

Puget Sound ESD Early Learning Programs के लिए आवेदन कैसे करें

आपका स्वागत है!

कृपया प्रत्येक बच्चे के लिए अलग आवेदन भरें और जरूरी दस्तावेजों को संलग्न करें.

आपकी जानकारी गोपनीय है. हमें आब्रजन की स्थिति की जांच अथवा रिपोर्ट की आवश्यकता नहीं है.

हमारे प्रोग्राम की योग्यता बच्चे की उम्र और परिवार की आय पर तय होती है, न कि आपके द्वारा आवेदन की गई तिथि पर.

हमारे प्रोग्राम के लिए सीटें जल्द भर जाती हैं इसलिए जल्द से जल्द आवेदन दें!



आवेदन भरने में अथवा सभी जरूरी दस्तावेज न होने की स्थिति में मदद के लिए हमसे संपर्क करें.

कृपया नीचे दिए गए चरणों का अनुसरण करें:



काले अथवा नीले कलम का प्रयोग कर आवेदन भरें.



आपके बच्चे की जन्म तिथि का प्रमाण संलग्न करें.



आपके वैध अभिभावक के प्रमाण की कॉपी संलग्न करें.



परिवार की आय के प्रमाणपत्र की कॉपी संलग्न करें.



परिवार के आकार के प्रमाण की प्रतिलिपि संलग्न करें.

इनमें से एक का उपयोग करें:

- जन्म प्रमाणपत्र
- पासपोर्ट/वीजा
- गोदनामा दस्तावेज
- पालक सेवा अधिकार पत्र
- वर्तमान अंशक्रीकरण रिकॉर्ड

इनमें से एक का उपयोग करें:

- जन्म प्रमाणपत्र
- पासपोर्ट/वीजा
- गोदनामा दस्तावेज
- पालक सेवा रिकॉर्ड
- माता-पिता और संरक्षण की जिम्मेदारी लेने वाले व्यक्ति का लिखित समझौते पर हस्ताक्षर तारीख के साथ

जो भी लागू होता है, उपयोग करें:

- पिछले वर्ष का आयकर रिटर्न
- पिछले वर्ष का W-2 फॉर्म
- पिछले 12 महीने की सैलरी का प्रमाण
- पिछले 12 महीने के SSI/TANF लाभ का पत्र
- प्रोत्साहन अनुदान
- बाल समर्थन
- नियोक्ता का पत्र जिसमें आपके पिछले 12 महीने के कुल वेतन का जिक्र हो

इनमें से एक का उपयोग करें:

- पिछले वर्ष का आयकर रिटर्न
- आवास का पट्टा



आप अगर अलग तरह की आय प्राप्त करते हैं, जिसका जिक्र ऊपर नहीं तो हमारे ऑफिस से संपर्क करें.



अपने पूर्ण आवेदन और दस्तावेज को निम्न पते पर लौटाएं:

पता:

फोन नंबर:

आपके बच्चे के वर्तमान अंशक्रीकरण रिकॉर्ड की कॉपी संलग्न करने से मदद मिलेगी.

अगर आपका बच्चा वर्तमान में IFSP/IEP है, तो अपने आवेदन में इसे जरूर संलग्न करें.

कृपया यह सुनिश्चित करें कि आपकी आय का प्रमाण इसमें शामिल है. हम बिना इस जानकारी के आपके आवेदन को आगे नहीं बढ़ा सकते.

जल्द से जल्द अपने पूरे आवेदन को लौटाना न भूलें! हमारे अर्ली हेड स्टार्ट प्रोग्राम को चुनने के लिए शुक्रिया!

अर्ली लर्निंग आवेदन 2018-2019

STAFF ONLY	Date received:	Site Name/ID:	❖ ELMS Prescreen Questions	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this child currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Is this child's sibling currently enrolled in a community slot at this center? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, mother's name:					

आपके आवेदन पर दी गई जानकारी गोपनीय रखी जाएगी और इसका इस्तेमाल सिर्फ हमारे अर्ली लर्निंग प्रोग्राम की योग्यता को परखने के लिए किया जाएगा. हमें आवेदन की स्थिति पर जांच अथवा रिपोर्ट की आवश्यकता नहीं है.

