

## روش ثبت نام در Puget Sound ESD Early Head Start Programs

خوش آمدید!

لطفا یک بسته ثبت نام مستقل را تکمیل کرده و مدارک مورد درخواست را الحاق کنید.

با اطلاعات شما بگونه ای محرمانه برخورد خواهد شد. ما به وضعیت مهاجرتی شما نیازی نداشته، آن را بررسی نکرده و یا گزارش نمی دهیم.

واجد شرایط بودن برای برنامه ما بر اساس وضعیت درآمد خانواده و نه بر اساس تاریخی که شما ثبت نام کرده اید تعیین می شود.

ظرفیت برنامه های ما به سرعت تکمیل می شوند، بنابراین هر چه سریعتر نسبت به ثبت نام اقدام کنید!



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

لطفا مراحل زیر را دنبال کنید:



یکی کپی از مدارک اثبات کننده تعداد افراد خانواده خود را الصاق کنید.

یکی کپی از مدارک اثبات کننده وضعیت درآمد خانواده خود را الصاق کنید.

فرم ثبت نام را با خودکار آبی یا مشکی پر کنید.

برای اینکار از یکی از این مدارک استفاده کنید:

- برگه اظهارنامه مالیاتی سال قبل
- اجاره نامه منزل

تمامی موارد زیر که در دسترس دارید را ارائه کنید:

- برگه اظهارنامه مالیاتی سال قبل
- فرم W-2 سال قبل
- رسیدهای پرداخت های انجام شده به شما در 12 ماه گذشته
- نامه های مزایای SSI/TANF در خلال 12 ماه گذشته
- اجازه نامه نگهداری از کودک
- پرداخت های انجام شده برای نگهداری از کودک
- نامه استخدام که در آن مجموع حقوق ناخالص شما در 12 ماه گذشته ذکر شده باشد



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

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

فراموش نکنید که فرم درخواست ثبت نام تکمیل شده خود را هر چه سریعتر ارسال کنید؛ با تشکر از شما برای انتخاب

ما! Early Head Start Programs

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

نشانی:



شماره تلفن:

STAFF ONLY	Date received:	Site ID/Name:
	Date staff reviewed application with family:	Date sent to PSESD:

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

تاریخ احتمالی زایمان:		
اطلاعات مربوط به خانواده	مادر باردار	ولی دوم
نام:		
❖ تاریخ تولد:	____/____/____ ماه/روز/سال	____/____/____ ماه/روز/سال
	اگر نه اخیراً، آیا تابحال در گذشته و در نوجوانی پدر یا مادر شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	اگر نه اخیراً، آیا تابحال در گذشته و در نوجوانی پدر یا مادر شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
نشانی:		آیا شما با مادر در انتظار فرزند زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر - آدرس را در زیر ذکر کنید:
تلفن:	____-____-____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	____-____-____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>
شماره تلفن دیگری که با آن بتوان با شما تماس گرفت:	____-____-____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>	____-____-____ محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/>
آدرس ایمیل:		
بهترین راه تماس با شما چیست؟	<input type="checkbox"/> تماس با تلفن منزل <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پیامک	<input type="checkbox"/> تماس با تلفن منزل <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پیامک
بهترین موقع برای تماس با شما چه زمانی است؟	<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> ظهر <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> تمامی مواقع	<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> ظهر <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> تمامی مواقع
<b>جمع آوری اطلاعات زیر به ما کمک می کند تا مناسب ترین و منحصربرفرد ترین خدمات و پشتیبانی های فرهنگی را برای خانواده شما ارائه کنیم.</b>		
آیا شما فردی اسپانیایی/لاتین تبار هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی - لطفا کشور مبداء را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی - لطفا کشور مبداء را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> خیر
نژاد خود را چگونه معرفی می کنید؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی-آمریکایی/سیاه پوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> آسیایی ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا ساکن جزایر اقیانوس آرام ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> سفیدپوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی-آمریکایی/سیاه پوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> آسیایی ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/سرخپوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا ساکن جزایر اقیانوس آرام ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____ <input type="checkbox"/> سفیدپوست ↳ لطفا کشور مبداء/قبیله را ذکر کرده و یا درباره آن توضیح دهید: _____
	در صورتی که نژاد فرزند شما در بالا ذکر نشده است، لطفا در اینجا درباره آن توضیح دهید:	در صورتی که نژاد فرزند شما در بالا ذکر نشده است، لطفا در اینجا درباره آن توضیح دهید:

