

2017-2018 ਵਾਪਸੀ ਅਰਜ਼ੀ



Center Location ID: _____

2017-2018 Returning Application

ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ: _____ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਛੋਟਾ ਨਾਮ: _____ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____
	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ ਲਿੰਗ: <input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ ਟੈਲੀਫੋਨ: _____
	ਪਤਾ: _____
	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਨਾਮ/ਨੰਬਰ: _____ ਸਹਿਰ: _____ ਜ਼ਿੱਪ: _____

ਸੈਕਸ਼ਨ B: ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਸਾਰ ਸਬੰਧੀ (ਦਮਾ, ਆਰ ਐਸ ਵੀ (RSV), ਆਰ ਏ ਡੀ (RAD), ਹੋਰ) <input type="checkbox"/> ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ <input type="checkbox"/> ਦੌਰੇ <input type="checkbox"/> ਦਿਲ ਦੀ ਹਾਲਤ
	<input type="checkbox"/> ਭੋਜਨ ਐਲਰਜੀਆਂ (ਸੂਚੀ): _____ <input type="checkbox"/> ਨਿਗਲਣਾ
	<input type="checkbox"/> ਗ਼ੈਰ-ਭੋਜਨ ਐਲਰਜੀਆਂ (ਸੂਚੀ): _____ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਸੂਚੀ): _____
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਤੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ:
	<input type="checkbox"/> ਨਿਗਲਣਾ, ਖੁਰਾਕ ਲੈਣਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਭੋਜਨ <input type="checkbox"/> ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਘੱਟ ਭਾਰ (5.5 lbs ਜਾਂ ਘੱਟ) <input type="checkbox"/> ਸੁਣਨਾ <input type="checkbox"/> ਦੰਦ ਦਾ ਦਰਦ/ਖ਼ਰਾਬ/ਮਸੂਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਖੂਨ ਆਉਣਾ
	<input type="checkbox"/> ਨਜ਼ਰ <input type="checkbox"/> ਦਿਮਾਗੀ ਸਿਹਤ <input type="checkbox"/> ਡਰੱਗ/ਅਲਕੋਹਲ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਤ
	<input type="checkbox"/> ਭੋਜਨ ਅਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ (ਸੂਚੀ): _____ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਚਿੰਤਾਵਾਂ (ਸੂਚੀ): _____
	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਡਾਕਟਰੀ ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ: <input type="checkbox"/> ਐਪਲ ਹੈਲਥ/ਪ੍ਰੋਵਾਇਡਰਵਨ <input type="checkbox"/> ਨਿਜੀ <input type="checkbox"/> ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ: <input type="checkbox"/> ਐਪਲ ਹੈਲਥ/ਪ੍ਰੋਵਾਇਡਰਵਨ <input type="checkbox"/> ਨਿਜੀ <input type="checkbox"/> ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____	
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੇ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ): <input type="checkbox"/> ਬਦਸਲੂਕੀ/ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ੀ <input type="checkbox"/> ਪੁਰਾਣਾ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ <input type="checkbox"/> ਵਿਵਹਾਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਚਾਈਲਡਕੇਅਰ ਸੈਂਟਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਗਿਆ	
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਲੋੜ ਹੈ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ): <input type="checkbox"/> ਇੰਡੀਵੀਜ਼ੁਅਲਾਈਜ਼ਡ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ ਪਲੈਨ (IEP) <input type="checkbox"/> ਇੰਡੀਵੀਜ਼ੁਅਲਾਈਜ਼ਡ ਫੈਮਿਲੀ ਸਰਵਿਸ ਪਲੈਨ (IFSP) <input type="checkbox"/> ਪਹਿਚਾਣ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਅਪਾਹਜਤਾ	
<input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਰਲੀ ਇੰਟਰਵੈਨਸ਼ਨ ਬਰਥ ਟੂ 3 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Early Intervention Birth to 3) ਵਿੱਚ ਦਾਖ਼ਲਾ	
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਪ੍ਰਤੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ:	
<input type="checkbox"/> ਬੋਲੀ/ਬੋਲਣਾ (ਆਵਾਜ਼ਾਂ ਕੱਢਣੀਆਂ, ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਬੋਲਣਾ, ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸਮਝਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ)	
<input type="checkbox"/> ਫਾਈਨ ਮੋਟਰ (ਸਮਝਣਾ, ਡਰਾਈਂਗ, ਲਿਖਣਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਹੋਣਾ)	
<input type="checkbox"/> ਵੱਡੀ (ਕੁੱਟਣਾ, ਚੱਕ ਮਾਰਨਾ, ਚਿੜ੍ਹਨਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾ ਕਰਨਾ)	
<input type="checkbox"/> ਗਰੋਸ ਮੋਟਰ (ਤੁਰਨਾ, ਚੜ੍ਹਨਾ, ਸੁੱਟਣਾ, ਘੁੰਮਣਾ, ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਦੀ ਕਮੀ, ਹੁਨਰਾਂ ਦੀ ਕਮੀ)	
<input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਚਿੰਤਾਵਾਂ: _____	

ਸੈਕਸ਼ਨ C: ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੱਚਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਮਾਪੇ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੋ ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ

ਮਾਪੇ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ(ਤਾਂ) ਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ਫੋਸਟਰ ਮਾਪੇ ਦਾਦਾ/ਦਾਦੀ ਨਾਨਾ/ਨਾਨੀ ਆਂਟੀ/ਅੰਕਲ

ਜੈਵਿਕ ਮਾਪੇ ਅਪਣਾਏ ਮਾਪੇ ਮਤਰਏ ਮਾਪੇ ਹੋਰ ਕੋਈ: _____

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ <input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ <input type="checkbox"/> ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਕੋਈ	ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ <input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ <input type="checkbox"/> ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਕੋਈ
	ਨਾਮ: _____ ਪਤਾ - ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ: _____	ਨਾਮ: _____ ਪਤਾ - ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ: _____
	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼
	ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼	ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ: _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਸੰਦੇਸ਼

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____	ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____
	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ / _____ / _____ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ / _____ / _____ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ
	ਸਿੱਖਿਅਕ ਪੱਧਰ (ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਉੱਚਤਮ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉ) <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 6 ਜਾਂ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 7 <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਗਰੈਜੂਏਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 8 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ/ਅਗਾਂਹ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 9 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ ਡਿਗਰੀ/ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 10 <input type="checkbox"/> ਸਬੰਧਿਤ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 11 <input type="checkbox"/> ਬੈਚਲਰ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 12 (ਡਿਪਲੋਮਾ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> ਮਾਸਟਰ'ਜ਼ ਡਿਗਰੀ	ਸਿੱਖਿਅਕ ਪੱਧਰ (ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਉੱਚਤਮ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉ) <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 6 ਜਾਂ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 7 <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਗਰੈਜੂਏਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 8 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ/ਅਗਾਂਹ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 9 <input type="checkbox"/> ਕਾਲਜ ਡਿਗਰੀ/ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 10 <input type="checkbox"/> ਸਬੰਧਿਤ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 11 <input type="checkbox"/> ਬੈਚਲਰ ਡਿਗਰੀ <input type="checkbox"/> ਗ੍ਰੇਡ 12 (ਡਿਪਲੋਮਾ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> ਮਾਸਟਰ'ਜ਼ ਡਿਗਰੀ
	ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਸਕਿਰਿਆ ਯੂ.ਐਸ. ਮਿਲਟਰੀ ਡਿਊਟੀ ਵਿੱਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਸਕਿਰਿਆ ਯੂ.ਐਸ. ਮਿਲਟਰੀ ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੌਕਰੀ ਸਿਖਲਾਈ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੌਕਰੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਪੂਰਨ ਕਾਲਿਕ <input type="checkbox"/> ਅੰਸ਼ ਕਾਲਿਕ <input type="checkbox"/> ਸੀਜਨਲ <input type="checkbox"/> ਸੇਵਾਮੁਕਤ <input type="checkbox"/> ਅਪਾਹਜ ਜੇਕਰ ਨੌਕਰੀ ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ? _____	ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਸਕਿਰਿਆ ਯੂ.ਐਸ. ਮਿਲਟਰੀ ਡਿਊਟੀ ਵਿੱਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਸਕਿਰਿਆ ਯੂ.ਐਸ. ਮਿਲਟਰੀ ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੌਕਰੀ ਸਿਖਲਾਈ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਕੀ ਮਾਪਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੌਕਰੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਪੂਰਨ ਕਾਲਿਕ <input type="checkbox"/> ਅੰਸ਼ ਕਾਲਿਕ <input type="checkbox"/> ਸੀਜਨਲ <input type="checkbox"/> ਸੇਵਾਮੁਕਤ <input type="checkbox"/> ਅਪਾਹਜ ਜੇਕਰ ਨੌਕਰੀ ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ? _____
	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ(ਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ(ਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____
	ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਿਹਤਰ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਸਬੰਧਿਤ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੁਦ ਲਈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਹਨ। <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਅਪਾਹਜ/ਅਯੋਗ <input type="checkbox"/> ਨੌਕਰੀ/ਰੋਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਡਰੱਗ/ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ <input type="checkbox"/> ਸਿੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ <input type="checkbox"/> ਪਰਵਾਸੀ/ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ (ਪਿਛਲੇ 3 ਸਾਲ) <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਚਿੰਤਾ <input type="checkbox"/> ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ <input type="checkbox"/> ਨੁਕਸਾਨ/ਸਦਮਾ <input type="checkbox"/> ਕੈਦੀ ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ ਹਿੰਸਾ <input type="checkbox"/> ਚਿਰਾਇਸ <input type="checkbox"/> ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਾਮਲੇ <input type="checkbox"/> ਮਿਲਟਰੀ ਨਿਯੁਕਤੀ (ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ) <input type="checkbox"/> ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> ਦਿਮਾਗੀ ਸਿਹਤ, ਪੋਸਟ-ਪਾਰਟਮ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ, ਚਿੰਤਾ, ਉਦਾਸੀ, PTSD <input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੀ CPS ਸਮੁਲੀਅਤ <input type="checkbox"/> ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬੇਘਰਪੁਣਾ (ਮੌਜੂਦਾ ਨਹੀਂ)	

ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੂਝ ਅਨੁਸਾਰ ਪੁਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਰੰਭਕ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਰਫ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਲਈ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ: _____ ਮਿਤੀ: _____

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)