बच्चे की जानकारी	बच्चे की जानकारी	
	❖ पहला नाम:	मध्य नाम: अंतिम नाम:
	❖ जन्म तिथि: ___/___/___ महीना/दिन/साल	❖ लिंग:
	इस आवेदन के साथ जन्म तिथि का प्रमाण संलग्न करें	
	नीचे जुटाई जा रही आपकी जानकारी आपके बच्चे और परिवार के लिए सबसे सांस्कृतिक उचित सेवा और सपोर्ट यूनिट तय करने में हमारी मदद करेगा.	
	❖ आपका बच्चा घर में किस भाषा में बात करता है? _____	
	❖ क्या आपका बच्चा लेटिन-अमेरिकी है? <input type="checkbox"/> हां - कृपया देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं	
	❖ आपके बच्चे का वंश क्या है? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:	
	<input type="checkbox"/> अफ्रीकी/अफ्रीकी अमेरिकी/अश्वेत ➢ जनजाति/देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> एशियाई ➢ जनजाति/देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> अलास्का के मूल निवासी/अमेरिका के मूल निवासी/भारतीय अमेरिकी ➢ जनजाति/देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> हवाई के मूल निवासी या प्रशांत द्वीपीय ➢ जनजाति/देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> श्वेत ➢ जनजाति/देश का नाम लिखें अथवा विवरण दें: _____	
	निम्नलिखित में से कोई न होने पर कृपया अपने बच्चे के वंश का विवरण दें: _____	
क्या आपका बच्चा पूर्व में इस कार्यक्रम से जुड़ा रहा है?		
<input type="checkbox"/> Birth-to-3 Home Visiting Program <input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Parents as Teachers <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> वॉशिंगटन में Migrant/Seasonal Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP <input type="checkbox"/> नहीं		
आपके बच्चे ने आखिरी उपस्थिति कब दर्ज कराई थी? _____ नाम और कार्यक्रम का स्थान: _____		
❖ क्या आपका बच्चा आधिकारिक रूप से पालना सेवा में है? (किसी राज्य/जनजातीय वर्ग के देखभाल सेवा प्राधिकरण जो कहता है कि बच्चा पालने में है)		
<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं ➢ क्या आपका बच्चा पहले पालने में रहा है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
क्या कभी व्यवहार संबंधी समस्या के कारण आपके बच्चे को बाल सेवा केंद्र अथवा प्रीस्कूल छोड़ने के लिए कहा गया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
क्या आपके बच्चे को कभी बुरे बर्ताव अथवा अवहेलना झेलनी पड़ी है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
क्या आपके बच्चे के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने एक या अधिक गंभीर/ गंभीर स्वास्थ्य स्थिति, जैसे अस्थमा, मधुमेह, दौरा, हृदय की बीमारी, जीवन को खतरा वाली एलर्जी का इलाज किया है?		
<input type="checkbox"/> हां - विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं		

