

روش ثبت نام در Puget Sound ESD Early Learning Programs

خوش آمدید!

لطفاً برای هر کودک یک بسته ثبت نام مستقل را تکمیل کرده و مدارک مورد درخواست را الحاق کنید. با اطلاعات شما بگونه ای محرمانه برخورد خواهد شد. ما به وضعیت مهاجرتی شما نیازی نداشته، آن را بررسی نکرده و یا گزارش نمی دهیم. واجد شرایط بودن برای برنامه ما بر اساس سن کودک و وضعیت درآمد خانواده و نه بر اساس تاریخی که شما ثبت نام کرده اید تعیین می شود. ظرفیت برنامه های ما به سرعت تکمیل می شوند، بنابراین هر چه سریعتر نسبت به ثبت نام اقدام کنید!



اگر برای پر کردن فرم ثبت نام به کمک احتیاج دارید، یا اگر تمامی مدارک مورد درخواست را در اختیار ندارید با ما تماس بگیرید.

لطفاً مراحل زیر را دنبال کنید:



- | | | | |
|---|---|--|--|
| <p>فرم ثبت نام را با خودکار آبی یا مشکی پر کنید.</p> <p>یک کپی از مدارک اثبات کننده تاریخ تولد کودک خود را به فرم الصاق کنید.</p> <p>برای اینکار از یکی از این مدارک استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> شناسنامه گذرنامه/ویزا برگه های کفالت نامه اجازه نگهداری از کودک سوابق فعلی واکسیناسیون | <p>یک کپی از مدارک اثبات کننده قیّم بودن قانونی خود را الصاق کنید.</p> <p>برای اینکار از یکی از این مدارک استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> شناسنامه گذرنامه/ویزا برگه های کفالت سوابق اجازه نگهداری از کودک توافقتنامه کتبی امضاء شده و دارای تاریخ از طرف والدین و فردی که مسئولیت نگهداری از کودک را به عهده می گیرد | <p>یک کپی از مدارک اثبات کننده وضعیت درآمد خانواده خود را الصاق کنید.</p> <p>تمامی موارد زیر که در دسترس دارید را ارائه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> برگه اظهارنامه مالیاتی سال قبل فرم W-2 سال قبل رسیدهای پرداخت های انجام شده به شما در 12 ماه گذشته نامه های مزایای SSI/TANF در خلال 12 ماه گذشته اجازه نامه نگهداری از کودک پرداخت های انجام شده برای نگهداری از کودک نامه استخدام که در آن مجموع حقوق ناخالص شما در 12 ماه گذشته ذکر شده باشد | <p>یک کپی از مدارک اثبات کننده تعداد افراد خانواده خود را الصاق کنید.</p> <p>برای اینکار از یکی از این مدارک استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> برگه اظهارنامه مالیاتی سال قبل اجازه نامه منزل |
|---|---|--|--|



در صورتی که انواع دیگری از درآمد را دریافت می کنید که در بالا ذکر نشده است، با دفتر ما تماس بگیرید.

فرم تکمیل شده و مدارک را به این آدرس برای ما ارسال کنید:



نشانی:

شماره تلفن:

ارسال سوابق فعلی واکسیناسیون فرزند خود نیز بسیار مفید خواهد بود.

اگر فرزند شما در حال حاضر دارای IFSP یا IEP می باشد، لطفاً یک نسخه از برگه ثبت نام آنها را نیز به مدارک مربوطه الصاق کنید.

لطفاً اطمینان حاصل کنید که مدارک اثبات کننده میزان درآمد خود را ارائه نمایید. ما بدون این اطلاعات قادر به پردازش فرم درخواست شما نخواهیم بود.

فراموش نکنید که فرم درخواست ثبت نام تکمیل شده خود را هر چه سریعتر ارسال کنید! یا تشکر از شما برای انتخاب Early Learning Programs ما!

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			

با اطلاعات ارائه شده در درخواست ثبت نام شما چگونه ای خصوصی و محرمانه برخورد شده و از آنها فقط برای تعیین واجد شرایط بودن فرزند شما برای Early Learning Programs استفاده می شود. ما به وضعیت مهاجرتی شما نیازی نداشته، آن را بررسی نکرده و یا گزارش نمی دهیم.

