

Puget Sound ESD Early Learning Programs मा कसरी निवेदन दिने

स्वागतम् ।

कृपया एक जना बच्चाको निम्ति एउटा निवेदन भर्नुहोस् र आग्रह गरिएको कागजात संलग्न गर्नुहोस् ।
तपाईंको जानकारी गोप्य हुन्छ । तपाईंले अध्यागमन अवस्थाको बारेमा आवश्यक जाँच गर्न वा प्रतिवेदन दिनु जरुरी छैन ।
बच्चाको उमेर र पारिवारिक आम्दानीद्वारा हाम्रो कार्यक्रममा योग्यता निर्धारण गरिन्छ, तपाईंले निवेदन दिएको मितिबाट होइन ।
हाम्रो कार्यक्रम छिटो भरिदैं छ, त्यसैले तपाईंले सकेसम्म छिटो आवेदन दिनुहोस् ।



निवेदन भर्न तपाईंलाई सहायताको आवश्यकता छ भने अथवा तपाईंसँग आग्रह गरिएको सबै कागजातहरू छैनन् भने हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

कृपया तल दिइएका कदमहरू पछ्याउनुहोस्:



कालो वा निलो कलम प्रयोग गरेर आवेदन फाराम भर्नुहोस् ।



तपाईंको बच्चाको जन्ममितिको प्रमाणको फोटोकपी संलग्न गर्नुहोस् ।



तपाईंको वैधानिक अभिभावकत्वको प्रमाणको प्रति संलग्न गर्नुहोस् ।



तपाईंको पारिवारिक आम्दानीको प्रमाणको एक प्रति संलग्न गर्नुहोस् ।



तपाईंको परिवारको आआकारको प्रमाणको प्रति संलग्न गर्नुहोस् ।

यीमध्ये कुनै एक प्रयोग गर्नुहोस्:

- जन्ममितिको प्रमाणपत्र
- पासपोर्ट/भिषा
- गोद लिइएका बालबालिकाहरूका कागजातहरू
- फोस्टर स्याहार अधिकार पत्र
- वर्तमान खोपको अभिलेख

यीमध्ये कुनै एक प्रयोग गर्नुहोस्:

- जन्ममितिको प्रमाणपत्र
- पासपोर्ट/भिषा
- गोद लिइएका बालबालिकाहरूका कागजातहरू
- फोस्टर स्याहार अभिलेख
- अभिभावकद्वारा लिखित सहमतिमा दस्तखत गरिएको र मिति राखिएको र व्यक्तिले अभिभावकको जिम्मेवारी लिएको विचार गर्दै

आवेदन दिन सबै प्रयोग गर्नुहोस्:

- अघिल्लो वर्षको आम्दानी कर फिर्ता
- अघिल्लो वर्षको W-2 फाराम
- विगत 12 महिनादेखि पे स्टबको प्रमाण
- विगत 12 महिनादेखि SSI/TANF आ
- फोस्टर स्याहार सहायता
- बच्चालाई सहायता
- विगत 12 महिनादेखि तपाईंको जम्मा समग्र आआम्दानी बताउने रोजगारदाताको पत्र

यीमध्ये कुनै एक प्रयोग गर्नुहोस्:

- अघिल्लो वर्षको आम्दानी कर फिर्ता
- घर भाडा



तपाईंले माथि उल्लेख नगरिएको आआम्दानीको अन्य प्रकार प्राप्त गर्नुभएको छ भने हाम्रो कार्यालयमा फोन गर्नुहोस् ।



तपाईंको पूर्णनिवेदन र कागजातहरू यहाँ दिनुहोस्:

ठेगाना:

फोन नम्बर:

तपाईंको बच्चाको वर्तमान खोप अभिलेखको प्रति पनि समावेश गर्नु सहयोगी हुन सक्छ ।

तपाईंको बच्चामा वर्तमान IFSP/IEP आआछ भने कृपया तपाईंको निवेदनको प्रति पनि संलग्न गर्नुहोस् ।

तपाईंको आआम्दानीको प्रमाण समावेश गरिएको छ भनेर कृपया निश्चित गर्नुहोस् । यो जानकारी बिना हामीले तपाईंको निवेदनलाई अगाडि बढाउन सक्दैनौं ।