اطلاعات خانواده

اطلاعات مربوط به خانواده	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا شما دارای مدرک دبلیوم یا GED هستید؟ آیا شما دارای مدرک دبلیوم یا GED هستید؟ هیچکدام - بالاترین کلاسی در آن تحصیل کرده اید کدام است؟ هیچکدام - بالاترین کلاسی در آن تحصیل کرده اید کدام است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا شما به برنامه Early Head Start (EHS) معرفی شده اید؟ نام فرد یا سازمان معرف:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا شما در حال حاضر خدمات WIC دریافت می کنید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا شما در حال حاضر در یکی از برنامه های EHS ثبت نام شده اید؟ نام برنامه:	لطفا موارد نگرانی خود برای خود یا خانواده خود که شاید ما بتوانیم در آن زمینه ها به شما کمک کنیم را مشخص نمایید: <input type="checkbox"/> خدمات مراقبتی والدین <input type="checkbox"/> حاملگی با ریسک بالا <input type="checkbox"/> عدم وجود پوشش بیمه پزشکی/دندانپزشکی <input type="checkbox"/> نداشتن پزشک/ماما/دندانپزشک <input type="checkbox"/> کمک در زمینه لباس ها، اثاثیه و تجهیزات مربوط به نوزاد <input type="checkbox"/> پدر یا مادر/سرپرست نوزاد دارای مشکلات یادگیری می باشد <input type="checkbox"/> بی خانمان بودن قبلی (در 12 ماه قبل) <input type="checkbox"/> پدر یا مادر/سرپرست معلول می باشد <input type="checkbox"/> پدر یا مادر/سرپرست در حال حاضر به منطقه نبرد اعزام شده و یا در خلال 12 ماه گذشته در این منطقه بوده است <input type="checkbox"/> پدر یا مادر/سرپرست محبوس می باشد
<b>اطلاعات مربوط به وضعیت درآمد</b> آیا شما، یا یکی از اعضای خانواده شما این نوع درآمدها را دریافت می کند؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> آیا این مبلغ تنها برای کودک می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا شما از پارانه Working Connections Child Care Subsidy برخوردار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درآمد خانوار در طول سال تقویمی گذشته یا 12 ماه گذشته*: تعداد افراد خانواده یا منزل شما که توسط مجموع درآمد شما تحت پوشش و پشتیبانی قرار می گیرند ( حاملگی را هم در تعداد افراد خانواده لحاظ کنید): لطفا مدارک اثبات کننده میزان درآمد و تعداد افراد خانواده را به همراه این فرم ثبت نام ارائه کنید. آیا خانواده شما در حال حاضر خدماتی را از طریق Child Protective Services (CPS) ، و Family Assessment Response (FAR) یا Indian Child Welfare (ICW) دریافت می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا خانواده شما در گذشته خدماتی را از CPS یا ICW دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر وضعیت مسکن فعلی خانواده شما چگونه است؟ <input type="checkbox"/> اجاره ای <input type="checkbox"/> تحت مالکیت <input type="checkbox"/> سایر موارد - اگر این مورد را انتخاب کرده اید، لطفا پرسشنامه مربوط به محل سکونت را تکمیل کنید.	
از چه طریق از وجود این برنامه آگاه شدید؟ همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> وب سایت <input type="checkbox"/> رویدادی در همسایگی <input type="checkbox"/> پوستر <input type="checkbox"/> رسانه <input type="checkbox"/> از زبان دیگران <input type="checkbox"/> کارکنان سایت <input type="checkbox"/> یکی از والدین مشارکت کننده از قبل <input type="checkbox"/> یک سازمان فعال در جامعه/کارمند مشغول کار بر روی پرونده - لطفا مشخص کنید: <input type="checkbox"/> سایر موارد - لطفا مشخص کنید.	

اطلاعات مربوط به خانواده

اطلاعات مربوط به وضعیت درآمد

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

امضاء پدر یا مادر/قیم: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

## پرسشنامه مربوط به مسکن

نام محل و آدرس آن

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

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

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

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

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

نام مادر باردار: \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ ماه/روز/سال \_\_\_\_\_

آدرس محل فعلی سکونت: \_\_\_\_\_

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

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

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

امضاء: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

## بخش 725. تعاریف

در این بند فرعی:

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

(2) عبارت کودکان و جوانان بی خانمان -

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

(ب) شامل این افراد می شود -

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

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

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

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

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

## منابع اضافی

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

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