معلومات عن الطفل	مشخصات کودک	
	❖ نام:	حرف اول نام میانی: نام خانوادگی:
	❖ تاریخ تولد: ____/____/____ ماه/روز/سال	❖ جنسیت:
	لطفا مدارک اثبات کننده تاریخ تولد را نیز به همراه این فرم ثبت نام ارائه کنید	
	جمع آوری اطلاعات زیر به ما کمک می کند تا مناسب ترین و منحصر به فردترین خدمات و پشتیبانی های فرهنگی برای فرزند و خانواده شما ارائه کنیم.	
	❖ زبان مادری فرزند شما چیست؟	_____
	❖ آیا فرزند شما اسپانیایی / لاتین تبار می باشد؟	_____
	☐ بلی - لطفا کشور مبداء را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید:	_____
	☐ خیر	_____
	❖ نژاد فرزند شما چیست؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:	_____
☐ آفریقایی/آفریقایی-آمریکایی/سیاه پوست	_____	
☐ آسیایی	_____	
☐ بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست	_____	
☐ بومی هاوایی یا ساکن جزایر اقیانوس آرام	_____	
☐ سفیدپوست	_____	
☐ لطفاً کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید:	_____	
در صورتی که نژاد فرزند شما در بالا ذکر نشده است، لطفا در اینجا درباره آن توضیح ده:	_____	
آیا فرزند شما در گذشته در هیچکدام از این برنامه ها شرکت کرده است؟		
Head Start ☐	Birth-to-3 Home Visiting Program ☐	
Migrant/Seasonal Head Start ☐	Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) ☐	
ECEAP ☐	Early Head Start ☐	
☐ خیر	Parents as Teachers ☐	
آخرین باری که فرزند شما در یکی از این برنامه ها شرکت کرده چه زمانی بوده؟ نام و مکان برنامه: _____		
❖ آیا فرزند شما تحت مراقبت رسمی پرورشگاهی/خویشاوندی می باشد؟ (یک تائیدیه مراقبت از ایالت یا قبیله که بیان کند که کودک مراقبت رسمی پرور شگاهی/خویشاوندی می باشد)		
☐ بلی	☐ خیر	
☐ بلی	☐ خیر	
آیا هرگز از فرزند شما خواسته شده بخاطر مسائل رفتاری مرکز مراقبت های کودکان یا مرکز پیش دبستانی را ترک کند؟		
☐ بلی	☐ خیر	
آیا فرزند شما بد رفتاری و یا بی توجهی را تجربه کرده است؟		
☐ بلی	☐ خیر	
آیا یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی یک یا چند وضعیت جدی یا مزمن برای سلامتی از قبیل آسم، دیابت، تشنج، بیماری قلبی و یا آلرژی تهدید کننده زندگی را برای فرزند شما تشخیص داده شده است؟		
☐ بلی - لطفا موارد را توضیح دهید:	_____	
☐ خیر	_____	