सम्भव भएसम्म तपाईंले पूर्णरूपमा भरेको निवेदन दिन सम्झनुहोस् । हाम्रो अर्ली लर्निङ कार्यक्रमलाई छान्नुभएको निम्ति तपाईंलाई धन्यवाद ।

अर्ली लर्निङ आवेदन 2018-2019

तपाईंको निवेदनमा भएका जानकारी गोप्य हुन्छ र हाम्रो अर्ली लर्निङ कार्यक्रमको निम्ति तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न मात्रै प्रयोग गरिन्छ । अध्यागमन अवस्थाको बारेमा आआग्रह, जाँच वा प्रतिवेदन हामीलाई चाहिँदैन ।

बच्चाको जानकारी	
❖ नाम:	बीचको नाम: अन्तिम नाम:
❖ जन्म मिति: ____/____/____ महिना/ दिन/ वर्ष	❖ लिङ्ग:
यो निवेदनको साथमा जन्म मितिको प्रमाण पनि समावेश गर्नुहोस्	
तपाईंको बच्चा र परिवारलाई सबैभन्दा सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त सेवाहरू र अद्वितीय सहायताहरू निर्धारण गर्न तल संकलन गरिएको जानकारीले हामीलाई सहायता गर्छ ।	
❖ तपाईंको बच्चाले घरमा बोल्ने भाषा के हो ? _____	
❖ तपाईंको बच्चा हिस्पानिक/ल्याटिनो (Hispanic/Latino) हो ? <input type="checkbox"/> हो - कृपया वर्णन गर्नुहोस् वा देशको बारेमा लेख्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> होइन	
❖ तपाईंको बच्चाको वंश के हो ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> अफ्रिकी/अफ्रिकी अमेरिकी/काला जाति (African/African American/Black) ➢ कृपया जाति/देशको बारेमा वर्णन वा लेख्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> एसियाली (Asian) ➢ कृपया जाति/देशको बारेमा वर्णन वा लेख्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> अलास्का स्थानीय/स्थानीय अमेरिकी/अमेरिकी इन्डियन (Alaska Native/Native American/American Indian) ➢ कृपया जाति/देशको बारेमा वर्णन वा लेख्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> स्थानीय हवाईवासी वा प्यासेफिक आआइल्याण्डमा बस्नेहरू (Native Hawaiian or Pacific Islander) ➢ कृपया जाति/देशको बारेमा वर्णन वा लेख्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> गोरु जाति (White) ➢ कृपया जाति/देशको बारेमा वर्णन वा लेख्नुहोस्: _____	
माथिको सूचीमा उल्लेख भएको छैन भने तपाईंको बच्चाको वंशको वर्णन गर्नुहोस्: _____	
के तपाईंको बच्चा यीमध्ये कुनै कार्यक्रमहरूमा पहिले सहभागी भएको थियो ? <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"/> वासिङ्टनमा कुनै पनि ठाउँमा Migrant/Seasonal Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP (इसीइएपी) <input type="checkbox"/> होइन	
तपाईंको बच्चाले कहिले पछिल्लो पटक सहभागी भएको थियो ? _____ कार्यक्रमको नाम र स्थान: _____	
❖ तपाईंको बच्चाको आआधिकारिक फोस्टर/पारिवारिक स्याहार छ ? (बच्चा फोस्टर/पारिवारिक प्रतिस्थापन गरिएको छ भन्ने राज्य वा जातिबाट स्याहारकर्ताको आधिकारिक पत्र) <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन ➢ के तपाईंको बच्चा विगतमा फोस्टर/पारिवारिक स्याहारमा थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन	
व्यवहारको समस्याको कारण के तपाईंको बच्चालाई बालस्याहार केन्द्र वा प्राथमिक स्कुल छोड्न भनिएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन	
के तपाईंको बच्चाले दुर्व्यवहार वा बेवास्ताको अनुभव गरेको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन	
दम, मधुमेह, छारेरोग, मुटुको समस्या वा जीवनलाई खतरामा पार्ने एलर्जीजस्ता एक वा सोभन्दा बढी गम्भीर/दीर्घकालीन स्वास्थ्य अवस्थाहरूका साथमा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकद्वारा के तपाईंको बच्चालाई जाँच गरिएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> होइन	

