

قسمت الف: مشخصات کودک		
نام کودک: _____ حرف اول نام دوم: _____ نام خانوادگی: _____	مشخصات کودک	
تاریخ تولد: _____ جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث تلفن: _____		
آدرس: _____		
نام آپارتمان/شماره: _____ شهر: _____ کد پستی: _____		
قسمت ب: اطلاعات مربوط به سلامت و رشد		
<input type="checkbox"/> تنفسی (آسم، RSV (نسخه معیاری تجدید شده)، RAD، غیره) <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> حساسیت های غذایی (فهرست کنید): _____ <input type="checkbox"/> حساسیت های غیر غذایی (فهرست کنید): _____ <input type="checkbox"/> حساسیت های غیر غذایی (فهرست کنید): _____ <input type="checkbox"/> غیره (فهرست کنید): _____	مشخصات کودک	
آیا نگرانی از سلامت فرزند خود دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد مربوطه را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> تغذیه و/یا رژیم خاص <input type="checkbox"/> وزن هنگام تولد پایین از (5.5 پوند یا کمتر) <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> دندان دردی/پوسیدگی دندان/خونریزی از لثه ها <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> بهداشت روانی <input type="checkbox"/> تحت تاثیر مشروبات الکلی/مواد مخدر قرار گرفته <input type="checkbox"/> عدم تحمل غذایی (فهرست کنید): _____ <input type="checkbox"/> دیگر عوارض پزشکی (فهرست کنید): _____		
آیا فرزند شما بیمه درمانی دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نوع بیمه ای: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> بهداشت سرخپوستان <input type="checkbox"/> غیره: _____		
آیا فرزند شما بیمه دندانپزشکی دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نوع بیمه ای: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> بهداشت سرخپوستان <input type="checkbox"/> غیره: _____		
آیا فرزند شما موارد زیر را تجربه کرده است (همه موارد صادق را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> بد رفتاری/غفلت <input type="checkbox"/> پیشینه نگهداری توسط خانواده ای دیگر <input type="checkbox"/> از او خواسته شده باشد به دلیل رفتار خود یک مرکز نگهداری از کودکان را ترک کند		
آیا فرزند شما نیازهای خاصی دارد؟ (تمام موارد صادق را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> طرح آموزشی تخصصی (IEP) <input type="checkbox"/> طرح خدمات خانوادگی تخصصی (IFSP) <input type="checkbox"/> ناتوانی تشخیص داده شده <input type="checkbox"/> ثبت نام در طرح تولد با مداخله زودهنگام تا 3 ماهگی در 6 ماه گذشته		
آیا نسبت به رشد فرزند خود نگرانی دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد مربوطه را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> گفتار/صحبت کردن صدا در آوردن، گفتار با تاخیر، دشواری در درک او و/یا مشکل او در درک دیگران <input type="checkbox"/> مهارت های حرکتی خوبها (گرگرفتن، کشیدن، نوشتن و/یا لباس پوشیدن) <input type="checkbox"/> رفتار (زدن، گاز گرفتن، بدخلقی و/یا عدم همکاری) <input type="checkbox"/> مهارت های حرکتی پایه (راه رفتن، بالا رفتن، پرت کردن، چرخیدن، عدم ارتباط چشمی، ضعف مهارتی) <input type="checkbox"/> نگرانی های دیگر: _____		
قسمت ج: اطلاعات مربوط به خانواده		
کودک با فرد/افراد زیر زندگی می کند: <input type="checkbox"/> یک والد/والده/قیم <input type="checkbox"/> هر دو والدین/دو قیم نسبت والدین/سرپرست ها با متقاضی: <input type="checkbox"/> پدر و مادر خوانده <input type="checkbox"/> پدر و مادر بزرگ <input type="checkbox"/> خاله یا عمه/دایی یا عمو <input type="checkbox"/> والدین حقیقی <input type="checkbox"/> پدر و مادر به فرزندی خوانده <input type="checkbox"/> پدر و مادر ناتنی <input type="checkbox"/> غیره: _____		
پدر یا مادر/قیم <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> غیره		اطلاعات مربوط به پدر یا مادر/قیم
نام: _____ نشانی - در صورتی که متفاوت از نشانی کودک باشد: _____		
شماره تماس اولیه: _____ <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام		
شماره تماس ثانوی: _____ <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام		
پدر یا مادر/قیم <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> غیره	اطلاعات مربوط به پدر یا مادر/قیم	
نام: _____ نشانی - در صورتی که متفاوت از نشانی کودک باشد: _____		
شماره تماس اولیه: _____ <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام		
شماره تماس ثانوی: _____ <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام		