		مشخصات کودک	<p>آیا مشکوک هستید که فرزند شما دارای تاخیر در رشد و یا معلولیت می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی - لطفا موارد را توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا فرزند شما در حال حاضر دارای طرح خدمات خانوادگی فردی (IFSP) یا طرح آموزش فردی (IEP) می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، به پرسش های زیر پاسخ داده و یک نسخه از IFSP یا IEP را به همراه این فرم درخواست ثبت نام ارائه کنید</p> <p>↳ لطفا تمامی طبقه بندی های IEP/IFSP مربوط به فرزند خود را علامت بزنید:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> معلولیت یادگیری ویژه</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> در خود ماندگی (اوتیسم)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اختلال گفتاری/زبانی</td> <td><input type="checkbox"/> معلولیت های متعدد</td> <td><input type="checkbox"/> کری-کوری</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> آسیب تروماتیک مغز</td> <td><input type="checkbox"/> اختلال ارتوپدی</td> <td><input type="checkbox"/> تاخیر در رشد</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اختلال در بینایی</td> <td><input type="checkbox"/> سایر اختلالات سلامتی</td> <td><input type="checkbox"/> اختلال عاطفی</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> اختلال شنوایی</td> </tr> </table> <p>↳ آیا برنامه آموزش ویژه پیش دبستانی (Special Ed Preschool) یا برنامه از تولد تا 3 سالگی (Birth-to-3 Program) موجود و یا به آسانی برای شما در دسترس می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم</p> <p>آیا نسبت به رشد و وضعیت سلامت فرزند خود نگرانی دارید؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:</p> <p><input type="checkbox"/> وزن کم در هنگام تولد (کمتر از 5.8 پوند) <input type="checkbox"/> سلامت ذهنی - لطفا توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> السلوک - بُرجی التوضیح: _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> عدم تحمل غذا/رژیم غذایی ویژه - لطفا توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> مسائل گفتاری/زبانی</p> <p><input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> دندان درد/پوسیدگی دندان/خونریزی لثه <input type="checkbox"/> مهارت های حرکتی ظریف و کلی</p> <p><input type="checkbox"/> تحت تاثیر قرار گرفتن توسط مشروبات الکلی/مواد مخدر <input type="checkbox"/> سایر موارد - لطفا توضیح دهید: _____</p> <hr/> <p>آیا فرزند شما دارای بیمه درمانی می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی - چه نوع بیمه ای؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی <input type="checkbox"/> پوشش پزشکی ارتشی یا قبیله ای</p> <p>آیا فرزند شما دارای یک پزشک یا کلینک پزشکی ثابت می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا فرزند شما در خلال 12 ماه گذشته در یک آزمون well-child شرکت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی - تاریخ آخرین امتحان ___/___/___ <input type="checkbox"/> تاریخ امتحان مشخص نیست <input type="checkbox"/> خیر</p> <hr/> <p>آیا فرزند شما دارای بیمه دندانپزشکی می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی - چه نوع بیمه ای؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی <input type="checkbox"/> پوشش دندانپزشکی ارتشی یا قبیله ای</p> <p>آیا فرزند شما دارای یک دندانپزشک یا کلینک دندانپزشکی ثابت می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا فرزند شما در 6 ماه اخیر مورد معاینه دندانپزشکی قرار گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بلی - تاریخ معاینه: ___/___/___ <input type="checkbox"/> تاریخ معاینه مشخص نیست <input type="checkbox"/> خیر</p>	<input type="checkbox"/> معلولیت یادگیری ویژه	<input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی	<input type="checkbox"/> در خود ماندگی (اوتیسم)	<input type="checkbox"/> اختلال گفتاری/زبانی	<input type="checkbox"/> معلولیت های متعدد	<input type="checkbox"/> کری-کوری	<input type="checkbox"/> آسیب تروماتیک مغز	<input type="checkbox"/> اختلال ارتوپدی	<input type="checkbox"/> تاخیر در رشد	<input type="checkbox"/> اختلال در بینایی	<input type="checkbox"/> سایر اختلالات سلامتی	<input type="checkbox"/> اختلال عاطفی			<input type="checkbox"/> اختلال شنوایی
<input type="checkbox"/> معلولیت یادگیری ویژه	<input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی	<input type="checkbox"/> در خود ماندگی (اوتیسم)																
<input type="checkbox"/> اختلال گفتاری/زبانی	<input type="checkbox"/> معلولیت های متعدد	<input type="checkbox"/> کری-کوری																
<input type="checkbox"/> آسیب تروماتیک مغز	<input type="checkbox"/> اختلال ارتوپدی	<input type="checkbox"/> تاخیر در رشد																
<input type="checkbox"/> اختلال در بینایی	<input type="checkbox"/> سایر اختلالات سلامتی	<input type="checkbox"/> اختلال عاطفی																
		<input type="checkbox"/> اختلال شنوایی																

