

Puget Sound ESD Early Learning Programs 신청 방법

환영합니다!

자녀 한 명당 신청서 1 부를 작성하고 요청 서류를 첨부하십시오.

제공하신 정보는 기밀로 유지됩니다. 귀하의 이민 상태를 요구, 확인, 또는 보고하지 않습니다.

프로그램 참여 자격 여부는 신청 날짜가 아니라, 자녀의 나이와 가구 소득으로 결정합니다.

프로그램이 빨리 마감되므로 최대한 빨리 신청하십시오!



신청서 작성에 도움이 필요하거나 요청 서류가 모두 갖춰지지 않은 경우 연락해 주시기 바랍니다.

아래의 절차를 따라 주십시오:



검은색 또는 파란색 펜으로 신청서를 작성하십시오.



자녀의 생년월일 증빙 서류 사본을 첨부하십시오.

다음 중 하나를 사용하십시오:

- 출생증명서
- 여권/비자
- 입양 서류
- 위탁 보호 승인 서신
- 최근 예방 접종 기록



법적 보호자 증빙 서류 사본을 첨부하십시오.

다음 중 하나를 사용하십시오:

- 출생증명서
- 여권/비자
- 입양 서류
- 위탁 보호 기록
- 부모 및 양육 책임이 있는 사람이 서명 및 날짜를 기재한 동의서



가구 소득 증빙 서류 사본을 첨부하십시오.

해당하는 모든 서류를 사용하십시오:

- 전년도 소득세 신고서
- 전년도 W-2 서식
- 지난 12 개월의 급여 명세서
- 지난 12 개월의 SSI/TANF 혜택 서신
- 위탁 보호 수당
- 자녀 양육비
- 고용주가 작성한 지난 12 개월의 총소득 명세서



가구 규모 증빙 서류 사본을 첨부하십시오.

다음 중 하나를 사용하십시오:

- 전년도 소득세 신고서
- 주택 임대 계약서



위 목록에 없는 다른 유형의 소득이 있는 경우 사무소로 연락해 주십시오.



작성한 신청서 및 서류를 다음으로 제출해 주시기 바랍니다:

주소:

전화번호:

자녀의 최근 예방 접종 기록 사본을 포함해도 도움이 됩니다.

자녀가 현재 IFSP/IEP 에 해당할 경우 신청서 사본도 함께 첨부하십시오.

귀하의 소득 증빙 서류를 포함했는지 확인하십시오. 해당 정보가 없는 경우 신청서를 처리할 수 없습니다.

작성한 신청서를 최대한 빨리 제출하시기 바랍니다! 조기 학습 프로그램을 선택해 주셔서 감사합니다!

2018-2019 초기 학습 신청서

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		☉	

신청서에 작성한 정보는 기밀로 유지되며, 자녀의 초기 학습 프로그램 자격 결정을 위해서만 사용됩니다. 귀하의 이민 상태를 요구, 확인, 또는 보고하지 않습니다.

자녀 정보	자녀 정보
	❖ 이름: _____ 중간 이름 이니셜: _____ 성: _____
	❖ 생년월일: ____/____/____ 월/일/년 생년월일 증명 서류를 신청서에 첨부하시기 바랍니다 ❖ 성별: _____
	아래의 정보 수집 목적은 귀하의 자녀 및 가구에 문화적으로 가장 적합한 최적인 서비스와 지원을 제공하기 위함입니다.
	❖ 자녀가 가정에서 사용하는 언어는 무엇입니까? _____
	❖ 자녀가 히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 - 출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ ☐ 아니요
	❖ 자녀의 인종은 무엇입니까? 해당 항목에 모두 표시하십시오: ☐ 아프리카계/아프리카계 미국인/흑인 > 부족/출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ ☐ 아시아계 > 부족/출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ ☐ 알래스카 원주민/북아메리카 원주민/아메리칸 인디언 > 부족/출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ ☐ 하와이 원주민 또는 태평양섬 원주민 > 부족/출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ ☐ 백인 > 부족/출신 국가를 기술 또는 작성하십시오: _____ 위 항목에 해당하지 않는 경우, 자녀의 출신 정보를 기술하십시오: _____
자녀가 아래 프로그램에 참여한 적 있습니까? ☐ Birth-to-3 Home Visiting Program ☐ Head Start ☐ Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) ☐ 워싱턴 전역의 Migrant/Seasonal Head Start ☐ Early Head Start ☐ ECEAP ☐ Parents as Teachers ☐ 아니요	
가장 최근 참여한 프로그램은 언제였습니까? _____ 프로그램명 및 장소: _____	
❖ 자녀가 공식 위탁/친족 보호를 받고 있습니까? (주 또는 부족의 양육 허가에 따라 자녀가 위탁/친족 보호를 받는 경우) ☐ 예 ☐ 아니요 > 자녀가 과거에 위탁/친족 보호를 받은 적 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 보육시설 또는 유치원이 자녀의 행동 문제로 퇴출을 요구한 적 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 자녀가 학대 또는 방치를 경험한 적 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	
의료 서비스 제공자가 천식, 당뇨, 발작, 심장 질환, 또는 생명을 위협하는 알레르기 등을 포함한 하나 또는 이상의 심각한/만성적 건강 상태를 자녀에게 진단한 적 있습니까? ☐ 예 - 기술해 주십시오: _____ ☐ 아니요	

