

Early Head Start Programs मा कसरी आवेदन दिने ।

स्वागतम ।

कृपया एउटा आवेदनको पाकेट भर्नुहोस् र आग्रह गरिएको कागजात संलग्न गर्नुहोस् ।
 तपाईंको जानकारी गोप्य हुन्छ । तपाईंले अध्यागमन अवस्थाको बारेमा आवश्यक जाँच गर्न वा प्रतिवेदन दिनु जरुरी छैन ।
 हाम्रो कार्यक्रममा योग्यता तपाईंले निवेदन दिनुभएको मितिबाट होइन तर पारिवारिक आम्दानीबाट निर्धारण हुन्छ ।
 हाम्रो कार्यक्रम छिटो भरिँदै 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 पारिवारिक आम्दानीको प्रमाणको एक प्रति संलग्न गर्नुहोस् ।



तपाईंको परिवारको आआकारको प्रमाणको प्रति संलग्न गर्नुहोस् ।

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 समय 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 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 Early Head Start Programs छान्नुभएको निम्ति तपाईंलाई धन्यवाद ।

तपाईंको आवेदनमा भएको जानकारी गोप्य हुन्छ र हाम्रो अर्ली हेड स्टार्ट कार्यक्रमको निम्ति तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न मात्रै प्रयोग गरिन्छ । अध्यागमन अवस्थाको बारेमा आआग्रह, जाँच वा प्रतिवेदन हामीलाई चाहिँदैन ।

| बच्चाको बाँकी मिति: | | |
|---|---|---|
| पारिवारिक जानकारी | आशा गरिएको आमा | दोस्रो अभिभावक |
| नामः | | |
| ❖ जन्म मिति: | ____/____/____ महिना / दिन/ वर्ष हालैमा छैन भने विगतमा के तपाईं किशोर अभिभावक हुनुहुन्थ्यो ? <input type="checkbox"/> थिएँ <input type="checkbox"/> थिइँन | ____/____/____ महिना / दिन/ वर्ष हालैमा छैन भने विगतमा के तपाईं किशोर अभिभावक हुनुहुन्थ्यो ? <input type="checkbox"/> थिएँ <input type="checkbox"/> थिइँन |
| ठेगाना: | | के तपाईं आशा गरिएको आमासँग बसिरहनुभएको छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> छैन - तल ठेगाना लेखुहोस्: |
| 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: | | |
| तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उचित माध्यम के हो? | <input type="checkbox"/> फोन कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> सन्देश | <input type="checkbox"/> फोन कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> सन्देश |
| तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबैभन्दा उपयुक्त समय कुन हो ? | <input type="checkbox"/> बिहान <input type="checkbox"/> दिउँसो <input type="checkbox"/> साँझ <input type="checkbox"/> कुनै पनि समयमा | <input type="checkbox"/> बिहान <input type="checkbox"/> दिउँसो <input type="checkbox"/> साँझ <input type="checkbox"/> कुनै पनि समयमा |
| तल संकलन गरिएको जानकारीले सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त सेवाहरू र सहायताहरू तपाईंको परिवारलाई अद्वितीय रूपमा निर्धारण गर्न हामीलाई सहायता गर्दछ । | | |
| के तपाईंले Hispanic/Latino (हिस्पानिक/ल्याटिनो) को रूपमा पहिचान गर्नुहुन्छ ? | <input type="checkbox"/> छ - कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> होइन | <input type="checkbox"/> छ - कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> होइन |
| तपाईंले आफ्नो वंश कसरी पहिचान गर्नुहुन्छ ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: | <input type="checkbox"/> अफ्रिकी/अफ्रिकी अमेरिकी/काला जाति (African/African American/Black) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> एसियाली (Asian) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> अलास्का स्थानीय/स्थानीय अमेरिकी/अमेरिकी इन्डियन (Alaska Native/Native American/American Indian) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> स्थानीय हवाईवासी वा प्यासेफिक आइल्याण्डमा बस्नेहरू (Native Hawaiian or Pacific Islander) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> गोरो जाति (White) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ | <input type="checkbox"/> अफ्रिकी/अफ्रिकी अमेरिकी/काला जाति (African/African American/Black) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> एसियाली (Asian) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> अलास्का स्थानीय/स्थानीय अमेरिकी/अमेरिकी इन्डियन (Alaska Native/Native American/American Indian) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> स्थानीय हवाईवासी वा प्यासेफिक आइल्याण्डमा बस्नेहरू (Native Hawaiian or Pacific Islander) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> गोरो जाति (White) ➢ कृपया वर्णन गर्नुहोस् अथवा आफ्नो जाति/देशको बारेमा लेखुहोस्: _____ |
| माथि उल्लेख गरिएको छैन भने कृपया तपाईंको बच्चाको वंश वर्णन गर्नुहोस्: | | माथि उल्लेख गरिएको छैन भने कृपया तपाईंको बच्चाको वंश वर्णन गर्नुहोस्: |
| पारिवारिक जानकारी | | |
| तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? | <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन | <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन |
| तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ ? | _____ | _____ |