बच्चाको जानकारी

बच्चाको जानकारी	बच्चाको जानकारी																
	तपाईंको बच्चामा विकास दिला भएको वा असक्षमता छ भनेर के तपाईंले शङ्का गर्नुहुन्छ ?																
	<input type="checkbox"/> थियो - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____		<input type="checkbox"/> होइन														
	के वर्तमानमा तपाईंको बच्चामा Individual Family Service Plan (IFSP) वा Individual Education Plan (IEP) छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन																
	छ भने कृपया तल दिइएका प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस् र यो निवेदनको साथमा IFSP वा IEP को प्रति समावेश गर्नुहोस्																
	> कृपया IEP/IFSP का सबै वर्गहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> सुस्त मनस्थिति</td> <td><input type="checkbox"/> बौद्धिक असक्षमता</td> <td><input type="checkbox"/> विशेष सिकाइमा समस्या</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> बहिरो-अन्धो</td> <td><input type="checkbox"/> बहु असक्षमता</td> <td><input type="checkbox"/> बोली/भाषामा समस्या</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> विकासमा ढिलो</td> <td><input type="checkbox"/> हाडमा समस्या</td> <td><input type="checkbox"/> आघातमय मस्तिष्कमा चोट</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> भावनात्मक खल्बल्याइ</td> <td><input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य समस्या</td> <td><input type="checkbox"/> दृश्यमा समस्या</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> सुन्नमा समस्या</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> सुस्त मनस्थिति	<input type="checkbox"/> बौद्धिक असक्षमता	<input type="checkbox"/> विशेष सिकाइमा समस्या	<input type="checkbox"/> बहिरो-अन्धो	<input type="checkbox"/> बहु असक्षमता	<input type="checkbox"/> बोली/भाषामा समस्या	<input type="checkbox"/> विकासमा ढिलो	<input type="checkbox"/> हाडमा समस्या	<input type="checkbox"/> आघातमय मस्तिष्कमा चोट	<input type="checkbox"/> भावनात्मक खल्बल्याइ	<input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य समस्या	<input type="checkbox"/> दृश्यमा समस्या	<input type="checkbox"/> सुन्नमा समस्या	
<input type="checkbox"/> सुस्त मनस्थिति	<input type="checkbox"/> बौद्धिक असक्षमता	<input type="checkbox"/> विशेष सिकाइमा समस्या															
<input type="checkbox"/> बहिरो-अन्धो	<input type="checkbox"/> बहु असक्षमता	<input type="checkbox"/> बोली/भाषामा समस्या															
<input type="checkbox"/> विकासमा ढिलो	<input type="checkbox"/> हाडमा समस्या	<input type="checkbox"/> आघातमय मस्तिष्कमा चोट															
<input type="checkbox"/> भावनात्मक खल्बल्याइ	<input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य समस्या	<input type="checkbox"/> दृश्यमा समस्या															
<input type="checkbox"/> सुन्नमा समस्या																	
> के Special Ed Preschool वा Birth-to-3 Program तपाईंमा उपलब्ध/सजिलै पहुँच छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन																	
के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको स्वास्थ्य र विकासको बारेमा चासो छ ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:																	
<input type="checkbox"/> जन्मँदा कम तौल (5.8 lbs भन्दा कम)	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____	<input type="checkbox"/> व्यवहार - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____															
<input type="checkbox"/> श्रव्य <input type="checkbox"/> दृश्य <input type="checkbox"/> दाँत दुखाइ/सडन/गिजाबाट रक्तश्राव <input type="checkbox"/> लागुपदार्थ/मद्यपान प्रभावित भएको	<input type="checkbox"/> खानेकुरा खान नसक्ने/विशेष आहार - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> अन्य - कृपया बताउनुहोस्: _____	<input type="checkbox"/> बोली/भाषा <input type="checkbox"/> फाइन् मोटर/ग्रस मोटर															
के तपाईंको बच्चामा मेडिकल बीमा छ ?																	
<input type="checkbox"/> छ - कुन प्रकारको ? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne</td> <td><input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा</td> <td><input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक मेडिकल कभरेज (Tribal or Military Medical Coverage)</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> होइन			<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा	<input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक मेडिकल कभरेज (Tribal or Military Medical Coverage)												
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा	<input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक मेडिकल कभरेज (Tribal or Military Medical Coverage)															
के यो बच्चा नियमित डाक्टरकहाँ वा मेडिकल क्लिनिकमा जान्छ ? <input type="checkbox"/> जान्छ <input type="checkbox"/> जाँदैन																	
विगत 12 महिनाभित्र के यो बच्चाको बालहीत जाँच गरिएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो - अन्तिम जाँचको मिति: ____/____/____ <input type="checkbox"/> मिति थाहा नभएको <input type="checkbox"/> होइन																	
के तपाईंको बच्चाको दाँतको बीमा छ ?																	
<input type="checkbox"/> छ - कुन प्रकारको ? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne</td> <td><input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा</td> <td><input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक दन्त कभरेज (Tribal or Military Dental Coverage)</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> होइन			<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा	<input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक दन्त कभरेज (Tribal or Military Dental Coverage)												
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा	<input type="checkbox"/> जातीय अथवा सैनिक दन्त कभरेज (Tribal or Military Dental Coverage)															
के यो बच्चा नियमित दाँत चिकित्सककहाँ वा दाँतको क्लिनिकमा जान्छ ? <input type="checkbox"/> जान्छ <input type="checkbox"/> जाँदैन																	
विगत 6 महिनामा के यो बच्चा दाँतको उपचारमा गएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो - अन्तिम जाँचको मिति: ____/____/____ <input type="checkbox"/> मिति थाहा नभएको <input type="checkbox"/> होइन																	

