

Original Points

Total Points

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

Заявление на продолжение участия, 2017 – 2018 гг. 2017-2018 Returning Application

Center Location ID: _____

Раздел А: Сведения о ребенке

Сведения о ребенке	Имя ребенка: _____ Инициал второго имени: _____ Фамилия: _____
	Дата рождения: _____ Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский Телефон: _____
	Адрес: _____
	Название жилого комплекса/номера квартиры: _____ Город: _____ Индекс: _____

Раздел В: Сведения о здоровье и развитии

Сведения о ребенке	<input type="checkbox"/> Респираторные (астма, РСВЧ, реактивные заболевания дыхательных путей, др.) <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Сердечные заболевания <input type="checkbox"/> Пищевая аллергия (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Трудности с глотанием <input type="checkbox"/> Непищевая аллергия (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Другое (перечислите): _____
	Есть ли у вашего ребенка другие проблемы со здоровьем? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, отметьте все соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Питание и(или) особая диета <input type="checkbox"/> Малый вес при рождении (5,5 или менее фунтов) <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Зубные боли/Кариес/Кровоточивость дёсен <input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Психическое здоровье <input type="checkbox"/> Влияние алкоголя/препаратов <input type="checkbox"/> Пищевая непереносимость (перечислите): _____ <input type="checkbox"/> Прочие проблемы со здоровьем (перечислите): _____
	Есть ли у вашего ребенка медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, какого типа: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная <input type="checkbox"/> Indian Health («Здравоохранение индейцев») <input type="checkbox"/> Другая: _____
	Есть ли у вашего ребенка стоматологическая страховка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, какого типа: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Частная <input type="checkbox"/> Indian Health («Здравоохранение индейцев») <input type="checkbox"/> Другая: _____
	Происходило ли с вашим ребенком следующее (отметьте все подходящие варианты): <input type="checkbox"/> Жестокое обращение/отсутствие заботы <input type="checkbox"/> Патронатное воспитание <input type="checkbox"/> Просьба покинуть детское учреждение в связи с проблемами с поведением
	Есть ли у вашего ребенка особые потребности? (Отметьте, какие именно): <input type="checkbox"/> Индивидуальный план обучения (IEP) <input type="checkbox"/> Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) <input type="checkbox"/> Диагностированная инвалидность <input type="checkbox"/> Участие в программе Early Intervention Birth to 3 за последние 6 месяцев
	Беспокоит ли вас что-то еще в развитии ребенка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, отметьте все соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Речь/артикуляция (издает посторонние звуки, говорит с задержкой, неразборчивая речь и/или трудности с пониманием других) <input type="checkbox"/> Тонкая моторика (хватание, рисование, письмо и/или одевание) <input type="checkbox"/> Поведение (дерется, кусается, впадает в истерику и/или не идет на контакт) <input type="checkbox"/> Крупная моторика (ходьба, лазание, бросание, кружение, отсутствие зрительного контакта, потеря навыков) <input type="checkbox"/> Другие проблемы: _____

Раздел С: Сведения о семье

Ребенок проживает с: <input type="checkbox"/> Одним родителем/опекуном <input type="checkbox"/> Двумя родителями/опекунами Родственная связь родителей/опекунов с заявителем: <input type="checkbox"/> Патронатные родители <input type="checkbox"/> Дедушка и/или бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Биологический родитель (родители) <input type="checkbox"/> Приемный родитель (родители) <input type="checkbox"/> Отчим/мачеха <input type="checkbox"/> Другое: _____	
Сведения о родителях/опекунах	Родитель/опекун <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Прочие
	ФИО: _____ Адрес — если отличается от адреса проживания ребенка: _____
	Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений
	Дополнительный номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений
Родитель/опекун <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Прочие	
ФИО: _____ Адрес — если отличается от адреса проживания ребенка: _____	
Основной номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	
Дополнительный номер телефона: _____ <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Для сообщений	