مشخصات کودک

	ولی/قیم 2	ولی/قیم 1	اطلاعات خانواده
			❖ نام: _____
	<input type="checkbox"/> ولی حقیقی/سرپرست/پرورشگاه <input type="checkbox"/> ناپدری/نامادری <input type="checkbox"/> پدربزرگ/مادر بزرگ <input type="checkbox"/> سایر اهل فامیل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ولی حقیقی/سرپرست/پرورشگاه <input type="checkbox"/> ناپدری/نامادری <input type="checkbox"/> پدربزرگ/مادر بزرگ <input type="checkbox"/> سایر اهل فامیل <input type="checkbox"/> سایر	❖ رابطه با کودک: _____
	_____/_____/_____ ماه/روز/سال	_____/_____/_____ ماه/روز/سال	❖ تاریخ تولد: _____ وقتی این کودک به دنیا آمد شما چند ساله بودید؟ _____
			❖ نشانی: _____
	_____ - _____ - _____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	_____ - _____ - _____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	❖ تلفن: _____
	_____ - _____ - _____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	_____ - _____ - _____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	❖ شماره تلفن دیگری که با آن بتوان با شما تماس گرفت: _____
			❖ آدرس ایمیل: _____

اطلاعات خانواده

ولی/قیم 2	ولی/قیم 1	اطلاعات مربوط به خانواده						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	❖ آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ ❖ به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟						
<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان <input type="checkbox"/> هیچکدام - بالاترین کلاسی در آن تحصیل کرده اید کدام است؟ _____ <input type="checkbox"/> چند واحد در کالج/آموزش پیشرفته <input type="checkbox"/> مدرک از کالج/مدرک آموزش حرفه ای <input type="checkbox"/> مدرک کاردانی <input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی <input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> هیچکدام	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان <input type="checkbox"/> هیچکدام - بالاترین کلاسی در آن تحصیل کرده اید کدام است؟ _____ <input type="checkbox"/> چند واحد در کالج/آموزش پیشرفته <input type="checkbox"/> مدرک از کالج/مدرک آموزش حرفه ای <input type="checkbox"/> مدرک کاردانی <input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی <input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> هیچکدام	آیا شما دارای مدرک دیپلم با GED هستید؟ بالاترین مدرک تحصیلی شما چیست؟						
<input type="checkbox"/> بلی - چند ساعت در هفته؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بازنشسته/معلول <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/> بلی - چند ساعت در هفته؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی - چند ساعت در هفته؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بازنشسته/معلول <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/> بلی - چند ساعت در هفته؟ _____ <input type="checkbox"/> خیر	❖ آیا در حال حاضر در استخدام هستید؟ ❖ آیا در حال حاضر در یک دوره کار آموزی و یا مدرسه هستید؟						
<input type="checkbox"/> بلی - درباره فعالیت توضیح داده و تعداد ساعت های مورد تائید در هفته را مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی - درباره فعالیت توضیح داده و تعداد ساعت های مورد تائید در هفته را مشخص کنید: _____ <input type="checkbox"/> خیر	❖ آیا شما در یک فعالیت WorkFirst مورد تائید مشارکت دارید؟						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا شما در ماموریت ارتش ایالات متحده به سر می برید؟ آیا شما عضو گارد ملی و یا واحدهای ارتشی ذخیره هستید؟ آیا شما کهنه سرباز ارتش ایالات متحده هستید؟						
لطفا موارد نگرانی که شما درباره خود و یا اعضای خانواده در منزل خود دارید که ما ممکن است بتوانیم در آن زمینه ها به شما کمک کنیم را مشخص کنید:								
<table border="0"> <tr> <td data-bbox="116 1325 643 1535"> <input type="checkbox"/> بیماری روانی/مشاوره در منزل، شامل افسردگی پس از زایمان. <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک کارگر مهاجر می باشند <input type="checkbox"/> خشونت خانگی (در گذشته و یا حال) <input type="checkbox"/> موارد مرتبط با مصرف مواد مخدر/الکل یا سوء استفاده از مواد <input type="checkbox"/> خانواده هیچگونه پشتیبانی یا پشتیبانی کمی از سایر اعضای خانواده یا دوستان دریافت می کنند </td> <td data-bbox="643 1325 1170 1535"> <input type="checkbox"/> بی خانمان بودن قبلی (در 12 ماه قبل) <input type="checkbox"/> معلول بودن والدین یا سرپرست کودک <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک در حال