

## Как подать заявление о зачислении в программы обучения детей младшего возраста, проводимые школьным округом Пьюджет Саунд (Puget Sound ESD Early Learning Programs)

Добро пожаловать!

Просим заполнить по одному пакету документов заявления на ребёнка и приложить требуемые документы. Ваша информация конфиденциальна. Мы не спрашиваем об иммиграционном статусе, не проверяем его и не сообщаем о нём. Право на участие в наших программах определяется возрастом ребёнка и доходами семьи, а не датой подачи вашего заявления. Места в наших программах заканчиваются быстро, поэтому подавайте заявление как можно скорее!



Свяжитесь с нами, если вам нужна помощь с оформлением заявления или если у вас нет всех требуемых документов.

Выполните указанные ниже действия:



Заполните форму заявления ручкой с чёрными или синими чернилами.



Приложите копию свидетельства о рождении своего ребёнка.

Это должен быть один из следующих документов:

- Свидетельство о рождении
- Паспорт/виза
- Документы об усыновлении
- Письмо о разрешении на патронатное воспитание
- Справка о прививках



Приложите копию документа, подтверждающего, что вы являетесь официальным опекуном.

Это должен быть один из следующих документов:

- Свидетельство о рождении
- Паспорт/виза
- Документы об усыновлении
- Документ о патронатном воспитании
- Письменное соглашение, на котором стоят дата и подпись родителя и лица, принимающего на себя обязанности опекуна



Приложите копию документа, подтверждающего семейный доход.

Отметьте все подходящие варианты:

- Налоговая декларация о доходах за прошлый год
- Форма W-2 за прошлый год
- Платёжные квитанции за последние 12 месяцев
- Письма о льготах SSI/TANF за последние 12 месяцев
- Субсидия на патронатное воспитание
- Пособие на ребенка
- Письмо работодателя с указанием вашего общего совокупного дохода за последние 12 месяцев



Приложите копию документа, подтверждающего размер семьи.

Это должен быть один из следующих документов:

- Налоговая декларация о доходах за прошлый год
- Договор аренды жилья



Если вы получаете другие виды доходов, не перечисленные выше, позвоните в наш офис.

Верните оформленное заявление и документы:

Адрес:

Номер телефона:

Можно также приложить копию действительной справки о прививках вашего ребёнка.

Если у вашего ребёнка имеется текущий IFSP/IEP, приложите к заявлению и его копию.

**Не забудьте включить в документы свидетельство о доходах. Без этой информации мы не сможем рассмотреть ваше заявление.**

Помните, вернуть оформленное заявление следует как можно скорее! Благодарим вас за то, что вы выбрали Программы обучения детей младшего возраста!

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2018 – 2019 гг.

<b>STAFF ONLY</b>	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			

Содержащаяся в вашем заявлении информация конфиденциальна и используется только для определения права вашего ребёнка на участие в наших Программах обучения детей младшего возраста. Мы не спрашиваем об иммиграционном статусе, не проверяем его и не сообщаем о нём.

