

2017-2018 फर्केको आवेदकले भर्नुपर्ने आवेदन

2017-2018 Returning Application



Center Location ID: _____

खण्ड क: बच्चाको जानकारी

बच्चाको जानकारी	बच्चाको नाम: _____ बीचको नामको प्रथमाक्षर: _____ थर: _____
	जन्म मिति: _____ लिङ्ग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला टेलिफोन: _____
	ठेगाना: _____
	अपार्टमेन्टको नाम/नम्बर: _____ सहर: _____ जिप: _____

खण्ड ख: स्वास्थ्य र शारीरिक तथा मानसिक विकास सम्बन्धी जानकारी

बच्चाको जानकारी	<input type="checkbox"/> श्वासप्रश्वास (दम, आरएसभी, आरएडी, अन्य) <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> मिर्गी <input type="checkbox"/> मुटुको अवस्था <input type="checkbox"/> खानेकुराको एलर्जी (सूचीकृत गर्नुहोस्): _____ <input type="checkbox"/> खानेकुरा निल्ने <input type="checkbox"/> खानेकुरा बाहेक अन्य एलर्जी (सूचीकृत गर्नुहोस्): _____ <input type="checkbox"/> अन्य (सूचीकृत गर्नुहोस्): _____
	तपाईंसँग आफ्नो बच्चाको स्वास्थ्यको बारेमा कुनै अन्य चासोहरू छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् छन् भने लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> खानपान र/वा विशेष आहार <input type="checkbox"/> जन्मँदा कम तौल (5.5 lbs वा सोभन्दा कम) <input type="checkbox"/> श्रवण <input type="checkbox"/> दाँत दुख्ने/सङ्गे/गिजाबाट रक्तस्राव हुने <input type="checkbox"/> दृष्टि <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> लागुपदार्थ/मद्यपानबाट प्रभावित <input type="checkbox"/> बार्नुपर्ने खानेकुरा (सूचीकृत गर्नुहोस्): _____ <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सम्बन्धी अन्य चासो (सूचीकृत गर्नुहोस्): _____
	तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य बीमा छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् छ भने कुन प्रकारको छ: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> अन्य: _____
	के तपाईंको बच्चासँग दाँतको बीमा छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् छ भने कुन प्रकारको छ: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> अन्य: _____
	तपाईंको बच्चा ले यी कुराहरू अनुभव गरेको छ (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्): <input type="checkbox"/> दुर्व्यवहार/बेवास्ता <input type="checkbox"/> पहिले फोस्टर केयरमा बसेको <input type="checkbox"/> खराब व्यवहारको कारण बालस्याहार केन्द्रबाट निस्कनु भनिएको
	तपाईंको बच्चाको कुनै विशेष आवश्यकता छ? (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्): <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत शैक्षिक योजना (IEP) <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IFSP) <input type="checkbox"/> कुनै असक्षमता भएको पत्ता लागेको <input type="checkbox"/> विगत 6 महिनामा Early Intervention Birth to 3 कार्यक्रममा भर्ना भएको
	तपाईंसँग आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासको बारेमा चासोहरू छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् छन् भने लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> बोली/बोल्न (आवाज निकाल्ने, ढिलो बोल्ने, बुझ्न गाह्रो र/वा अरुलाई बुझ्न गाह्रो) <input type="checkbox"/> साना मांसपेशीको चाल (समाल्ने, चित्र बनाउने, लेख्ने र/वा लुगा लगाउने) <input type="checkbox"/> व्यवहार (हिकोउने, टोक्ने, झर्कोफर्को गर्ने र/वा सहयोगी नबन्ने) <input type="checkbox"/> ठूला मांसपेशीको चाल (हिँड्ने, चढ्ने, फाल्ने, घुम्ने, आँखाको सम्पर्कको कमी, सीपहरू गुमाएको) <input type="checkbox"/> अन्य सरोकारहरू: _____

खण्ड ग: पारिवारिक जानकारी

बच्चा कोसँग बस्छ: <input type="checkbox"/> एकल आमा/बुबा/अभिभावक <input type="checkbox"/> आमाबुवा/दुई अभिभावकहरू आवेदकसँग अभिभावकको नाता: <input type="checkbox"/> फोस्टर अभिभावक(हरू) <input type="checkbox"/> हजुरआमा/हजुरबुवा <input type="checkbox"/> काकी/काका <input type="checkbox"/> जन्म दिने आमाबुवा <input type="checkbox"/> धर्मपुत्रको रूपमा लिएका आमाबुवा <input type="checkbox"/> सैतनी आमाबुवा <input type="checkbox"/> अन्य: _____	
अभिभावकको जानकारी	अभिभावक <input type="checkbox"/> आमा <input type="checkbox"/> बुबा <input type="checkbox"/> अन्य
	नाम: _____ ठेगाना- बच्चाको ठेगानाभन्दा फरक भएमा: _____
	प्राथमिक फोन: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश
	दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश
अभिभावकको जानकारी	अभिभावक <input type="checkbox"/> आमा <input type="checkbox"/> बुबा <input type="checkbox"/> अन्य
	नाम: _____ ठेगाना- बच्चाको ठेगानाभन्दा फरक भएमा: _____
	प्राथमिक फोन: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश
	दोस्रो फोन नम्बर: _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> सन्देश

