

Як подати заяву на участь у програмах Puget Sound ESD Early Head Start Programs.

Вітаємо!

Будь ласка, заповніть один пакет заяви й додайте необхідні документи.

Ваша інформація є конфіденційною. Ми не вимагаємо повідомляти нас, не перевіряємо й не заявляємо у відповідні органи ваш імміграційний статус.

Право на участь у наших програмах визначається розміром доходу родини, а не датою подачі заяви.

Місяця в наших програмах заповнюються швидко, тому подайте заяву якнайшвидше!



Зв'яжіться з нами, якщо вам необхідна допомога в заповненні заяви або у вас немає усіх необхідних документів.

Будь ласка, виконайте наступні дії:



Заповніть форму заяви чорною або синьою ручкою.



Додайте копію документа, що підтверджує дохід родини.



Додайте копію документа, що підтверджує розмір родини.

Скористуйтеся одним з наступних документів:

- Податкова декларація за минулий рік
- Форма W-2 за минулий рік
- Корінці платіжних чеків за останні 12 місяців
- Листи про допомогу SSI/TANF за останні 12 місяців
- Грант на патронатний догляд
- Допомога на дитину
- Лист роботодавця із вказівкою загальної суми валового доходу за останні 12 місяців

Скористайтеся одним з наступних документів:

- Податкова декларація за минулий рік
- Договір про оренду житла



Зателефонуйте в наш офіс, якщо ви одержуєте інші види доходу, не зазначені вище.



Поверніть заповнену заяву за наступною адресою:

Адреса:

Телефон:

Будь ласка, переконайтеся, що не забули додати документ, який підтверджує розмір доходу. Ми не зможемо обробити вашу заяву без цієї інформації.

Нагадуємо, намагайтеся повернути заповнену заяву якомога швидше! Дякуємо за вибір наших програм Early Head Start!

Заява майбутньої матері на 2018-2019 рік

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

Інформація, надана у вашій заяві, є конфіденційною й використовується тільки для визначення права вашої дитини на участь у наших програмах Early Head Start. Ми не вимагаємо повідомляти нас, не перевіряємо й не заявляємо у відповідні органи ваш імміграційний статус.

Очікувана дата народження дитини:		
Відомості про родину	Майбутня мати	Інший з батьків
Ім'я:		
❖ Дата народження:	____/____/____ Місяць/день/рік Якщо ви не є батьком-підлітком зараз, чи були ви батьком-підлітком у минулому? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	____/____/____ Місяць/день/рік Якщо ви не є батьком-підлітком зараз, чи були ви батьком-підлітком у минулому? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Адреса:		Ви проживаєте разом з майбутньою матір'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні - напишіть адресу нижче:
Телефон:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий
Альтернативний телефон:	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий	____-____-____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий
Адреса ел. пошти:		
В який спосіб найкраще з вами зв'язатись?	<input type="checkbox"/> Телефонний дзвінок <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення (SMS)	<input type="checkbox"/> Телефонний дзвінок <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення (SMS)
В який час найкраще з вами зв'язатись?	<input type="checkbox"/> У ранку <input type="checkbox"/> Вдень <input type="checkbox"/> Ввечері <input type="checkbox"/> У будь-який час	<input type="checkbox"/> У ранку <input type="checkbox"/> Вдень <input type="checkbox"/> Ввечері <input type="checkbox"/> У будь-який час
Збір зазначеної нижче інформації допомагає нам визначити найбільш придатні з культурної точки зору послуги та засоби підтримки для вашої дитини й родини.		
Ви вважаєте, що маєте іспанське/латиноамериканське походження?	<input type="checkbox"/> Так - будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так - будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Ні
Як ви визначаєте свою расу? Позначте всі відповідні варіанти:	<input type="checkbox"/> Африканська, афро-американська, чорна ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Азіатська ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски, корінний житель Америки, американський індіанець ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Біла ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ Якщо відповідна раса не зазначена вище, будь ласка, опишіть расове походження вашої дитини: _____	<input type="checkbox"/> Африканська, афро-американська, чорна ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Азіатська ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски, корінний житель Америки, американський індіанець ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ <input type="checkbox"/> Біла ➢ Будь ласка, опишіть докладніше або вкажіть плем'я/країну походження: _____ Якщо відповідна раса не зазначена вище, будь ласка, опишіть расове походження вашої дитини: _____

ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Заява майбутньої матері на 2018-2019 рік

ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ	Відомості про родину		
	Вам потрібен перекладач?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
	Якими мовами ви розмовляєте?	_____	_____
	Ви отримали диплом середньої школи або диплом про загальноосвітню підготовку (GED)?	<input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED) <input type="checkbox"/> Диплом середньої школи <input type="checkbox"/> Немає – вкажіть найвищий завершений вами клас : _____	<input type="checkbox"/> Загальноосвітня підготовка (GED) <input type="checkbox"/> Диплом середньої школи <input type="checkbox"/> Немає – вкажіть найвищий завершений вами клас : _____
	Який найвищий диплом ви отримали?	<input type="checkbox"/> Частина програми коледжу/поглиблене навчання <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про професійну підготовку <input type="checkbox"/> Диплом кандидата у бакалаври <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> Не маю	<input type="checkbox"/> Частина програми коледжу/поглиблене навчання <input type="checkbox"/> Диплом коледжу/сертифікат про професійну підготовку <input type="checkbox"/> Диплом кандидата у бакалаври <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра <input type="checkbox"/> Диплом магістра <input type="checkbox"/> Не маю
	Ви зараз отримуєте послуги програми WIC?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
ВІДОМОСТІ ПРО ДОХІД	Ви одержали направлення для участі в програмі Early Head Start (EHS)? <input type="checkbox"/> Так – укажіть ім'я особи або назву установи, яка надала вам направлення: _____ <input type="checkbox"/> Ні		
	Ви зараз зареєстровані в програмі EHS? <input type="checkbox"/> Так – назва програми: _____ <input type="checkbox"/> Ні		
	Будь ласка, відзначте області занепокоєння, що стосуються вас/вашої родини, з якими ми могли б вам допомогти:		
	<input type="checkbox"/> Послуги пренатального догляду <input type="checkbox"/> Вагітність із високим рівнем ризику <input type="checkbox"/> Відсутність медичної/стоматологічної страховки <input type="checkbox"/> Відсутність лікаря/акушера/стоматолога <input type="checkbox"/> Допомога з одягом, меблями, обладнанням для дитини <input type="checkbox"/> Утруднення в навчанні батька (матері)/опікуна <input type="checkbox"/> Відсутність житла в попередній період (в останні 12 місяців) <input type="checkbox"/> Інвалідність батька (матері)/опікуна <input type="checkbox"/> Дислокація батька (матері)/опікуна дитини в зоні бойових дій зараз або протягом останніх 12 місяців <input type="checkbox"/> Знаходження в ув'язненні батька (матері)/опікуна	<input type="checkbox"/> Психічне захворювання/консультації із психологом у родині, включаючи післяпологову депресію <input type="checkbox"/> Батько (мати)/опікун є робітником-мігрантом <input type="checkbox"/> Домашнє насильство в родині (у минулому або зараз) <input type="checkbox"/> Проблеми з наркотиками/алкоголем або зловживання психоактивними речовинами в родині <input type="checkbox"/> Родина одержує недостатньо або не одержує підтримки інших членів родини або друзів <input type="checkbox"/> Отримання або збереження роботи <input type="checkbox"/> Проблеми із житлом <input type="checkbox"/> Юридичні проблеми <input type="checkbox"/> Недавній іммігрант/біженець (останні 5 роки)	
Відомості про дохід			
Ви або інший член вашої родини одержуєте наступні типи доходу? Позначте всі відповідні варіанти:			
<input type="checkbox"/> TANF ➤ Виплати призначені тільки для дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ➤ Ви одержуєте субсидію Working Connections Child Care Subsidy? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Допомога Supplemental Security Income (SSI) по інвалідності ➤ Відношення особи до ще не народженої дитини: _____	<input type="checkbox"/> Foster Child Income (дохід дитини на патронатному вихованні)	
Загальний розрахунковий дохід домогосподарства за останній календарний рік або останні 12 місяців*: _____			
Кількість людей у вашій родині, які користуються підтримкою за рахунок вашого загального доходу (включите ще не народжену дитину до числа членів родини): _____ Будь ласка, додайте до цієї заяви документи, що підтверджують розмір доходу та родини.			
Ваша родина зараз отримує послуги програми Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR) або Indian Child Welfare (ICW)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Ваша родина отримувала послуги програми CPS або ICW у минулому? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Яка поточна житлова ситуація вашої родини? <input type="checkbox"/> Оренда <input type="checkbox"/> Власність <input type="checkbox"/> Інше – у випадку вибору цього варіанта, будь ласка, заповніть прикладену Анкету про житлові умови.			
Як ви довідалися про нашу програму? Позначте всі відповідні варіанти: <input type="checkbox"/> Веб-сайт <input type="checkbox"/> Громадський захід <input type="checkbox"/> Листівка <input type="checkbox"/> ЗМІ <input type="checkbox"/> Інформація від людей <input type="checkbox"/> Інформація від персоналу <input type="checkbox"/> Минулий батьківський досвід <input type="checkbox"/> Працівник районної установи/соціальний працівник – будь ласка, укажіть: _____ <input type="checkbox"/> Інше – будь ласка, укажіть: _____			