<b>СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ</b>	<b>Сведения о ребёнке</b>		
	❖ Имя:	Инициал второго имени:	Фамилия:
	❖ Дата рождения: ____/____/____ Месяц/число/год Приложите к заявлению документ, подтверждающий дату рождения	❖ Пол:	
	Получение указанной ниже информации помогает нам определить, какие уместные в культурном отношении услуги и помощь следует оказывать вашему ребёнку и семье.		
	❖ На каком языке ребёнок говорит дома? _____		
	❖ Является ли ваш ребёнок испаноговорящим или латиноамериканцем? ☐ Да - Опишите или укажите страну происхождения: _____ ☐ Нет		
	❖ К какой расе принадлежит ваш ребёнок? Отметьте все подходящие варианты: ☐ Африканец/Афроамериканец/Чёрный ➤ Опишите или укажите племя или страну происхождения: _____ ☐ Азиат ➤ Опишите или укажите племя или страну происхождения: _____ ☐ Уроженец Аляски/коренной американец/американский индеец ➤ Опишите или укажите племя или страну происхождения: _____ ☐ Уроженец Гавайских или Тихоокеанских островов ➤ Опишите или укажите племя или страну происхождения: _____ ☐ Белый ➤ Опишите или укажите племя или страну происхождения: _____  Если не указано выше, опишите этническую принадлежность своего ребёнка: _____		
	Посещал ли ваш ребёнок раньше любую из этих программ? ☐ Birth-to-3 Home Visiting Program                      ☐ Head Start ☐ Early Support for Infants and Toddlers (ESIT)                      ☐ Migrant/Seasonal Head Start в любом месте штата Вашингтон ☐ Early Head Start                      ☐ ECEAP ☐ Parents as Teachers                      ☐ Нет		
Когда ваш ребёнок посещал программу последний раз? _____ Укажите название и местонахождение программы: _____			
❖ Находится ли ваш ребёнок официально на попечении приёмных родителей или родственников? (Разрешение на опеку, выданное государством или племенем, в котором говорится, что ребёнок находится на попечении приёмных родителей или родственников) ☐ Да ☐ Нет ➤ Находился ли ваш ребёнок на попечении приёмных родителей или родственников в прошлом? ☐ Да ☐ Нет			
Был ли ваш ребёнок исключён из детского сада или дошкольного учреждения за своё поведение? ☐ Да ☐ Нет			
Испытывал ли ваш ребёнок неправильное обращение или отсутствие внимания? ☐ Да ☐ Нет			
Ставился ли вашему ребёнку медицинский диагноз по поводу одного или более серьёзных/хронических нарушений здоровья, таких как астма, диабет, эпилепсия, сердечная патология или опасный для жизни вид аллергии? ☐ Да - Опишите: _____ ☐ Нет			

**Сведения о ребёнке**

Подозреваете ли вы, что у вашего ребёнка имеется задержка в развитии или инвалидность?

Да – Опишите: \_\_\_\_\_  Нет

Имеется ли у вашего ребёнка текущий План индивидуального семейного обслуживания (Individual Family Service Plan, или IFSP) или План индивидуального обучения (Individual Education Plan, или IEP)?  Да  Нет

Если да, ответьте на приведённые ниже вопросы и приложите к заявлению копию IFSP или IEP

➤ Отметьте все категории IEP/IFSP:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Аутизм                     | <input type="checkbox"/> Умственная отсталость        | <input type="checkbox"/> Специфическое нарушение способности к обучению |
| <input type="checkbox"/> Глухота-слепота            | <input type="checkbox"/> Несколько видов инвалидности | <input type="checkbox"/> Нарушение, связанное с речью/языком            |
| <input type="checkbox"/> Задержка в развитии        | <input type="checkbox"/> Ортопедическое нарушение     | <input type="checkbox"/> Травматическое повреждение мозга               |
| <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство | <input type="checkbox"/> Другое нарушение здоровья    | <input type="checkbox"/> Нарушение зрения                               |
| <input type="checkbox"/> Нарушение слуха            |   |   |

➤ Предлагается ли/доступна ли вам программа Special Ed Preschool или Birth-to-3?  Да  Нет  Я не знаю

Беспокоит ли вас что-либо в здоровье и развитии вашего ребёнка? Отметьте все подходящие варианты:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (менее 5,8 фунтов) | <input type="checkbox"/> Психическое здоровье – Опишите: _____                                | <input type="checkbox"/> Поведение – Опишите: _____       |
| <input type="checkbox"/> Слух                                      | <input type="checkbox"/> Непереносимость пищевых продуктов/специальная диета – Опишите: _____ | <input type="checkbox"/> Речь/язык                        |
| <input type="checkbox"/> Зрение                                    |   | <input type="checkbox"/> Мелкая моторика/крупная моторика |
| <input type="checkbox"/> Зубная боль/кариес/кровоточащие десны     |   | <input type="checkbox"/> Другое – укажите: _____          |
| <input type="checkbox"/> Влияние наркотиков/алкоголя               |   |   |

Есть ли у данного ребёнка медицинская страховка?