ایمیل:	ایمیل:
تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ سال / روز / ماه	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ سال / روز / ماه
میزان تحصیلات (بالاترین مقطع تحصیلی به اتمام رسانده را علامت بزنید) <input type="checkbox"/> کلاس 6 یا کمتر <input type="checkbox"/> کلاس 7 <input type="checkbox"/> کلاس 8 <input type="checkbox"/> کلاس 9 <input type="checkbox"/> کلاس 10 <input type="checkbox"/> کلاس 11 <input type="checkbox"/> کلاس 12 (بدون دیپلم) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> دیپلمه <input type="checkbox"/> کالج/ پیشرفته دوره آموزشی <input type="checkbox"/> مدرک کالج/ دوره آموزشی <input type="checkbox"/> مدرک کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> مدرک فوق لیسانس	میزان تحصیلات (بالاترین مقطع تحصیلی به اتمام رسانده را علامت بزنید) <input type="checkbox"/> کلاس 6 یا کمتر <input type="checkbox"/> کلاس 7 <input type="checkbox"/> کلاس 8 <input type="checkbox"/> کلاس 9 <input type="checkbox"/> کلاس 10 <input type="checkbox"/> کلاس 11 <input type="checkbox"/> کلاس 12 (بدون دیپلم) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> دیپلمه <input type="checkbox"/> کالج/ پیشرفته دوره آموزشی <input type="checkbox"/> مدرک کالج/ مدرک دوره آموزشی <input type="checkbox"/> مدرک کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> مدرک فوق لیسانس
آیا والدین / سرپرست کودک، در ارتش ایالات متحده حضور فعال دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، سابقه حضور در ارتش ایالات متحده دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، در حال گذراندن آموزش های ضمن خدمت یا در مدرسه هستند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، شاغل است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> معلول در صورت شاغل بودن، چند ساعت در هفته کار می کند؟ _____ آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟ _____	آیا والدین / سرپرست کودک، در ارتش ایالات متحده حضور فعال دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، سابقه حضور در ارتش ایالات متحده دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، در حال گذراندن آموزش های ضمن خدمت یا در مدرسه هستند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا والدین / سرپرست کودک، شاغل است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> معلول در صورت شاغل بودن، چند ساعت در هفته کار می کند؟ _____ آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟ _____
برای پشتیبانی هر چه بهتر از خانواده خود، لطفا همه موارد مورد نگرانی خود را درباره خود و خانواده تان علامت بزنید. <input type="checkbox"/> ناتوانی/ عدم توانایی کار <input type="checkbox"/> مشکلات مربوط به مواد مخدر/ الکل <input type="checkbox"/> پوشش درمانی <input type="checkbox"/> مسکن <input type="checkbox"/> مهاجرت <input type="checkbox"/> سر و کار داشتن با CPS در گذشته <input type="checkbox"/> شغل/ کار <input type="checkbox"/> مشکلات یادگیری <input type="checkbox"/> از دست دادن عزیزان/ عزاداری <input type="checkbox"/> مسایل حقوقی <input type="checkbox"/> بهداشت روانی، افسردگی پس از زایمان، اضطراب، افسردگی، PTSD <input type="checkbox"/> بی خانمانی طی 12 ماه گذشته (نه در حال حاضر) <input type="checkbox"/> حمایت کم یا عدم حمایت از جانب خانواده و دوستان <input type="checkbox"/> مهاجر/ پناهنده (3 سال گذشته) <input type="checkbox"/> والدین در حبس <input type="checkbox"/> اعزام ارتش (در حال حاضر یا در سال گذشته) <input type="checkbox"/> مشکل سلامتی <input type="checkbox"/> خشونت خانگی	

اطلاعات مربوط به پدر یا مادر/ قیم

به بهترین نحو و تا حد اطلاع به سئوالات پاسخ داده ام. اطلاعات ارائه شده برای تعیین و اجدهشرايط بودن فرزند من برای طرح آموزش ابتدایی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. توجه: اطلاعات درج شده در درخواست شما خصوصی و محرمانه است و فقط برای تعیین و اجدهشرايط بودن استفاده می شود. ما این اطلاعات را در اختیار اداره مهاجرت یا دیگر مقامات دولتی قرار نخواهیم داد.

امضاء پدر یا مادر/ قیم: _____ تاریخ: _____

For Staff Use Only

Is this child returning to the same center? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If not, which center is the child returning to? _____	
Forms Needed: New <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment <input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement <input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed) <input type="checkbox"/> Parent Interest Survey <input type="checkbox"/> Family Engagement Survey <input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form <input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed) <input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS) <input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months) <input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program <input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP) <input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed) <input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
Update or Review/Parent re-sign and date <input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only) <input type="checkbox"/> Family Partnership Plan <input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 rd year HS)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record <input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)