

Puget Sound ESD Early Head Start Programs के लिए आवेदन कैसे करें.

आपका स्वागत है!

कृपया एक आवेदन भरें और जरूरी दस्तावेजों को संलग्न करें.

आपकी जानकारी गोपनीय है. हमें आत्रजन की स्थिति की जांच अथवा रिपोर्ट की आवश्यकता नहीं है.
 हमारे प्रोग्राम की योग्यता 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.



परिवार की आय के प्रमाणपत्र की कॉपी संलग्न करें.



परिवार के आकार के प्रमाण की प्रतिलिपि संलग्न करें.

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:

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 Early Head Start प्रोग्राम को चुनने के लिए शुक्रिया!

2018-2019 गर्भवती माँ का आवेदन

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

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

शिशु की अनुमानित जन्म तिथि:		
पारिवारिक जानकारी	गर्भवती माँ	पिता
नाम:		
❖ जन्म तिथि:	____/____/____ महीना/दिन/साल अभी नहीं तो, क्या पहले किशोरवय में माता-पिता रहे हैं? 1 हां 2 नहीं <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	____/____/____ महीना/दिन/साल अभी नहीं तो, क्या पहले किशोरवय में माता-पिता रहे हैं? 1 हां 2 नहीं <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
पता:		क्या आप गर्भवती माँ के साथ रह रहे हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं – नीचे पता लिखें:
फोन:	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय
वैकल्पिक फोन नंबर:	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय	____-____-____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय
ईमेल पता:		
आपसे संपर्क करने का सबसे बढ़िया तरीका कौनसा है?	<input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/> ईमेल <input type="checkbox"/> संदेश	<input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/> ईमेल <input type="checkbox"/> संदेश
आपसे संपर्क करने का सबसे सही वक्त कौनसा है?	<input type="checkbox"/> सुबह <input type="checkbox"/> दोपहर <input type="checkbox"/> शाम <input type="checkbox"/> किसी भी वक्त	<input type="checkbox"/> सुबह <input type="checkbox"/> दोपहर <input type="checkbox"/> शाम <input type="checkbox"/> किसी भी वक्त
नीचे दी गई सूचना हमें यह तय करने में मदद करेगी कि आपके परिवार के लिए सांस्कृतिक रूप से सबसे अच्छी सेवा और सहायता क्या होगी.		
क्या आप लातिन अमेरिकी हैं?	<input type="checkbox"/> हां - कृपया अपने देश का नाम और विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां - कृपया अपने देश का नाम और विवरण दें: _____ <input type="checkbox"/> नहीं
आप अपनी नस्ल(नस्लों)/जाति(जातियों) की पहचान कैसे करें? 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: _____	<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: _____