- Да – Какого типа?
- Washington Apple Health/ProviderOne  Частное страхование  Племенное или воинское медицинское страхование
- Нет

Есть ли у данного ребёнка постоянный врач или клиника?  Да  Нет

Проходил ли данный ребёнок регулярное обследование за последние 12 месяцев?  Да – Дата последнего обследования: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Дата неизвестна  Нет

Есть ли у данного ребёнка стоматологическая страховка?

- Да – Какого типа?
- Washington Apple Health/ProviderOne  Частное страхование  Племенное или воинское стоматологическое страхование
- Нет

Есть ли у данного ребёнка постоянный стоматолог или стоматологическая клиника?  Да  Нет

Проходил ли данный ребёнок стоматологическое обследование за последние 6 месяцев?  Да – Дата последнего обследования: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Дата неизвестна  Нет

СВЕДЕНИЯ О РЕБЁНКЕ

**Сведения о семье**

**Родитель/опекун 1**

**Родитель/опекун 2**

❖ ФИО:		
❖ Родственная связь с ребёнком:	<input type="checkbox"/> Биологический/приёмный/патронатный родитель <input type="checkbox"/> Отчим или мачеха <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <input type="checkbox"/> Другой родственник <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Биологический/приёмный/патронатный родитель <input type="checkbox"/> Отчим или мачеха <input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка <input type="checkbox"/> Другой родственник <input type="checkbox"/> Другое
❖ Дата рождения:	____/____/____ Месяц/число/год	____/____/____ Месяц/число/год
Сколько вам было лет, когда родился данный ребёнок?	_____	_____
❖ Адрес:		
❖ Телефон:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий
❖ Альтернативный телефон:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2018 – 2019 гг.

	❖ Адрес эл. почты:	
--	--------------------	--

  

	Сведения о семье	Родитель/опекун 1	Родитель/опекун 2
❖ Вам нужен переводчик?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
❖ На каком(их) языке(ах) вы говорите?		_____	_____
Есть ли у вас аттестат средней школы или GED (Свидетельство о среднем образовании)?		<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> Нет – Сколько <b>классов</b> вы закончили? _____	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Аттестат средней школы <input type="checkbox"/> Нет – Сколько <b>классов</b> вы закончили? _____
Какова самая высокая <b>степень</b> вашего образования?		<input type="checkbox"/> Учёба в колледже/подготовка по специальности <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Учёба в колледже/подготовка по специальности <input type="checkbox"/> Диплом колледжа/сертификат специалиста <input type="checkbox"/> Диплом младшего специалиста <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Диплом магистра <input type="checkbox"/> Нет
❖ Работаете ли вы в настоящее время?		<input type="checkbox"/> Да – Сколько часов в неделю? _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пенсионер/инвалид <input type="checkbox"/> Сезонный работник	<input type="checkbox"/> Да – Сколько часов в неделю? _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пенсионер/инвалид <input type="checkbox"/> Сезонный работник
❖ Проходите ли вы в настоящее время профессиональное или академическое обучение?		<input type="checkbox"/> Да – Сколько часов в неделю? _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да – Сколько часов в неделю? _____ <input type="checkbox"/> Нет
❖ Участвуете ли вы в утверждённых мероприятиях WorkFirst?		<input type="checkbox"/> Да – опишите мероприятие и утверждённое число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да – опишите мероприятие и утверждённое число часов в неделю: _____ <input type="checkbox"/> Нет
Состоите ли вы на действительной воинской службе США?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли вы военнослужащим подразделения Национальной гвардии или Воинского резерва?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли военным ветераном США?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Отметьте те пункты, которые вызывают у вас беспокойство в отношении <b>себя/членов семьи, проживающих в вашем доме</b> и по которым мы можем оказать вам помощь: <input type="checkbox"/> Ранее был бездомным (за последние 12 месяцев) <input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка является инвалидом <input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка находится в зоне боевых действий в настоящее время или находился там в течение последнего года <input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка находится в заключении		<input type="checkbox"/> Психическое заболевание/консультирование члена семьи, включая материнскую депрессию. <input type="checkbox"/> Родитель/опекун ребёнка является рабочим-мигрантом <input type="checkbox"/> Домашнее насилие в семье (в прошлом или настоящем) <input type="checkbox"/> Проблемы злоупотребления наркотиками, алкоголем или запрещёнными веществами в семье <input type="checkbox"/> Семья не получает или почти не получает помощи от других членов семьи или друзей	
<input type="checkbox"/> У других членов семьи нет медицинской или стоматологической страховки <input type="checkbox"/> У других членов семьи нет медицинской или стоматологической клиники <input type="checkbox"/> У родителя/опекуна ребёнка есть проблемы со здоровьем <input type="checkbox"/> У родителя/опекуна ребёнка имеются трудности в обучении		<input type="checkbox"/> Получение или сохранение работы <input type="checkbox"/> Проблемы с жильём <input type="checkbox"/> Юридические проблемы <input type="checkbox"/> Недавний иммигрант/беженец (за последние 5 лет)	