자녀 정보	자녀 정보	
	자녀가 발달지체 또는 장애를 가졌다고 우려해본 적 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 기술해 주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 아니요 자녀가 현재 개별 가족 서비스 계획(IFSP) 또는 개별 교육 계획(IEP) 대상입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 다음 문항을 작성하고 이 신청서에 IFSP 또는 IEP 사본을 첨부하십시오 > IEP/IFSP 의 모든 카테고리에 표시하십시오: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 자폐증 <input type="checkbox"/> 시청각 장애 <input type="checkbox"/> 발달 지체 <input type="checkbox"/> 정서 장애 <input type="checkbox"/> 청각 장애 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 지적 장애 <input type="checkbox"/> 중복 장애 <input type="checkbox"/> 정형외과적 장애 <input type="checkbox"/> 기타 건강 장애 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 특정 학습 장애 <input type="checkbox"/> 언어 장애 <input type="checkbox"/> 외상성 뇌 손상 <input type="checkbox"/> 시각 장애 </div> </div> > 특수 교육 유치원 또는 생후~3 세 프로그램이 이용 가능/쉽고 편하게 이용할 수 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모릅니다	
	자녀의 건강 및 발달에 우려되는 점이 있습니까? 해당 항목에 모두 표시하십시오: <input type="checkbox"/> 저체중아(5.8 파운드 미만) <input type="checkbox"/> 정신 건강 - 기술해 주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 행동 - 기술해 주십시오: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> 청력 <input type="checkbox"/> 음식 과민증/특별식 - 기술해 주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 시력 <input type="checkbox"/> 소근육/대근육 <input type="checkbox"/> 치통/충치/잇몸 출혈 <input type="checkbox"/> 기타 - 구체적으로 기술해 주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 약물/음주 문제	
	자녀에게 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 어떤 유형의 보험입니까? > <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 민간 보험 <input type="checkbox"/> 부족 또는 군인 의료보험 <input type="checkbox"/> 아니요 자녀에게 정식 의사 또는 병원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 자녀가 지난 12 개월 이내에 아동 보건 검사를 받은 적 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 마지막 검사 날짜: ____/____/____ <input type="checkbox"/> 검사 날짜 모름 <input type="checkbox"/> 아니요	
	자녀에게 치과 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 어떤 유형의 보험입니까? > <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 민간 보험 <input type="checkbox"/> 부족 또는 군인 치과 보험 <input type="checkbox"/> 아니요 자녀에게 정식 치과 의사 또는 치과가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 자녀가 지난 6 개월 동안 치과 검진을 받은 적 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 마지막 검진 날짜: ____/____/____ <input type="checkbox"/> 검진 날짜 모름 <input type="checkbox"/> 아니요	

가족 정보	가족 정보	부모/보호자 1	부모/보호자 2
	❖ 이름:		
	❖ 자녀와의 관계:	<input type="checkbox"/> 친부모/입양 부모/위탁 부모 <input type="checkbox"/> 의붓 부모 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 다른 친척 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 친부모/입양 부모/위탁 부모 <input type="checkbox"/> 의붓 부모 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 다른 친척 <input type="checkbox"/> 기타
	❖ 생년월일:	____/____/____ 월/일/년	____/____/____ 월/일/년
	귀하가 자녀를 출산할 당시 몇 살이었습니까?	_____	_____
	❖ 주소:		
	❖ 전화:	____-____-____ <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 회사	____-____-____ <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 회사
	❖ 다른 연락처:	____-____-____ <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 회사	____-____-____ <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 회사
❖ 이메일 주소:			