पारिवारिक जानकारी

पारिवारिक जानकारी

गर्भवती आमाको निवेदन 2018-2019

| | | |
|---|---|--|
| के तपाईंले हाइस्कूल डिप्लोमा वा GED पाउनुभएको थियो ? | <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल डिप्लोमा <input type="checkbox"/> छैन - तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च कक्षा कुन हो ? _____ | <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल डिप्लोमा <input type="checkbox"/> छैन - तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च कक्षा कुन हो ? _____ |
| तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च डिग्री के हो ? | <input type="checkbox"/> केही कलेज/एडभान्स तालिम <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/पेशागत प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> सम्बन्धित डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> स्नाकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> केही पनि छैन | <input type="checkbox"/> केही कलेज/एडभान्स तालिम <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/पेशागत प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> सम्बन्धित डिग्री <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> स्नाकोत्तर डिग्री <input type="checkbox"/> केही पनि छैन |
| के तपाईंले हालैमा WIC सेवाहरू प्राप्त गरिरहनुभएको छ ? | <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन | |
| के तपाईंलाई अर्ली हेड स्टार्ट (EHS) मा सिफारिस गरिएको थियो ? | <input type="checkbox"/> थियो - सिफारिस गर्ने व्यक्ति/एजेन्सीको नाम: _____ <input type="checkbox"/> होइन | |
| के तपाईं हालैमा EHS कार्यक्रममा भर्ना हुनुभएको छ ? | <input type="checkbox"/> छ - कार्यक्रमको नाम: _____ <input type="checkbox"/> होइन | |
| कृपया तपाईं/तपाईंको परिवारको निम्ति तपाईंमा भएको चासोको क्षेत्रहरूमा जाँच गर्नुहोस्, जसमा हामीले तपाईंलाई सहायता गर्न सक्षम हुन सक्छौं: | | |
| <input type="checkbox"/> अभिभावकीय स्याहार सेवाहरू <input type="checkbox"/> गर्भावस्थाको उच्च जोखिम <input type="checkbox"/> मेडिकल सीमा/दन्त सीमा नभएको <input type="checkbox"/> डाक्टर/सुडेनी/दन्त चिकित्सक नभएको <input type="checkbox"/> लुगा, फर्निचर, बच्चाको लागि सामग्रीहरूको साथमा सहायता <input type="checkbox"/> अभिभावकमा सिकने समस्या भएको छ <input type="checkbox"/> विगतमा घरविहीन (विगत 12 महिनामा) <input type="checkbox"/> अभिभावक अपाङ्ग छ <input type="checkbox"/> अभिभावक हालैमा लडाइँको क्षेत्रमा पठाइएको वा विगत 12 महिनाभित्र गएको थियो <input type="checkbox"/> अभिभावक कैदमा छ | <input type="checkbox"/> मातृ नैराश्र्यताको साथमा परिवारमा मानसिक समस्या/परामर्श <input type="checkbox"/> अभिभावक आप्रवासी कामदार हो <input type="checkbox"/> घरायसी आन्तरिक हिंसा (विगतमा वा वर्तमानमा) <input type="checkbox"/> घरायसी लागुपदार्थ/मद्यपानको समस्या वा केही कुराको दुर्व्यसनी <input type="checkbox"/> अन्य परिवार वा साथीहरूबाट परिवारले थोप्रे वा केही पनि सहायता पाएको छैन <input type="checkbox"/> जागिर पाउन वा कायम राख्नमा <input type="checkbox"/> घरका चासोहरू <input type="checkbox"/> वैधानिक चासोहरू <input type="checkbox"/> हालैमा आप्रवासी/शरणार्थी (विगत 5 वर्ष) | |
| आम्दानीको जानकारी | | |
| तपाईं वा तपाईंको परिवारको सदस्यले आम्दानीका यी प्रकारहरू प्राप्त गरेको छ ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: | | |
| <input type="checkbox"/> TANF > के यो बच्चाको लागि मात्रै हो ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन > के तपाईंसँग Working Connections Child Care Subsidy छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन | <input type="checkbox"/> असक्षमताको निम्ति Supplemental Security Income (SSI) > नजन्मिएको बच्चाप्रति अभिभावकको नाता: _____ | <input type="checkbox"/> फोस्टर चाइल्ड आम्दानी |
| अघिल्लो वर्ष वा विगत 12 महिनाको* जम्मा अनुमानित घरायसी आम्दानी: _____ | | |
| तपाईंको जम्मा आम्दानीद्वारा सहायता गरिएको तपाईंको परिवारमा भएका मानिसहरूको सङ्ख्या (परिवारको आकारको रूपमा गर्भवतीलाई पनि समावेश गर्नुहोस्): _____ यो निवेदनको साथमा आम्दानीको प्रमाण र परिवारको आकार पनि समावेश गर्नुहोस् । | | |
| के तपाईंको परिवारले Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), अथवा Indian Child Welfare (ICW) बाट सेवाहरू प्राप्त गरिरहेको छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन | | |
| CPS वा ICW बाट विगतमा के तपाईंको परिवारले सेवाहरू प्राप्त गर्नुभएको छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन | | |
| तपाईंको वर्तमान घरको अवस्था कस्तो छ ? <input type="checkbox"/> भाडा <input type="checkbox"/> आफ्नै <input type="checkbox"/> अन्य - यो जाँच गरिएको छ भने कृपया दिइएको घरायसी प्रश्नावलीपूरा गर्नुहोस् । | | |
| तपाईंले हाम्रो कार्यक्रमको बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो ? लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: | | |
| <input type="checkbox"/> वेबसाइट <input type="checkbox"/> सामुदायिक कार्यक्रम <input type="checkbox"/> पर्चा <input type="checkbox"/> मिडिया <input type="checkbox"/> मुखले बताइएको <input type="checkbox"/> साइट स्टाफ <input type="checkbox"/> विगतमा भएका अभिभावक <input type="checkbox"/> सामुदायिक एजेन्सी/अवस्था अध्ययन गर्ने कर्मचारी - कृपया बताउनुहोस्: _____ <input type="checkbox"/> अन्य - कृपया बताउनुहोस्: _____ | | |