Я відповів (ла) на запитання, виходячи з наявної в мене інформації, і надав (ла) наявну в мене документацію.

Підпис батька (матері)/опікуна: _____ Дата: _____

Заява майбутньої матері на 2018-2019 рік

Опитування про житлові умови

Назва й адреса офісу програми

Якщо у вас є власне житло або ви його орендуєте, заповнювати цю форму не потрібно.

Відповіді на наступні запитання можуть допомогти визначити, на які послуги може мати право учень. Закон McKinney-Vento Act регулює надання послуг і засобів підтримки бездомним дітям та підліткам. (Додаткові відомості див. на наступній сторінці)

Якщо у вас немає власного житла й ви його не орендуєте, будь ласка, поділіться інформацією про свої поточні житлові умови. Позначте всі відповідні варіанти нижче:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Живемо в motelі | <input type="checkbox"/> Живемо у житлі з неповними зручностями (немає води, тепла, електрики і т. д.) |
| <input type="checkbox"/> Живемо в притулку | <input type="checkbox"/> Переїжджаємо з місця на місце/живемо в різних людей |
| <input type="checkbox"/> Живемо в чужому будинку або квартирі з іншою родиною – будь ласка, позначте один варіант: | <input type="checkbox"/> Живемо в машині, парку, кемпінгу або аналогічному місці |
| ➤ <input type="checkbox"/> По власному вибору | <input type="checkbox"/> Живемо в тимчасовому житлі |
| ➤ <input type="checkbox"/> Через втрату житла, економічні труднощі або інші аналогічні причини | <input type="checkbox"/> Інше – будь ласка, опишіть: |

STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.

Ім'я майбутньої матері: _____
Ім'я Друге ім'я Прізвище

Дата народження: _____ Стать: _____
Місяць/день/рік

Адреса поточного місця проживання: _____

Номер телефону: _____ Ім'я контактної особи: _____

Я заявляю під погрозою покарання за надання свідомо неправдивих даних відповідно до законодавства штату Вашингтон, що надана в цьому документі інформація є дійсною та точною.

Ім'я: _____

Підпис: _____

Дата: _____

СТАТТЯ 725. ВИЗНАЧЕННЯ

Для цілей цього розділу:

(1) Терміни «zareєструватися» і «reєстрація» включають відвідування занять у класі та повну участь у шкільних заходах.

(2) Термін «безхатні діти й підлітки» —

(A) позначає осіб, у яких немає стаціонарного, постійного та адекватного місця для проживання в нічний час (відповідно до визначення статті 103(a)(1));

(B) включає:

(i) дітей та підлітків, які проживають разом з іншими особами через втрату житла, економічні труднощі або аналогічні причини; живуть у мотелях, готелях, трейлерних парках або кемпінгах через відсутність альтернативних адекватних житлових приміщень; живуть у притулках для надзвичайних ситуацій або тимчасових притулках; кинуті в лікарняних установах;

(ii) діти та підлітки, які використовують у якості основного місця для проживання в нічний час громадське або приватне приміщення, яке не призначене для використання й звичайно не використовується в якості постійного приміщення для сну людей (відповідно до визначення статті 103(a)(2)(C));

(iii) діти та підлітки, які живуть у машинах, парках, громадських місцях, занедбаних будинках, житлі, яке не відповідає стандартам, на автобусних чи залізничних станціях або в аналогічних умовах; а також

(iv) діти-мігранти (відповідно до визначення терміну, наведеного у статті 1309 Закону про освіту у початкових і середніх класах (Elementary and Secondary Education Act) 1965 р.), які відповідають критеріям бездомності в рамках цього розділу, тому що проживають в умовах, описаних у пунктах (i) – (iii) вище.

(3) Термін «бездоглядні підлітки» включає підлітків, які не перебувають на фізичному піклуванні батька (матері) або опікуна.

Додаткові ресурси

Інформація й ресурси для батьків доступні за наступними адресами:

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:** _____