अभिभावकको जानकारी	इमेल ठेगाना:	इमेल ठेगाना:
	जन्म मिति: _____ / _____ / _____ महिना दिन साल	जन्म मिति: _____ / _____ / _____ महिना दिन साल
	शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्)	शैक्षिक स्तर (पूरा गरेको सबैभन्दा उच्च शैक्षिक स्तरमा चिन्ह लगाउनुहोस्)
	<input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> जीइडी <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> स्नाकोत्तर डिग्री	<input type="checkbox"/> कक्षा 6 वा कम <input type="checkbox"/> जीइडी <input type="checkbox"/> कक्षा 7 <input type="checkbox"/> हाइ स्कूल उत्तीर्ण <input type="checkbox"/> कक्षा 8 <input type="checkbox"/> कलेज/उन्नत तालीम <input type="checkbox"/> कक्षा 9 <input type="checkbox"/> कलेज डिग्री/व्यावसायिक तालीमको प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> कक्षा 10 <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 11 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> कक्षा 12 (डिप्लोमा होइन) <input type="checkbox"/> स्नाकोत्तर डिग्री
	आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यको सेनाको रूपमा तैनात छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यका भूतपूर्व सैनिक हुन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक रोजगारमुलक प्रशिक्षण वा विद्यालयमा अध्ययनरत छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावकले रोजगार गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् <input type="checkbox"/> पूर्णकालीन <input type="checkbox"/> आंशिक <input type="checkbox"/> सत्रकालीन <input type="checkbox"/> अवकास प्राप्त <input type="checkbox"/> अपाङ्ग रोजगार गर्नुहुन्छ भने हप्ताको कति घण्टा गर्नुहुन्छ? _____	आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यको सेनाको रूपमा तैनात छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक संयुक्त राज्यका भूतपूर्व सैनिक हुन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावक रोजगारमुलक प्रशिक्षण वा विद्यालयमा अध्ययनरत छन्? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् आमाबुवा/अभिभावकले रोजगार गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् <input type="checkbox"/> पूर्णकालीन <input type="checkbox"/> आंशिक <input type="checkbox"/> सत्रकालीन <input type="checkbox"/> अवकास प्राप्त <input type="checkbox"/> अपाङ्ग रोजगार गर्नुहुन्छ भने हप्ताको कति घण्टा गर्नुहुन्छ? _____
	तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ? _____	तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> छैनन् <input type="checkbox"/> छन् तपाईंले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ? _____
आफ्नो परिवारलाई आवश्यक सहायता प्राप्त गर्न, कृपया तपाईंसँग भएका आफू र/वा आफ्नो परिवारका सरोकारका सबै विषयरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्। <input type="checkbox"/> अपाङ्गता/काम गर्न नसक्ने <input type="checkbox"/> काम/रोजगारी <input type="checkbox"/> परिवार वा साथीहरूबाट कम सहयोग पाएको वा कुनै पनि सहयोग नपाएको <input type="checkbox"/> लागुपदार्थ/मद्यपान सम्बन्धी समस्याहरू <input type="checkbox"/> सिक्नमा कठिनाई <input type="checkbox"/> आप्रवासी/शरणार्थी (विगत 3 वर्षदेखि) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या <input type="checkbox"/> बीमा कभरेज <input type="checkbox"/> प्रियजन गुमाएको/शोक <input type="checkbox"/> अभिभावक(हरू) जेलमा परेको <input type="checkbox"/> पारिवारिक हिंसा <input type="checkbox"/> आवास <input type="checkbox"/> कानूनी मुद्दाहरू <input type="checkbox"/> सेनामा तैनात भएको (हाल वा अघिल्लो वर्षमा) <input type="checkbox"/> अध्यागमन <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य, प्रसवपछि उदासी, चिन्ता, उदासी, पीटीएसडी <input type="checkbox"/> विगतमा सीपीएसमा संलग्नता <input type="checkbox"/> विगत 12 महिनामा घरवारविहीन भएको (अहिले छैन)		

मैले मलाई ज्ञान भए अनुसार सकेसम्म सही जवाफ दिएको छु। मैले प्रदान गरेको जानकारी प्रारम्भिक कक्षा (अर्ली लर्निङ) कार्यक्रमहरूका निमित्त मेरो बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ।

ध्यान दिनुपर्ने कुरा: तपाईंले आवेदन फाराममा भर्नुभएको जानकारीलाई गोपनीय राखिन्छ र तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न मात्रै प्रयोग गरिन्छ। हामी यो जानकारी अध्यागमन विभाग वा अन्य सरकारी अधिकारीलाई दिदैनौं।

आमाबुवा/अभिभावकको दस्तखत: _____ मिति: _____

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 3 rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)