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

# Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2018 – 2019 гг.

## Сведения о семье

- ❖ Ребенок проживает с:
  - Одним родителем/опекуном
  - Двумя родителями/опекунами в одном доме
  - Двумя родителями/опекунами в двух домах – Имеется ли у одного из них статус основного официального опекуна?
    - Да – Кто из родителей имеет статус основного официального опекуна? \_\_\_\_\_
    - Нет – Получает ли один из родителей пособие на ребёнка от другого?
      - Да – Кто из родителей получает пособие на ребёнка? \_\_\_\_\_
      - Нет

❖ Укажите других людей, проживающих в вашем доме. Не указывайте себя или своего ребёнка.  
**Если вам необходимо больше места, пишите на отдельном листе бумаге и приложите его к заявлению.**

ФИО (имя и фамилия)	Дата рождения (Месяц/Число/Год)	Родственная связь с ребёнком	Оказываете ли вы финансовую помощь этому человеку?	Является ли этот человек вашим родственником по крови, браку или усыновлению?
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

- ❖ Живёт ли данный ребёнок с опекуном, который не является его родителем или приёмным родителем?
  - Да
    - Получает ли этот человек от имени ребёнка пособия от государства, племени или выплаты в рамках дополнительного социального дохода (SSI)?  Да  Нет
  - Нет

Получаете ли вы, ваш ребёнок или другой член вашей семьи эти виды дохода? Отметьте все подходящие варианты:

- TANF
  - Предназначены ли они только ребёнку?  Да  Нет
  - Получаете ли вы субсидии на ребёнка в рамках Working Connections Child Care Subsidy?  Да  Нет
- Дополнительный социальный доход (SSI) для инвалидов
  - Родственная связь с ребёнком: \_\_\_\_\_
- Доход ребёнка, проживающего у приёмных родителей

❖ Общий сметный доход домохозяйства за последний календарный год или последние 12 месяцев: \_\_\_\_\_  
**Приложите к заявлению документ, подтверждающий доход и размер семьи.**

❖ Предоставляются ли в настоящее время вашей семье услуги в рамках программ Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR) или Indian Child Welfare (ICW)?  Да  Нет

❖ Утверждён ли в настоящее время уход за детьми в вашей семье в рамках программы CPS или FAR?  
 Да – Утверждённое количество часов в неделю: \_\_\_\_\_  Нет

❖ Предоставлялись ли вашей семье услуги в рамках CPS или ICW в прошлом?  Да  Нет

❖ Каково в настоящее время положение вашей семьи с жильём?  
 Снимает  Владеет  Другое – Если отмечен данный пункт, заполните прилагаемую Анкету по жилищным вопросам

Получает ли данная семья жилищные субсидии, такие как жилищный ваучер или финансовую помощь с оплатой жилья?  Да  Нет

- ❖ Как вы узнали о нашей программе? Отметьте все подходящие варианты:
  - Веб-сайт  Мероприятие в вашем районе  Листовка  СМИ  Устное общение  Сотрудники отделения  Бывший родитель
  - Местная общественная организация/Куратор, ведущий дело – Укажите: \_\_\_\_\_  Другое – Укажите: \_\_\_\_\_

Я ответил на эти вопросы на основании известной мне информации и предоставил ту запрошенную документацию, которая у меня имеется.