पारिवारिक जानकारी	पारिवारिक जानकारी	अभिभावक 1	अभिभावक 2
	❖ नाम:		
	❖ बच्चाको नाता:	<input type="checkbox"/> जैविक/गोद लिइएका/फोस्टर अभिभावक <input type="checkbox"/> सौतेलो अभिभावक <input type="checkbox"/> हजुरबुबाआमा <input type="checkbox"/> अन्य नातेदार <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> जैविक/गोद लिइएका/फोस्टर अभिभावक <input type="checkbox"/> सौतेलो अभिभावक <input type="checkbox"/> हजुरबुबाआमा <input type="checkbox"/> अन्य नातेदार <input type="checkbox"/> अन्य
	❖ जन्म मिति:	____/____/____ महिना/ दिन/ वर्ष	____/____/____ महिना/ दिन/ वर्ष
	यो बच्चा जन्मँदा तपाईं कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो ?	_____	_____
	❖ ठेगाना:		
	❖ फोन:	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोवाइल <input type="checkbox"/> काम गर्ने ठाउँको	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोवाइल <input type="checkbox"/> काम गर्ने ठाउँको
	❖ वैकल्पिक फोन:	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोवाइल <input type="checkbox"/> काम गर्ने ठाउँको	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोवाइल <input type="checkbox"/> काम गर्ने ठाउँको
	❖ इमेल ठेगाना:		