बच्चे की जानकारी	बच्चे की जानकारी		
	क्या आपको शक संदेह है कि आपके बच्चे का देर से विकास हो रहा है या विकलांगता है?		
	<input type="checkbox"/> हां - विवरण दें: _____		<input type="checkbox"/> नहीं
	क्या आपके बच्चे के पास व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) अथवा व्यक्तिगत शिक्षा योजना (IEP) है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
	अगर हां, तो सभी सवालों के जवाब दें और IFSP अथवा IEP की कॉपी आवेदन के साथ शामिल करें		
	➤ IEP/IFSP संबंधी सभी श्रेणी को चिह्नित करें:		
<input type="checkbox"/> ऑटिज्म	<input type="checkbox"/> मानसिक अक्षमता	<input type="checkbox"/> कुछ खास चीजों को समझने में कठिनाई	
<input type="checkbox"/> बहरापन-अंधापन	<input type="checkbox"/> बहु अक्षमता	<input type="checkbox"/> बोलने/भाषा संबंधी दुर्बलता	
<input type="checkbox"/> देर से विकास	<input type="checkbox"/> विकलांगता	<input type="checkbox"/> सदमे से मस्तिक में चोट	
<input type="checkbox"/> भावनात्मक परेशानी	<input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य दुर्बलता	<input type="checkbox"/> दृष्टि संबंधी दुर्बलता	
<input type="checkbox"/> श्रवण संबंधी समस्या			
➤ क्या आपको विशेष शिक्षा प्रीस्कूल या बर्थ टू 3 प्रोग्राम उपलब्ध है या आसानी से उपलब्ध है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पता नहीं			
क्या आप अपने बच्चे के स्वास्थ्य और विकास को लेकर चिंतित हैं? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:			
<input type="checkbox"/> जन्म के वक्त कम वजन (5.8 lbs से कम)	<input type="checkbox"/> मानसिक - स्वास्थ्य- कृपया विवरण दें: _____	<input type="checkbox"/> व्यवहार - कृपया विवरण दें: _____	
<input type="checkbox"/> श्रवण संबंधी	<input type="checkbox"/> खास खाद्य पदार्थ से परेशानी/विशेष आहार - कृपया विवरण दें: _____	<input type="checkbox"/> बोली/भाषा	
<input type="checkbox"/> दृष्टि संबंधी		<input type="checkbox"/> दक्षता/कुल दक्षता	
<input type="checkbox"/> दांत दर्द/सड़न/मसूड़ों से खून निकलना		<input type="checkbox"/> अन्य - कृपया विवरण दें: _____	
<input type="checkbox"/> ड्रग्स/शराब प्रभावित			
क्या बच्चे का मेडिकल बीमा है?			
<input type="checkbox"/> हां - किस प्रकार का?			
➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> निजी बीमा <input type="checkbox"/> जनजातीय अथवा मिलिट्री मेडिकल कवरेज			
<input type="checkbox"/> नहीं			
क्या यह बच्चा नियमित रूप से डॉक्टर या मेडिकल क्लिनिक जाता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं			
क्या इस बच्चे ने पिछले 12 महीने में कल्याण संबंधी परीक्षा दी है? <input type="checkbox"/> हां - परीक्षा की तारीख: ____/____/____ <input type="checkbox"/> तारीख ज्ञात नहीं			
<input type="checkbox"/> नहीं			
क्या इस बच्चे का डेंटल बीमा है?			
<input type="checkbox"/> हां - किस प्रकार का?			
➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> निजी बीमा <input type="checkbox"/> जनजातीय अथवा मिलिट्री डेंटल कवरेज			
<input type="checkbox"/> नहीं			
क्या यह बच्चा नियमित रूप से दंत चिकित्सक या डेंटल क्लिनिक जाता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं			
क्या इस बच्चे का पिछले 6 महीने में दंत परीक्षण हुआ है? <input type="checkbox"/> हां - जांच की तारीख: ____/____/____ <input type="checkbox"/> तारीख ज्ञात नहीं है			
<input type="checkbox"/> नहीं			

परिवार का ब्योरा	परिवार का ब्योरा	माता-पिता/अभिभावक 1	माता-पिता/अभिभावक 2
	❖ नाम:		
	❖ बच्चे से रिश्ता:	<input type="checkbox"/> जैविक/गोद लिया हुआ/पालक माता-पिता <input type="checkbox"/> सौतेले माता-पिता <input type="checkbox"/> दादा-दादी/नाना-नानी <input type="checkbox"/> अन्य रिश्तेदार <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> जैविक/गोद लिया हुआ/पालक माता-पिता <input type="checkbox"/> सौतेले माता-पिता <input type="checkbox"/> दादा-दादी/नाना-नानी <input type="checkbox"/> अन्य रिश्तेदार <input type="checkbox"/> अन्य
	❖ जन्म तिथि:	____/____/____ महीना/दिन/साल	____/____/____ महीना/दिन/साल
	इस बच्चे के जन्म के वक्त आपकी उम्र क्या थी?	_____	_____
	❖ पता:		
	❖ फोन:	____-____-____ <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय	____-____-____ <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय
	❖ वैकल्पिक फोन नंबर:	____-____-____ <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय	____-____-____ <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय
	❖ ईमेल पता:		