حاضر در یک منطقه جنگی به سر می برد یا در خلال سال گذشته در این وضعیت بوده است <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک محبوس می باشد </td> <td data-bbox="1170 1325 1568 1535"> <input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده هیچگونه بیمه پزشکی یا دندانپزشکی ندارند <input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده دارای هیچگونه مرکز پزشکی یا دندانپزشکی نمی باشند <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک از نگرانی های سلامتی برخوردار می باشد <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک دارای مشکل یادگیری می باشد </td> </tr> <tr> <td data-bbox="116 1535 643 1661"> <input type="checkbox"/> گرفتن یا حفظ یک شغل <input type="checkbox"/> نگرانی در زمینه مسکن و اقامت <input type="checkbox"/> نگرانی های حقوقی <input type="checkbox"/> مهاجر/پناهنده جدید (در 5 سال گذشته) </td> <td colspan="2" data-bbox="643 1535 1568 1661"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> بیماری روانی/مشاوره در منزل، شامل افسردگی پس از زایمان. <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک کارگر مهاجر می باشند <input type="checkbox"/> خشونت خانگی (در گذشته و یا حال) <input type="checkbox"/> موارد مرتبط با مصرف مواد مخدر/الکل یا سوء استفاده از مواد <input type="checkbox"/> خانواده هیچگونه پشتیبانی یا پشتیبانی کمی از سایر اعضای خانواده یا دوستان دریافت می کنند	<input type="checkbox"/> بی خانمان بودن قبلی (در 12 ماه قبل) <input type="checkbox"/> معلول بودن والدین یا سرپرست کودک <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک در حال حاضر در یک منطقه جنگی به سر می برد یا در خلال سال گذشته در این وضعیت بوده است <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک محبوس می باشد	<input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده هیچگونه بیمه پزشکی یا دندانپزشکی ندارند <input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده دارای هیچگونه مرکز پزشکی یا دندانپزشکی نمی باشند <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک از نگرانی های سلامتی برخوردار می باشد <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک دارای مشکل یادگیری می باشد	<input type="checkbox"/> گرفتن یا حفظ یک شغل <input type="checkbox"/> نگرانی در زمینه مسکن و اقامت <input type="checkbox"/> نگرانی های حقوقی <input type="checkbox"/> مهاجر/پناهنده جدید (در 5 سال گذشته)		
<input type="checkbox"/> بیماری روانی/مشاوره در منزل، شامل افسردگی پس از زایمان. <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک کارگر مهاجر می باشند <input type="checkbox"/> خشونت خانگی (در گذشته و یا حال) <input type="checkbox"/> موارد مرتبط با مصرف مواد مخدر/الکل یا سوء استفاده از مواد <input type="checkbox"/> خانواده هیچگونه پشتیبانی یا پشتیبانی کمی از سایر اعضای خانواده یا دوستان دریافت می کنند	<input type="checkbox"/> بی خانمان بودن قبلی (در 12 ماه قبل) <input type="checkbox"/> معلول بودن والدین یا سرپرست کودک <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک در حال حاضر در یک منطقه جنگی به سر می برد یا در خلال سال گذشته در این وضعیت بوده است <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک محبوس می باشد	<input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده هیچگونه بیمه پزشکی یا دندانپزشکی ندارند <input type="checkbox"/> سایر اعضای خانواده دارای هیچگونه مرکز پزشکی یا دندانپزشکی نمی باشند <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک از نگرانی های سلامتی برخوردار می باشد <input type="checkbox"/> والدین یا سرپرست کودک دارای مشکل یادگیری می باشد						
<input type="checkbox"/> گرفتن یا حفظ یک شغل <input type="checkbox"/> نگرانی در زمینه مسکن و اقامت <input type="checkbox"/> نگرانی های حقوقی <input type="checkbox"/> مهاجر/پناهنده جدید (در 5 سال گذشته)								

اطلاعات خانواده

اطلاعات خانواده

❖ کودک با فرد/افراد زیر زندگی می کند:

☒ یکی از والدین/یک سرپرست

☐ هر دوی والدین/سرپرستان در یک منزل

☐ هر دوی والدین/سرپرستان در دو خانه - آیا یکی از اعضای خانواده از حق سرپرستی قانونی اصلی برخوردار می باشد؟

☐ بلی - کدام یک از والدین از حق اصلی سرپرستی برخوردار می باشد؟ _____

☐ خیر - آیا یکی از والدین از دیگری مبالغی را برای سرپرستی کودک دریافت می کند؟

☐ بلی - کدام یک از والدین پرداخت های حق سرپرستی را دریافت می کند؟ _____

☐ خیر

❖ لطفا افراد دیگری که در منزل شما زندگی می کنند را مشخص کنید. خود و فرزند خود را در نظر نگیرید.