가족 정보	부모/보호자 1	부모/보호자 2
❖ 통역 지원이 필요합니까? ❖ 귀하가 사용하는 언어(들)는 무엇입니까? 고등학교 졸업장 또는 고졸 학력 인증서(GED)가 있습니까? 최종 이수 학력은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED) <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 없음 - 최종 이수 학년은 무엇입니까? _____ <input type="checkbox"/> 대학 중퇴/고급 직업훈련 <input type="checkbox"/> 전문 학사 학위/전문 자격증 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 고졸 학력 인증서(GED) <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 없음 - 최종 이수 학년은 무엇입니까? _____ <input type="checkbox"/> 대학 중퇴/고급 직업훈련 <input type="checkbox"/> 전문 학사 학위/전문 자격증 <input type="checkbox"/> 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 석사 학위 <input type="checkbox"/> 없음
❖ 현재 근무 중입니까? ❖ 현재 직업 훈련 또는 학교에 다니고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 - 주 몇 시간 근무합니까? _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 은퇴/장애 <input type="checkbox"/> 계절 노동자 <input type="checkbox"/> 예 - 주 몇 시간 근무합니까? _____ <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 - 주 몇 시간 근무합니까? _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 은퇴/장애 <input type="checkbox"/> 계절 노동자 <input type="checkbox"/> 예 - 주 몇 시간 근무합니까? _____ <input type="checkbox"/> 아니요
❖ 승인된 WorkFirst 활동에 참여하고 있습니까? 현역 군 복무자입니까? 주 방위군(National Guard) 또는 예비군(Military Reserve)입니까? 재향군인입니까?	<input type="checkbox"/> 예 - 해당 활동과 주당 승인 시간을 기술하십시오: _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 - 해당 활동과 주당 승인 시간을 기술하십시오: _____ <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
당 기관이 도울 수 있는 귀하/귀 가구 구성원 에 대한 우려 사항에 표시하십시오: <input type="checkbox"/> 과거 노숙자(지난 12 개월) <input type="checkbox"/> 산모 우울증을 포함한 가구의 정신병/상당. <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자의 장애 <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자가 이민 노동자임 <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자가 현재 또는 전년도에 전투지대에 배치됨 <input type="checkbox"/> 가구의 가정 내 폭력(과거 또는 현재) <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자의 투옥 <input type="checkbox"/> 가구의 약물/음주 문제 또는 약물 남용 <input type="checkbox"/> 다른 가족 또는 친구로부터 지원이 거의 또는 전혀 없음 <hr/> <input type="checkbox"/> 다른 가구 구성원이 의료/치과 보험이 없음 <input type="checkbox"/> 구직 또는 일자리 유지 <input type="checkbox"/> 다른 가구 구성원이 의료/치과 주치의가 없음 <input type="checkbox"/> 주거에 대한 우려 <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자가 건강상의 우려가 있음 <input type="checkbox"/> 법률적 우려 <input type="checkbox"/> 자녀의 부모/보호자가 학습 장애가 있음 <input type="checkbox"/> 최근 이민/난민 상태(지난 5 년)		

가족 정보

가족 정보

- ❖ 자녀와 함께 거주하는 사람:
 - 편부모/보호자
 - 한 가구에 있는 양부모/보호자
 - 두 가구에 있는 양부모/보호자 - 한 가구에 우선 법적 양육권이 있습니까?
 - 예 - 부모 중 누구에게 우선 양육권이 있습니까? _____
 - 아니요 - 한 부모가 다른 가구로부터 자녀 양육비를 받고 있습니까?
 - 예 - 부모 중 누가 자녀 양육비를 받고 있습니까? _____
 - 아니요

❖ 가구 내 거주 중인 다른 사람을 작성하십시오. 귀하 또는 귀하의 자녀는 포함하지 않습니다.
공간이 더 필요한 경우 별도 종이에 작성 후 신청서에 첨부하십시오.

성명(이름과 성)	생년월일 (월/일/년)	자녀와의 관계	해당인을 경제적으로 지원하고 있습니까?	해당인과 귀하는 혈연, 결혼 또는 입양 관계입니까?
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

- ❖ 자녀가 부모 또는 위탁 부모가 아닌 보호자와 거주하고 있습니까?
 - 예
 - 해당인이 자녀를 대신해 주, 부족 또는 SSI 지원금을 받고 있습니까? 예 아니요
 - 아니요

귀하, 귀하의 자녀, 또는 다른 가구 구성원에게 다음 유형의 소득원이 있습니까? 해당 항목에 모두 표시하십시오:

- TANF
 - 자녀만을 위한 것입니까? 예 아니요
 - Working Connections Child Care Subsidy 를 받고 있습니까? 예 아니요
- 장애인을 위한 생활보조금(SSI)
 - 해당인과 자녀의 관계: _____
- 위탁 자녀 소득

❖ 전년도 또는 지난 12 개월의 가구 총소득 예상액: _____
소득 및 가구 규모 증빙 서류를 신청서에 첨부하십시오.