परिवार का ब्योरा

2018-2019 गर्भवती माँ का आवेदन

पारिवारिक जानकारी	पारिवारिक जानकारी	
	क्या आपको दुभाषिण की आवश्यकता है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
	आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं?	_____
	क्या आपके पास हाई स्कूल डिप्लोमा या GED है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
पारिवारिक जानकारी	आपकी सबसे उच्च डिग्री क्या है?	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> हाईस्कूल डिप्लोमा <input type="checkbox"/> कोई नहीं – आप की उच्चतम शिक्षा क्या है? _____ <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
	क्या आप वर्तमान में WIC सेवाएँ ले रही हैं?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
	आपको Early Head Start (EHS) प्रोग्राम के बारे में किसने बताया? <input type="checkbox"/> हां – व्यक्ति/एजेंसी का नाम: _____ <input type="checkbox"/> नहीं	
	क्या आप अभी EHS प्रोग्राम से जुड़े हुए हैं? <input type="checkbox"/> हां – प्रोग्राम का नाम: _____ <input type="checkbox"/> नहीं	
आय की जानकारी	कृपया अपने/अपने परिवार की चिंता के उन विषयों को जांचें जिनमें हम आपकी मदद कर सकते हैं:	
	<input type="checkbox"/> प्रसवपूर्व देखभाल सेवा <input type="checkbox"/> बेहद जोखिम भरी गर्भावस्था <input type="checkbox"/> कोई स्वास्थ्य कवरेज/दंत कवरेज नहीं <input type="checkbox"/> चिकित्सक/धाई/दंत चिकित्सक नहीं <input type="checkbox"/> बच्चे के लिए कपड़े, फर्नीचर, उपकरण <input type="checkbox"/> माता-पिता/ अभिभावक को सीखने में परेशानी <input type="checkbox"/> पहले बेघर थे (पिछले 12 महीनों में) <input type="checkbox"/> माता-पिता/अभिभावक शारीरिक रूप से अक्षम <input type="checkbox"/> माता-पिता/अभिभावक फिलहाल अथवा पिछले 12 महीने से युद्ध क्षेत्र में तैनात <input type="checkbox"/> माता-पिता/अभिभावक बंधक बनाए गए	<input type="checkbox"/> घरेलू मानसिक बीमारी/परामर्श, साथ ही मातृक अवसाद <input type="checkbox"/> माता-पिता/अभिभावक प्रवासी कामगार <input type="checkbox"/> घरेलू हिंसा (पूर्व अथवा वर्तमान) <input type="checkbox"/> परिवार में ड्रग्स अथवा शराब संबंधी समस्या अथवा बुरा बर्ताव <input type="checkbox"/> परिवार को दूसरे परिवार अथवा मित्रों से थोड़ा या कोई सहयोग नहीं <input type="checkbox"/> नौकरी पाना अथवा नौकरी में बने रहना <input type="checkbox"/> घर से जुड़ी चिंताएं <input type="checkbox"/> कानूनी चिंताएं <input type="checkbox"/> हालिया प्रवास/शरणार्थी (पिछले 5 वर्षों से)
	आय की जानकारी क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य की इस तरह की आय है? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> विकलांगता के लिए पूरक सुरक्षा आय (SSI) <input type="checkbox"/> पाल्य शिशु आय <input type="checkbox"/> क्या यह सिर्फ बच्चों के लिए है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> अजन्मे बच्चे से व्यक्ति से रिश्ता: <input type="checkbox"/> क्या आपके पास Working Connections Child Care सब्सिडी उपलब्ध है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	
	पिछले कैलेंडर वर्ष अथवा पिछले 12 महीनों में कुल अनुमानित घरेलू आय*: _____ परिवार के सदस्यों की संख्या जो आपकी कुल आय पर निर्भर हैं (गर्भावस्था को अपने परिवार के आकार में जोड़ें) कृपया आय का प्रमाण और परिवार के आकार): _____ का प्रमाण इस आवेदन के साथ संलग्न करें.	
आय की जानकारी	क्या आपका परिवार बाल संरक्षण सेवा (CPS), परिवार निर्धारण अनुक्रिया (FAR) अथवा भारतीय बाल कल्याण (ICW) की सेवाएं पा रहा है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं क्या आपके परिवार को पूर्व में CPS और ICW की सेवा मिली है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं आपके घर की वर्तमान स्थिति क्या है? <input type="checkbox"/> किराये पर <input type="checkbox"/> अपना <input type="checkbox"/> अन्य – अगर इसकी जांच की जाती है तो कृपया संलग्न करें <i>आवास से जुड़े सवाल.</i>	
	आपको हमारे कार्यक्रम की जानकारी कैसे मिली? उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं: <input type="checkbox"/> वेबसाइट <input type="checkbox"/> सामुदायिक कार्यक्रम <input type="checkbox"/> विज्ञापन <input type="checkbox"/> मीडिया <input type="checkbox"/> लोगों से <input type="checkbox"/> साइट कर्मचारियों से <input type="checkbox"/> पूर्व विद्यार्थियों के माता-पिता से <input type="checkbox"/> सामुदायिक एजेंसी/केस कामगार – कृपया उल्लेख करें: _____ <input type="checkbox"/> 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: _____	

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.

गर्भवती मां का नाम: _____ पहला _____ मध्य _____ अंतिम _____

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

वर्तमान आवासीय पता: _____

फोन नंबर: _____ संपर्क का नाम: _____

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

नाम: _____

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: _____