. (يُرجى الاطلاع على الصفحة التالية للمزيد من المعلومات)

إذا كنت لا تمتلك/تستأجر منزلك، يُرجى مشاركة وضعك السكني الحالي. ضع علامة على كل ما ينطبق أدناه:

- في فندق  في مبنى سكني بمرافق غير مناسبة (لا يوجد ماء، أو تدفئة أو كهرباء، وما إلى ذلك)
- في ملجأ  الانتقال من مكان إلى آخر/التجوال
- في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى - يُرجى تحديد واحدة:  بالاختيار
- سيارة، حديقة، مخيم، أو موقع مشابه  بسبب فقدان السكن، أو صعوبات مادية، أو سبب مشابه
- سكن متنقل  أخرى - يُرجى التوضيح:

**STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.**

اسم الطفل:

الأول

الأوسط

الأخير

تاريخ الميلاد:

الشهر/اليوم/السنة

الجنس:

الطفل بمفرده (لا يعيش مع أحد الوالدين أو الوصي القانوني)

الطفل يعيش مع أحد الأبوبين أو مع الوصي القانوني

عنوان السكن الحالي:

رقم الهاتف:

اسم جهة الاتصال:

إنني أقر بموجب العقوبة المحتملة من الحث بالقسم وفقاً لقانون ولاية واشنطن بأن هذه المعلومات المقدمة هنا صحيحة وسليمة.

اسم ولي الأمر/الوصي:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

## القسم 725. تعريفات

لأغراض هذا الباب الفرعي:

(1) تشمل المصطلحات «سجل» و«تسجيل» حضور الصفوف والمشاركة في كافة الأنشطة المدرسية.

(2) مصطلح الأطفال والشباب المشردون —

(أ) تعني الأفراد الذين يفتقرون إلى مكان إقامة ليلية ثابت، ومنتظم، وملئم (وفقاً للمعنى الوارد في القسم (1)(a)(103)؛

و(ب) يشمل —

(1) الأطفال والشباب الذين يتشاركون السكن مع أشخاص آخرين نتيجة لفقدان السكن أو مواجهة صعوبات مالية أو سبب مشابه؛ يعيشون في موتيلات أو فنادق أو مواقف المقطورات أو أراضي التخيم نتيجة لعدم توفر أماكن إقامة بديلة ملائمة، يعيشون في أماكن إيواء للطوارئ أو ملاجئ متنقلة، أو مهجرين في المستشفيات؛

(2) الأطفال والشباب الذين لديهم مكان إقامة ليلية رئيسي عام أو خاص غير مصمم للاستخدام كمسكن عادي للنوم يناسب الإنسان (وفقاً للمعنى الوارد في القسم (C)(2)(a)(103) ؛

(3) الأطفال والشباب الذين يعيشون في السيارات، أو الحدائق، أو الأماكن العامة، أو المباني المهجورة، أو السكن غير اللائق، أو الحافلات أو محطات القطار، أو الأماكن المشابهة،

(4) الأطفال المهاجرون (كما تم تعريف هذا المصطلح في القسم 1309 من قانون التعليم الابتدائي والثانوي لعام 1965) الذين يتم تصنيفهم كمشردين لأغراض هذا الباب الفرعي نظراً لإقامة الأطفال في ظروف تم توضيحها في البنود من (1) إلى (3).

(3) يشمل مصطلح "شباب بدون مرافق" الشباب الذين لا يخضعون للوصاية البدينية من الوالدين أو الوصي.

## مصادر إضافية

يمكن العثور على معلومات عن ولي الأمر والمصادر على الروابط الآتية:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)

<http://www.schoolhouseconnection.org>

### STAFF ONLY

Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child care resources                   | <input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)  |
| <input type="checkbox"/> Clothing resources                     | <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries               |
| <input type="checkbox"/> School supplies                        | <input type="checkbox"/> Food resources                            |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral                | <input type="checkbox"/> Vision referral                           |
| <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources | <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF |
| <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral               | <input type="checkbox"/> Birth certificate                         |
| <input type="checkbox"/> Immunization/medical records           | <input type="checkbox"/> Other:                                    |

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_