परिवार का ब्योरा	माता-पिता/अभिभावक 1	माता-पिता/अभिभावक 2
<p>❖ क्या आपको दुभाषिण की आवश्यकता है?</p> <p>❖ आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं?</p>	<p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p>	<p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p>क्या आपके पास हाई स्कूल डिप्लोमा या GED है?</p> <p>आपकी सबसे उच्च डिग्री क्या है?</p>	<p><input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> हाईस्कूल डिप्लोमा <input type="checkbox"/> कोई नहीं – आप की उच्चतम शिक्षा क्या है? _____</p> <p><input type="checkbox"/> किसी कॉलेज से/एडवांस्ड प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> कॉलेज डिग्री/व्यवसायिक सर्टिफिकेट <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>	<p><input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> हाईस्कूल डिप्लोमा <input type="checkbox"/> कोई नहीं – आप की उच्चतम शिक्षा क्या है? _____</p> <p><input type="checkbox"/> किसी कॉलेज से/एडवांस्ड प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> कॉलेज डिग्री/व्यवसायिक सर्टिफिकेट <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> कोई नहीं</p>
<p>❖ क्या आप नौकरीपेशा हैं?</p> <p>❖ क्या आप वर्तमान में नौकरी का प्रशिक्षण ले रहे हैं अथवा स्कूल में हैं?</p>	<p><input type="checkbox"/> हां – हर सप्ताह कितने घंटे? _____ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त/अक्षम <input type="checkbox"/> मियादी</p> <p><input type="checkbox"/> हां – हर सप्ताह कितने घंटे? _____ <input type="checkbox"/> नहीं</p>	<p><input type="checkbox"/> हां – हर सप्ताह कितने घंटे? _____ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त/अक्षम <input type="checkbox"/> मियादी</p> <p><input type="checkbox"/> हां – हर सप्ताह कितने घंटे? _____ <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p>❖ क्या आप एक अनुमोदित WorkFirst गतिविधि में हैं?</p>	<p><input type="checkbox"/> हां – प्रति सप्ताह में मंजूर घंटों की संख्या और गतिविधियों का वर्णन दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं</p>	<p><input type="checkbox"/> हां – प्रति सप्ताह में मंजूर घंटों की संख्या और गतिविधियों का वर्णन दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p>क्या आप पूर्व अमेरिकी मिलिट्री में हैं?</p> <p>क्या आप नैशनल गार्ड और मिलिट्री रिजर्व यूनिट के सदस्य हैं?</p> <p>क्या आप पूर्व अमेरिकी सैनिक हैं?</p>	<p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p>	<p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p>आपसे संबंधित क्षेत्र को चिह्नित करें आप/परिवार ताकि हम आपकी मदद कर सके इस तरह:</p>		
<p><input type="checkbox"/> पहले बेघर थे (पिछले 12 महीनों में)</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के माता-पिता/अभिभावक शारीरिक रूप से अक्षम हैं</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के माता-पिता/अभिभावक वर्तमान में अथवा पिछले एक साल से युद्ध क्षेत्र में तैनात हैं</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के माता-पिता/अभिभावक कैद में हैं</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार के अन्य सदस्यों के पास मेडिकल/डेंटल बीमा नहीं है</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार के अन्य सदस्यों के पास मेडिकल/डेंटल आवास नहीं है</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के मात-पिता/अभिभावक को स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं हैं</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के माता-पिता/अभिभावक कठिनाई से जूझ रहे हैं</p>		
<p><input type="checkbox"/> पारिवारिक मानसिक बीमारी/परामर्श, इसमें मातृक अवसाद भी शामिल है.</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के माता-पिता/अभिभावक प्रवासी कामगार हैं</p> <p><input type="checkbox"/> घरेलू हिंसा (पूर्व अथवा वर्तमान)</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार में ड्रग्स अथवा शराब संबंधी समस्या अथवा बुरा बर्ताव</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार को दूसरे परिवार अथवा मित्रों से थोड़ा या कोई सहयोग नहीं</p> <p><input type="checkbox"/> नौकरी पाना अथवा नौकरी में बने रहना</p> <p><input type="checkbox"/> घर से जुड़ी चिंताएं</p> <p><input type="checkbox"/> कानूनी चिंताएं</p> <p><input type="checkbox"/> हालिया प्रवास/शरणार्थी (पिछले 5 वर्षों से)</p>		