पारिवारिक जानकारी	अभिभावक 1	अभिभावक 2
<p>❖ तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ?</p> <p>❖ तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p>_____</p>
<p>के तपाईंले हाइस्कूल डिप्लोमा वा GED पाउनुभएको थियो ?</p> <p>तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च डिग्री के हो ?</p>	<p><input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> हाइ स्कूल डिप्लोमा</p> <p><input type="checkbox"/> छैन - तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च कक्षा कुन हो ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> केही कलेज/एडभान्स तालिम</p> <p><input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/पेशागत प्रमाणपत्र</p> <p><input type="checkbox"/> सम्बन्धित डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> स्नाकोतर डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> केही पनि छैन</p>	<p><input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> हाइ स्कूल डिप्लोमा</p> <p><input type="checkbox"/> छैन - तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च कक्षा कुन हो ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> केही कलेज/एडभान्स तालिम</p> <p><input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/पेशागत प्रमाणपत्र</p> <p><input type="checkbox"/> सम्बन्धित डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> स्नाकोतर डिग्री</p> <p><input type="checkbox"/> केही पनि छैन</p>
<p>❖ के तपाईं हाल रोजगार हुनुहुन्छ ?</p> <p>❖ के तपाईं हाल रोजगार तालिम वा स्कूलमा हुनुहुन्छ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> छु - हरेक हप्ता कति घण्टा ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p> <p><input type="checkbox"/> रिटायर भएको/असक्षम</p> <p><input type="checkbox"/> सिजनल</p> <p><input type="checkbox"/> छु - हरेक हप्ता कति घण्टा ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p>	<p><input type="checkbox"/> छु - हरेक हप्ता कति घण्टा ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p> <p><input type="checkbox"/> रिटायर भएको/असक्षम</p> <p><input type="checkbox"/> सिजनल</p> <p><input type="checkbox"/> छु - हरेक हप्ता कति घण्टा ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p>
<p>❖ के तपाईं स्वीकृत भएको WorkFirst क्रियाकलापमा हुनुहुन्छ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> छु - क्रियाकलाप र हरेक हप्ता स्वीकृत गरिएको घण्टाको नम्बर वर्णन गर्नुहोस्: _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p>	<p><input type="checkbox"/> छु - क्रियाकलाप र हरेक हप्ता स्वीकृत गरिएको घण्टाको नम्बर वर्णन गर्नुहोस्: _____</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p>
<p>के तपाईं सक्रिय अमेरिकी सैनिक सेवामा हुनुहुन्छ ?</p> <p>के तपाईं राष्ट्रिय सुरक्षाकर्मी वा मिलिटरी रिजर्भ इकाइको सदस्य हुनुहुन्छ ?</p> <p>के तपाईं अमेरिकन मिलिटरी भेटेरान हुनुहुन्छ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p>	<p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p> <p><input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p>
<p>कृपया तपाईं/तपाईंको घरायसीमा भएको परिवारको लागि तपाईंमा भएका चासोका क्षेत्रहरूलाई जाँच गर्नुहोस्, जुन तपाईंलाई सहायता गर्न हामी सक्षम हुन सक्ौं:</p>		
<p><input type="checkbox"/> विगतमा घरविहीन (विगत 12 महिनामा)</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावक अपाङ्ग छ</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावक हालैमा लडाइँको क्षेत्रमा पठाइएको छ वा विगतको वर्षभित्र पठाइएको थियो</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावक कैदमा परेको छ</p>	<p><input type="checkbox"/> आमालाई नैराश्रयताका साथमा घरका सबैलाई मानसिक समस्या/परामर्श ।</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावक आप्रवासी कामदार हो</p> <p><input type="checkbox"/> घरायसी आन्तरिक हिंसा (विगतमा वा वर्तमानमा)</p> <p><input type="checkbox"/> घरायसी लागुपदार्थ/मद्यपानको समस्या वा केही कुराको दुर्व्यसनी</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य परिवार वा साथीहरूबाट परिवारले थोरै वा केही पनि सहायता पाएको छैन</p>	
<p><input type="checkbox"/> घरका अन्य समस्यहरूको मेडिकल/दन्त बीमा छैन</p> <p><input type="checkbox"/> घरका अन्य समस्यहरूको मेडिकल/दन्त होम छैन</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावकलाई स्वास्थ्य चासोहरू छन्</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चाको अभिभावकको सिकाइमा समस्या छ</p>	<p><input type="checkbox"/> जागिर पाउन वा कायम राख्नमा</p> <p><input type="checkbox"/> घरका चासोहरू</p> <p><input type="checkbox"/> वैधानिक चासोहरू</p> <p><input type="checkbox"/> हालैमा आप्रवासी/शरणार्थी (विगत 5 वर्ष)</p>	

पारिवारिक जानकारी

- ❖ बच्चा कोसँग बस्छः
 - एक जना अभिभावक
 - दुई जना अभिभावक एउटै घरमा
 - दुई जना अभिभावक दुई वटा घरमा - के एउटा घरमा प्रमुख वैधानिक दायित्व रहेको छ ?
 - छ - कुन अभिभावकमा मुख्य दायित्व रहेको छ ? _____
 - छैन - के अर्को घरबाट बच्चाको सहयोग भुक्तानी एउटा अभिभावकले प्राप्त गर्छ ?
 - छ - बच्चाको सहायता भुक्तानी कुन अभिभावकले प्राप्त गर्छ ? _____
 - होइन

❖ कृपया तपाईंको घरमा बस्ने अन्य सदस्यहरूको सूची दिनुहोस् । तपाईं वा आफ्नो बच्चालाई समावेश नगर्नुहोस् ।
तपाईंलाई धेरै खाली ठाउँ चाहिँन्छ भने अलग्गै कागजमा लेख्नुहोस् र तपाईंको निवेदनसँगै संलग्न गर्नुहोस् ।