माग गरिएर उपलब्ध गरिएका कागजातहरू मसँग छन् र मेरो जानले भ्याएसम्म मैले प्रश्नहरूको जवाफ दिएको छु ।

अभिभावकको दस्तखत: _____ मिति: _____

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 निमित्त सेवाहरू र सहायताहरू प्रदान गर्दछ । (कृपया अधिक जानकारीको निमित्त अर्को पृष्ठमा हेर्नुहोस्)

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> मोटेलमा | <input type="checkbox"/> अनुपयुक्त स्थानमा आवास (पानी, ताप, विद्युत, आदि नभएको) |
| <input type="checkbox"/> अस्थायी आवास | <input type="checkbox"/> एक ठाउँबाट अर्को स्थानमा सर्ने/काउच सर्फिङ |
| <input type="checkbox"/> कसैको घरमा वा अर्को परिवारसँग अपार्टमेन्टमा - कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्: | <input type="checkbox"/> कार, पार्क, क्याम्प साइट वा उस्तै स्थान |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> छनोट गरेर ➤ <input type="checkbox"/> घर गुमाएको, आर्थिक समस्या वा सोही कारणले | <input type="checkbox"/> ट्रान्सिजसनल आवास |
| | <input type="checkbox"/> अन्य - कृपया वर्णन गर्नुहोस्: |

गर्भवती आमाको नाम: _____
 पहिलो _____ बीच _____ अन्तिम _____

जन्ममिति: _____ लिङ्ग: _____
 महिना/दिन/वर्ष

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 ।

नाम: _____

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 स्टेसनहरू 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) एक्लो युवा भन्ने शब्दले अभिभावकको भौतिक दायित्वमा नभएको युवा भनेर समावेश गर्छ ।

अतिरिक्त स्रोतहरू

अभिभावक जानकारी र स्रोतहरू तल दिइएको स्थानमा पाइन सकिन्छ:

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

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