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، روی یک کاغذ دیگر این مشخصات را ذکر کرده و آن را به همراه فرم درخواست خود ارائه کنید.

نام (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	رابطه با فرزند شما	آیا شما این فرد را از لحاظ مالی پشتیبانی می کنید؟	آیا این فرد با شما رابطه خونی، ازدواجی و یا فرزندخواندگی دارد؟
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر
			☐ بلی ☐ خیر	☐ بلی ☐ خیر

❖ آیا این فرزند با یک سرپرست زندگی می کند که از جمله والدین وی و یا سرپرست نگهداری وی نمی باشد؟

☐ بلی

☐ آیا این فرد از طرف کودک پرداخت ایالتی، قبیله ای یا SSI دریافت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

☐ خیر

آیا شما، فرزند شما یا یکی دیگر از اعضای خانواده شما این نوع درآمد را دریافت می کند؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:

☐ TANF

☐ آیا این مبلغ تنها برای کودک می باشد؟

☐ بلی ☐ خیر

☐ آیا شما از پارانه Working Connections

Child Care Subsidy برخوردار هستید؟

☐ بلی ☐ خیر

❖ میزان تقریبی درآمد منزل در سال تقویمی و یا 12 ماه گذشته:

لطفا مدارک اثبات کننده میزان درآمد و تعداد افراد خانواده را با این فرم درخواست ثبت نام ارائه کنید.

❖ آیا خانواده شما در حال حاضر خدماتی را از طریق Child Protective Services (CPS) و Family Assessment Response (FAR) یا Indian Child Welfare (ICW) دریافت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

❖ آیا خانواده شما در حال حاضر برای دریافت خدمات مراقبتی کودک از طریق CPS یا FAR مورد تائید می باشد؟

☐ بلی - تعداد ساعات مورد تائید در هفته را مشخص کنید: _____ ☐ خیر

❖ آیا خانواده شما در گذشته خدماتی را از CPS یا ICW دریافت کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

❖ وضعیت سکونت فعلی خانواده شما چگونه است؟

☐ اجاره ای ☐ تحت مالکیت ☐ سایر موارد - اگر این مورد را انتخاب کرده اید، لطفا پرشننامه مربوط به محل سکونت را تکمیل کنید

آیا برای این مسکن، پارانه هزینه سکونت، مانند قیض مسکن یا کمک مالی برای مسکن دریافت می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر

❖ از چه طریق از وجود این برنامه آگاه شدید؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:

☐ وب سایت ☐ رویدادی در همسایگی ☐ پوستر ☐ رسانه ☐ از زبان دیگران ☐ کارکنان سایت ☐ یکی از والدین مشارکت کننده از قبل

☐ یک سازمان فعال در جامعه/کارمند مشغول کار بر روی پرونده - لطفا مشخص کنید: _____ ☐ سایر موارد - لطفا _____

اینجانب به پرسش ها با حداکثر میزان اطلاعات خود پاسخ داده و مدارک مورد درخواستی که در دسترس بوده را ارائه کرده ام.

امضاء پدر یا مادر/قیم: _____

تاریخ: _____

(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.

Program Year:		Updated Total:	
HS/EHS Only – Date Sent to PSESD:		Site/ID Name:	
CHILD INFORMATION			
Child's Name:		Child's Date of Birth:	
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 suspect 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			
FAMILY INFORMATION	Parent/Guardian 1	Parent Guardian 2	
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 grade completed? _____	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest grade completed? _____	
What is the highest degree 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: _____			
Staff Name:		Title:	
Staff Signature:		Date:	

پرسشنامه مربوط به مسکن

نام محل و آدرس آن

در صورتی که مالک منزل خود بوده و یا آن را اجاره کرده اید، نیازی به تکمیل این فرم نمی باشد.