नाम (पहिलो र अन्तिम)	जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)	बच्चाको सम्बन्ध	के तपाईंले यो व्यक्तिलाई आर्थिक रूपमा सहायता गर्नुहुन्छ ?	के यो व्यक्ति रगत, विवाह वा गोद लिएर तपाईंसँग सम्बन्धित छ ?
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन

- ❖ के यो बच्चा अभिभावकसँग बस्छ, जसको अभिभावक वा फोस्टर अभिभावक छैन ?
 - हो
 - होइन
 - के यो व्यक्तिले बच्चाको पक्षमा राज्य, जातीय वा SSI भुक्तानी पाउँछ ? पाउँछ पाउँदैन

के तपाईं, तपाईंको बच्चा वा तपाईंको परिवारमा भएका अन्य सदस्यहरूले यस्ता प्रकारका आम्दानीहरू प्राप्त गर्छन् ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

- TANF असक्षमताको निम्ति Supplemental Security Income (SSI) फोस्टर चाइल्ड आम्दानी
- के यो बच्चाको लागि मात्रै हो ? हो होइन
- के तपाईंसँग Working Connections Child Care Subsidy छ ? छ छैन
- बच्चासँग व्यक्तिको सम्बन्ध: _____

❖ अधिल्लो वर्ष वा विगत 12 महिनाको जम्मा अनुमानित घरायसी आम्दानी: _____
कृपया यो आवेदनको साथमा परिवारको आकार र आम्दानीको प्रमाण पनि समावेश गर्नुहोस् ।

❖ Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), अथवा Indian Child Welfare (ICW) बाट के तपाईंको परिवारले हालमा सेवाहरू प्राप्त गरिरहनुभएको छ ?
 छ छैन

❖ CPS वा FAR बाट बाल स्याहारको निम्ति के तपाईंको परिवारले हालैमा स्वीकृति पाएको छ ?
 छ - प्रत्येक हप्ता स्वीकृत गरिएको घण्टाको सङ्ख्या: _____ छैन

❖ के तपाईंको परिवारले विगतमा CPS or ICW बाट सेवाहरू प्राप्त गरेको छ ? छ छैन

❖ तपाईंको परिवारको वर्तमान बसोबासको अवस्था कस्तो छ ?
 भाडा आफ्नै अन्य - यो जाँच गरिएको छ भने कृपया दिइएको **घरायसी प्रश्नावली** पूरा गर्नुहोस् ।

के यो परिवारले हाउजिङ भाउचर अथवा क्यास असिस्टेन्ट फर हाउजिङ (housing voucher or cash assistance for housing) बाट छुट दिइएको घर प्राप्त गरेको छ ? छ छैन

- ❖ हाम्रो कार्यक्रमको बारेमा तपाईंले कसरी थाहा पाउनुभयो ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:
 वेबसाइट सामुदायिक कार्यक्रम पर्चा मिडिया मुखले बताइएको साइट स्टाफ विगतमा भएका अभिभावक
- सामुदायिक एजेन्सी/अवस्था अध्ययन गर्ने कर्मचारी - कृपया बताउनुहोस्: _____ अन्य - कृपया बताउनुहोस्: _____

म उपलब्ध छु भनेर माग गरिएका कागजात मैले उपलब्ध गरेको छु र मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म प्रश्नहरूको जवाफ मैले दिएको छु ।

अभिभावकको दस्तखत: _____ मिति: _____

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:	

घरायसी प्रश्नावली

स्थानको नाम र ठेगाना

तपाईंको आफ्नै घर वा भाडामा बस्नुहुन्छ भने तपाईंले यो फाराम भर्नुपर्दैन ।

यो विद्यार्थी सेवा प्राप्त गर्न योग्य छ वा छैन भनेर निर्धारण गर्न तल दिइएका प्रश्नहरूको जवाफले सहायता गर्न सक्छ । McKinney-Vento Act ले घरविहीन अनुभव गरिरहेका बालबालिका र युवाहरूका निम्ति सेवाहरू र सहायताहरू प्रदान गर्दछ । (कृपया अधिक जानकारीको निम्ति अर्को पृष्ठमा हेर्नुहोस्)

तपाईंले आफ्नो घर भाडा वा आफ्नै होइन भने कृपया तपाईंको बसोबासको अवस्था बताउनुहोस् । तल दिइएका मिल्ने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