- ❖ 가구가 현재 아동 보호 서비스(CPS), 가족 평가 대응(FAR), 또는 원주민 자녀 복지(ICW)를 통해 서비스를 받고 있습니까? 예 아니요
- ❖ 가구가 현재 CPS 또는 FAR 를 통해 자녀 양육 승인을 받았습니까?
 예 - 주당 승인 시간: _____ 아니요
- ❖ 가구가 과거에 CPS 또는 ICW 에서 서비스를 받은 적 있습니까? 예 아니요

❖ 가구의 현 주택 상태는 어떻게 됩니까?
 임대 본인 소유 기타 - 여기에 표시한 경우, 첨부된 주택 설문 문항을 작성하십시오

가구가 주택 바우처 또는 주택 현금 보조금 등의 주택 보조를 받고 있습니까? 예 아니요

- ❖ 어떠한 경로로 이 프로그램을 알게 되었습니까? 해당 항목에 모두 표시하십시오:
 - 웹사이트 커뮤니티 행사 전단 미디어 입소문 사이트 직원 이전 부모
 - 커뮤니티 기관/복지사 - 구체적으로 작성: _____ 기타 - 구체적으로 작성: _____

본인은 본인이 아는 한도 내에서 최선을 다해 문항에 답변했으며 요청 문서를 제공했습니다.

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

(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:

주택 설문 문항

사이트 이름 및 주소

주택을 소유/임대한 경우 해당 양식을 작성하지 않아도 됩니다.

다음 문항에 대한 답변은 해당 학생이 받을 자격이 되는 서비스를 결정하는 데 도움이 됩니다. McKinney-Vento Act 는 노숙인 아동 및 청소년에게 서비스와 지원을 제공합니다. (자세한 정보는 다음 페이지를 확인하십시오.)

주택을 소유/임대하지 않은 경우 현재 거주 상황을 공유해 주십시오. 아래의 해당 항목에 모두 표시하십시오:

- 모텔 □ 시설이 불충분한 거주지(수도, 난방, 전기 등이 없음)
□ 보호소 □ 이곳저곳을 옮기며 거주
□ 다른 가족과 함께 다른 사람의 집 또는 아파트에 거주 - 하나에 표시하십시오: □ 자동차, 공원, 야영장 또는 유사 장소
□ 임시 주택
□ 기타 - 작성해 주십시오:
□ 본인의 선택
□ 주택, 경제적 어려움 또는 유사 이유

STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.

자녀 이름: 이름 중간 이름 성

생년월일: 월/일/년 성별:

- 자녀가 동반인이 없음(부모 또는 법적 보호자와 함께 거주하지 않음)
□ 자녀가 부모 또는 법적 보호자와 함께 거주함

현 거주지 주소:

전화번호: 연락인 이름:

본인은 워싱턴주 정부법에 근거해 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선언합니다.

부모/보호자 이름:

부모/보호자 서명:

날짜:

섹션 725. 정의

이 부제의 목적은 다음과 같다:

(1) 용어 “등록하다(enrollment)” 및 “등록(enroll)”은 수업에 참석 또는 학교 활동에 완전히 참여함을 포함한다.

(2) 용어 노숙 아동 및 청소년은 —

(A) 고정, 정규 및 충분한 야간 거주지가 없는 개인을 의미하며(섹션 103(a)(1)의 의미 내에서),

(B) 다음을 포함한다.—

(i) 주택의 상실, 경제적 어려움 또는 유사 이유로 다른 사람과 주택을 공유하고, 대체 충분 편의시설의 부재로 모텔, 호텔, 이동주택 주차장 또는 야영장에 거주하고, 비상 또는 임시 보호소에 거주하고, 병원에 유기된 아동 및 청소년,

(ii) 1 차 야간 거주지가 사람을 위한 정규 취침 편의시설로 설계되거나 일반적으로 이용되지 않는 공공 또는 사적 공간인 아동 및 청소년(섹션 103(a)(2)(C)의 의미 내에서),

(iii) 자동차, 공원, 공공장소, 버려진 빌딩, 열악한 주택, 버스 또는 기차역, 또는 유사 환경에 거주하는 아동 및 청소년,

(iv) 아동이 (i)~(iii) 절에 기술된 환경에서 거주하기 때문에 이 부제의 목적에 따라 노숙인의 요건을 충족하는 이주 아동(1965 초·중등교육법(Elementary and Secondary Education Act) 섹션 1309 에 정의된 용어).

(3) 동반인이 없는 청소년은 부모 w 또는 보호자의 물리적 양육권이 없는 청소년을 포함한다.

추가 자료

부모 정보 및 자원은 다음에서 확인할 수 있습니다:

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: _____