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

**Заявление о зачислении в Программу обучения детей младшего возраста (Early Learning) 2018 – 2019 гг.**

**STAFF ONLY: Returning Child Information**

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

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

**Анкета по жилищным вопросам**

Название и адрес отделения
----------------------------

Если вы владеете своим домом или снимаете его, то вам не нужно заполнять данную форму.

Ответы на приведённые ниже вопросы могут помочь в определении тех услуг, которые могут предоставляться вашему ребёнку. Закон Мак-Кинни-Венто (McKinney-Vento Act) предусматривает предоставление услуг и помощи детям и молодёжи, которые являются бездомными. (Дополнительную информацию см. на следующей странице)

Если вы не владеете своим домом или не снимаете его, расскажите о своей текущей ситуации с жильём. Отметьте ниже все подходящие варианты:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> В мотеле  | <input type="checkbox"/> В жилье с недостатком удобств (отсутствие воды, отопления, электричества и т.д.) |
| <input type="checkbox"/> В приюте  | <input type="checkbox"/> Переезды из одного места в другое/жизнь там, где предложат                       |
| <input type="checkbox"/> В чужом доме или квартире вместе с другой семьёй –<br>Отметьте один пункт:            | <input type="checkbox"/> Машина, парк, кемпинг или аналогичное место                                      |
| ➤ <input type="checkbox"/> По своему выбору  | <input type="checkbox"/> Временное жильё  |
| ➤ <input type="checkbox"/> В связи с потерей жилья,<br>экономическими проблемами или по<br>аналогичной причине | <input type="checkbox"/> Другое – Опишите:  |

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

ФИО ребёнка: \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Инициал второго имени \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_  
Месяц/число/год

- Ребёнок является беспризорным (не проживает с родителем или официальным опекуном)  
 Ребёнок проживает с родителем или официальным опекуном

Адрес текущего жилья: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ ФИО контактного лица: \_\_\_\_\_

**Я заявляю, будучи предупреждённым об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, предусмотренной законами штата Вашингтон, что предоставленная здесь информация является точной и достоверной.**

ФИО родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_



## РАЗД. 725. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Для целей настоящего подраздела:

(1) Термины «зарегистрироваться» и «регистрация» включают посещение школьных мероприятий и участие в них в полном объеме.

(2) Термин «бездомные дети и молодёжь» —

(A) означает лиц, не имеющих постоянного, регулярного и адекватного жилья на ночь (в рамках значения раздела 103(a)(1)); а также

(B) включает —

(i) детей и молодёжь, которые проживают в жилье других людей в связи с утратой жилья, экономическими проблемами или по аналогичным причинам; живут в мотелях, отелях, трейлерных парках или кемпингах в связи с отсутствием другого адекватного жилья; живут в аварийных убежищах или временных приютах; брошены в больницы;

(ii) детей и молодёжь, которым основным местом ночёвки служит общественное место или частное владение, не предназначенное или обычно не используемое для регулярной ночёвки людей (в рамках значения раздела 103(a)(2)(C));

(iii) детей и молодёжь, которые живут в машинах, парках, общественных местах, брошенных зданиях, жилье ниже требований стандарта, на автобусных или железнодорожных вокзалах или в аналогичных условиях; а также

(iv) детей-мигрантов (в определении этого термина, приведённом в разделе 1309 Закона о начальном и среднем образовании 1965 года), которые считаются бездомными для целей настоящего подраздела в связи с тем, что эти дети живут в условиях, описанных в статьях с (i) по (iii) включительно.

(3) Термин «беспризорные дети» включает молодёжь, которая не находится под физическим надзором родителя или опекуна.

## Дополнительные ресурсы

Информацию и ресурсы для родителей можно найти по следующим адресам:

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

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

### STAFF ONLY

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

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

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