- मोटेलमा
- अस्थायी आवास
- कसैको घरमा वा अर्को परिवारसँग अपार्टमेन्टमा - कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्:
 - छनोट गरेर
 - घर गुमाएको, आर्थिक समस्या वा सोही कारणले
- अनुपयुक्त स्थानमा आवास (पानी, ताप, विद्युत, आदि नभएको)
- एक ठाउँबाट अर्को स्थानमा सर्ने/काउच सर्फिङ
- कार, पार्क, क्याम्प साइट वा उस्तै स्थान
- ट्रान्सिजसनल आवास
- अन्य - कृपया वर्णन गर्नुहोस्:

बच्चाको नाम: _____
पहिलो _____ बीच _____ अन्तिम _____

जन्ममिति: _____ लिङ्ग: _____
महिना/दिन/वर्ष

- बच्चा एकलै भएको (अभिभावक वा वैधानिक अभिभावकसँग नबसेको)
- बच्चा अभिभावक वा वैधानिक अभिभावकसँग बसेको छ

वर्तमान आवासको ठेगाना: _____

फोन नम्बर: _____ सम्पर्क गर्ने व्यक्तिको नाम: _____

यहाँ दिइएका जानकारी सत्य र सही छन् भनेर वासिडटन राज्यको कानूनको अधीनमा रही झुटो ठहरिमा दण्ड भोग्न तयार छु भनी घोषणा गर्दछु ।

अभिभावकको नाम: _____

अभिभावकको दस्तखत: _____

मिति: _____

खण्ड 725 | परिभाषाहरू

यो उपशीर्षकको उद्देश्यको निम्ति:

- (1) "भर्ना" र "नामाङ्कन" भन्ने शब्दले दुवै कक्षाहरूमा सहभागी भइरहेका र स्कुलका क्रियाकलापहरूमा पूर्णरूपमा सहभागी भएकाहरूलाई समावेश गर्दछ ।
- (2) घरविहीन बालबालिका र युवाहरू भन्ने शब्दको -
 - (A) अर्थ स्थिर, नियमित र उपयुक्त रात्रीकालीन आवासको कमी भएको व्यक्ति हो (खण्ड 103(a)(1) को अर्थभित्र), र
 - (B) समावेश गर्दछ -
 - (i) घर गुमाएका, आर्थिक कठिनाइ वा त्यस्तै कारणले गर्दा अर्को व्यक्तिसँग घर बाँड्नु परेका बालबालिका र युवाहरू, वैकल्पिक उपयुक्त बासस्थानको कमीको कारण मोटेलहरू, होटेलहरू, ट्रेलर पार्कहरू वा क्याम्पिङ चौरमा बसिरहेका, आकस्मिक वा अस्थायी शिविरहरूमा बसिरहेका, अस्पतालमा छोडिएकाहरू,
 - (ii) मुख्य रातको समयको आवास भएका बालबालिका र युवाहरू, जुनचाहिँ सार्वजनिक वा व्यक्तिगत स्थानको निम्ति बनाइएको होइन वा नियमित सुत्नको लागि सामान्य रूपमा प्रयोग नगरिने स्थान हो (खण्ड 103(a)(2)(C) को अर्थभित्र),
 - (iii) कारहरू, पार्कहरू, सार्वजनिक स्थानहरू, छोडिएका भवनहरू, अर्ध मापदण्डका घरहरू, बस वा रेल स्टेशनहरू वा सोही प्रकारको वातावरणमा बस्ने बालबालिका र युवाहरू, र
 - (iv) (Elementary and Secondary Education Act को 1965) को खण्ड 1309 मा परिभाषित गरिएको यस्तो शब्द) आप्रवासी बालबालिकाहरू, जो यो उपशीर्षकको उद्देश्यको निम्ति घरविहीनको रूपमा योग्य भएको छ किनभने त्यस्ता अवस्थामा रहेका बालबालिकाहरूलाई उपधारा (i) देखि (iii) सम्म वर्णन गरिएको छ ।
- (3) एकलो युवा भन्ने शब्दले अभिभावकको भौतिक दायित्वमा नभएको युवा भनेर समावेश गर्छ ।

अतिरिक्त स्रोतहरू

अभिभावक जानकारी र स्रोतहरू तल दिइएको स्थानमा पाइनु सकिन्छ:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://www.schoolhouseconnection.org/>