पारिवारिक जानकारी

- ❖ बच्चा इनके साथ रहता है:
 - एक अभिभावक/संरक्षक
 - एक ही घर में दो माता-पिता/अभिभावक
 - दो घरों में दो माता-पिता/अभिभावक – क्या एक परिवार को प्राथमिक वैध संरक्षण प्राप्त है?
 - हां – किस माता-पिता को प्राथमिक संरक्षण मिला हुआ है? _____
 - नहीं – क्या अन्य परिवार से एक माता-पिता बाल सहयोग भुगतान प्राप्त कर रहे हैं?
 - हां – किस माता-पिता को बाल सहयोग भुगतान मिल रहा है? _____
 - नहीं

- ❖ आपके घर में रह रहे अन्य व्यक्ति को दर्ज करें. स्वयं को और बच्चे को न जोड़ें.
अगर आपको और जगह की आवश्यकता है, एक अलग कागज पर लिखें और अपने आवेदन में इसे जोड़ें.

नाम (पहला और आखिरी)	जन्म तिथि (महीना/दिन/साल)	बच्चे के साथ रिश्ता	क्या आप इस व्यक्ति की वित्तीय मदद करते हैं?	क्या इस व्यक्ति से आपके खून का रिश्ता है, शादी या गोद लिया है?
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
			<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं

- ❖ क्या यह बच्चा अपने अभिभावक के साथ रह रहा है जो न उसके माता-पिता हैं और न पालक माता-पिता?
 - हाँ
 - नहीं
 - क्या यह व्यक्ति बच्चे की तरफ राज्य, वर्ग अथवा SSI भुगतान पा रहा है? हां नहीं

क्या आपका बच्चा और परिवार के दूसरे सदस्य इस तरह की आय पा रहे हैं? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:

- TANF विकलांगता के लिए पूरक सुरक्षा आय (SSI) पाल्य शिशु आय
- क्या यह सिर्फ बच्चों के लिए है? हां नहीं
- क्या आपके पास Working Connections Child Care सब्सिडी उपलब्ध है? हां नहीं
- बच्चे के साथ रिश्ता: _____

- ❖ पिछले कैलेंडर वर्ष अथवा पिछले 12 महीनों में कुल अनुमानित घरेलू आय: _____
कृपया अपने आवेदन में परिवार के आकार और आय का प्रमाण शामिल करें.

- ❖ क्या आपके परिवार को वर्तमान में बाल संरक्षण (CPS), परिवार निर्धारण अनुक्रिया (FAR) अथवा भारतीय बाल कल्याण (ICW) की सेवाएं मिली हुई हैं? हां नहीं

- ❖ क्या आपके परिवार को CPS अथवा FAR के तहत बाल संरक्षण की सुविधा मिली हुई है?
 - हां – एक सप्ताह में मंजूर घंटों की संख्या: _____
 - नहीं

- ❖ क्या आपके परिवार को पूर्व में CPS अथवा ICW की सुविधाएं मिली हुई हैं? हां नहीं

- ❖ आपके परिवार की वर्तमान आवासीय स्थिति क्या है?
 - किराये का अपना अन्य – अगर इसे चिह्नित किया है तो दस्तावेज संलग्न करें **आवास से जुड़े सवाल जवाब**

क्या परिवार को सब्सिडी युक्त आवास मिला है, जैसे की आवासीय वाउचर या नगद मदद? हां ना

- ❖ आपको हमारे कार्यक्रम की जानकारी कैसे मिली? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:
 - वेबसाइट सामुदायिक कार्यक्रम विज्ञापन मीडिया लोगों से साइट कर्मचारियों से पूर्व विद्यार्थियों के माता-पिता से
 - सामुदायिक एजेंसी/केस कामगार – कृपया उल्लेख करें: _____ अथवा – विस्तृत विवरण दें: _____

मैंने अपनी जानकारी के मुताबिक सवालों के जवाब दिए हैं और मैंने आवश्यक दस्तावेज उपलब्ध कराए हैं.

माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

(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:	

घर से जुड़े सवाल

साइट का नाम और पता

आपका अपना या किराए का मकान है, आपको इस फॉर्म को पूरा भरने की आवश्यकता नहीं है।

इस सवाल के जवाब से यह तय करने में मदद मिलेगी कि विद्यार्थी इस सेवा को पाने योग्य है या नहीं। McKinney-Vento Act बेघर बच्चों और युवाओं को सेवाएं और सहायता देता है। (कृपया और सूचना के लिए अगले पृष्ठ पर जाएं)

अगर आप अपने या किराए के मकान में नहीं रह रहे तो अपने मौजूदा रिहायश की स्थिति के बारे में बताएं। प्रयोग में आने वाले सभी को चिह्नित करें:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> सराय में | <input type="checkbox"/> अनुपयुक्त सुविधा वाले घर में (पानी, बिजली इत्यादि का अभाव.) |
| <input type="checkbox"/> शरणस्थली में | <input type="checkbox"/> एक जगह से दूसरे जगह जाना/छिपकर रहना |
| <input type="checkbox"/> किसी और के घर और अपार्टमेंट – कृपया एक को चिह्नित करें: | <input type="checkbox"/> कार, पार्क, कैम्प अथवा मिलते-जुलते स्थान पर |
| ➤ <input type="checkbox"/> इच्छा से | <input type="checkbox"/> पारगमन आवास |
| ➤ <input type="checkbox"/> घर बर्बाद हो जाने, आर्थिक विषमता अथवा दोनों वजहें | <input type="checkbox"/> अन्य – कृपया विवरण दें: |

STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.

बच्चे का नाम: _____
पहला _____ मध्य _____ अंतिम _____

जन्म तिथि: _____ लिंग: _____
महीना/दिन/साल

- अकेला बच्चा (बच्चा माता-पिता अथवा वैध अभिभावक के साथ नहीं रह रहा)
 बच्चा माता-पिता अथवा वैध अभिभावक के साथ रह रहा है

वर्तमान आवासीय पता: _____

फोन नंबर: _____ संपर्क का नाम: _____

मैं वॉशिंगटन राज्य के कानून के तहत मिलने वाले दंड के अंतर्गत यह घोषित करता हूं कि मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी सही और सटीक है।

माता-पिता/अभिभावक का नाम: _____

माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____

अनुभाग 725. परिभाषा

इस उपशीर्षक के उद्देश्य के लिए:

(1) "एनरॉल" और "एनरॉलमेंट" पारिभाषिक शब्द में स्कूल की गतिविधियों में भाग लेना और क्लास में उपस्थिति शामिल है।

(2) पारिभाषिक शब्द बेघर बच्चे और युवा' –

(A) इसका मतलब उनके पास रात में ठहरने के लिए निश्चित, नियमित और उपयुक्त आवास नहीं है (अनुच्छेद 103(a)(1)); और

(B) इनमें ये शामिल हैं –

(i). अपने घर की क्षति के कारण युवा तथा बच्चों का दूसरे के घर में रहना, आर्थिक कठिनाई और समान वजहें; वैकल्पिक उचित आवास के अभाव में सराय होटल, ट्रेलर पार्क और कैम्प मैदान में रहना और आपातकालीन अथवा पारगमन शरणस्थली में रहना या फिर लापरवाही से अस्पताल में रहना;

(ii) बच्चे अथवा युवा एक प्राथमिक रात्रि आवास में रहते हैं जो कि एक निजी अथवा सार्वजनिक स्थान है, इसे सामान्य तौर पर लोगों के सोने के लिए बनाया गया है (यह अनुच्छेद 103(a)(2)(C) के तहत है);

(iii) बच्चे और युवा जो कार, पार्क, सार्वजनिक स्थान, खाली पड़ी इमारतों, घटिया घरों, बस और रेलवे स्टेशनों अथवा ऐसे ही किसी स्थान में रह रहे हैं; और

(iv) प्रवासी बच्चे (इसे प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा अधिनियम 1965 के अनुच्छेद 1309 के तहत परिभाषित किया गया है) जो इस उपशीर्षक के उद्देश्य के कारण बेघरों के रूप में चिह्नित किए गए हैं क्योंकि ऐसी परिस्थितियों में रहने वाले बच्चों का अनुच्छेद (i) से (iii) में वर्णन है।

(3) अकेला युवा पारिभाषिक शब्द का मतलब ऐसा युवा जो माता-पिता या अभिभावक के संरक्षण में नहीं है।

अतिरिक्त संसाधन

माता-पिता की जानकारी और संसाधन निम्नलिखित स्थानों पर पाए जा सकते हैं:

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: _____