پاسخ به این پرسش ها می تواند به تعیین اینکه دانش آموز واجد شرایط دریافت چه خدماتی می باشد کمک کند. قانون McKinney-Vento Act خدمات و پشتیبانی هایی را برای کودکان و نوجوانانی که در معرض بی خانمانی هستند فراهم می کند. (برای اطلاعات بیشتر لطفا صفحه بعد را مطالعه کنید)

در صورتی که مالک منزل خود نبوده و یا آن را اجاره نکرده اید، لطفا وضعیت فعلی اقامت و زندگی خود را با ما به اشتراک بگذارید. همه موارد زیر که مصداق دارند را علامت بزنید:

- اقامت در یک متل
- اقامت در یک پناهگاه
- اقامت در خانه یا آپارتمان فردی دیگر با یک خانواده دیگر - لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:
- به اختیار
- به دلیل از دست رفتن مسکن، مشکلات اقتصادی یا دلایل مشابه
- در مکانی با امکانات ناکافی (بدون آب، امکانات گرمایی، برق و غیره)
- نقل انتقال از مکانی به مکان دیگر/ اقامت موقت در منزل دیگران
- اقامت در اتومبیل، کمپ یا مکان های مشابه
- مسکن موقت
- سایر موارد - لطفا توضیح دهید:

STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.

اسم کودک: _____ نام میانی: _____ نام خانوادگی: _____

تاریخ تولد: _____ ماه/روز/سال جنسیت: _____

- کودک فاقد همراه می باشد (با ولی و یا سرپرست قانونی خود زندگی نمی کند)
- کودک با ولی و یا سرپرست قانونی خود زندگی می کند

آدرس محل فعلی سکونت: _____

شماره تلفن: _____ نام فردی که با وی تماس گرفته می شود: _____

اینجانب با اطلاع از جریمه گواهی دروغ بر اساس قوانین ایالت واشنگتن اعلام می دارم که اطلاعات ارائه شده صحیح و حقیقی می باشد.

نام پدر یا مادر/سرپرست: _____

امضای پدر یا مادر/سرپرست: _____

تاریخ: _____

بخش 725. تعاریف

در این بند فرعی:

(1) عبارت های "ثبت نام" و "ثبت نام کردن" شامل حضور در کلاس ها و مشارکت کامل در فعالیت های مدرسه می باشد.

(2) عبارت کودکان و جوانان بی خانمان -

(الف) به معنی افرادی می باشد که از یک محل اقامت در شب ثابت، منظم و مناسب (در چهارچوب معنی ارائه شده در بخش (1)(a)(103) محروم هستند؛ و

(ب) شامل این افراد می شود -

(i) کودکان و جوانانی که به علت از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی یا دلیلی مشابه به صورت اشتراکی با سایر افراد زندگی می کنند؛ به علت فقدان امکانات مناسب برای اقامت در مثل ها، هتل ها، محل پارک تریلرها یا زمین های اردو زنی زندگی می کنند؛ در پناهگاه های اضطراری یا موقتی زندگی می کنند؛ و یا در بیمارستان ها رها شده اند؛

(ii) کودکان و نوجوانانی که دارای یک اقامتگاه اصلی شبانه می باشند که یک محل عمومی یا خصوصی است که به طور معمول به عنوان یک خوابگاه منظم برای انسان ها مورد استفاده قرار نگرفته و به آن منظور نیز طراحی نشده است (در چهارچوب معنی بخش (2)(a)(103)؛

(iii) کودکان یا نوجوانانی که در اتومبیل ها، پارک ها، مکان های عمومی، ساختمان های متروکه، مسکن های زیر استاندارد، ایستگاه های اتوبوس یا قطار، با مکان های مشابه زندگی می کنند؛ و

(iv) کودکان مهاجر (آنگونه که در بخش 1309 قانون Elementary and Secondary Education Act سال 1965 تعریف شده است) که بر مبنای این بند فرعی به عنوان بی خانمان شناخته می شوند زیرا این کودکان در شرایط ذکر شده در بند های (i) تا (iii) زندگی می کنند.

(3) عبارت نوجوانان فاقد همراه شامل نوجوانانی می شود که تحت سرپرستی حقیقی والدین و یا قیم خود قرار ندارند.

منابع اضافی

اطلاعات و منابع مربوط به والدین در این آدرس ها در دسترس می باشند:

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:** _____