

Original Points

Total Points



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

2017-2018 Muling Pag-a-apply**2017-2018 Returning Application**

Center Location ID: _____

Seksyon A: Impormasyon ng Bata

Impormasyon ng Bata	Pangalan ng Bata: _____ Gitnang Inisyal: _____ Apelyido: _____
	Petsa ng Kapanganakan: _____ Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae Telepono: _____
	Address: _____
	Pangalan/Numero ng Apartment: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Seksyon B: Impormasyon sa Kalusugan at Paglaki

Impormasyon ng Bata	<input type="checkbox"/> Paghinga (Hika, RSV, RAD, iba pa) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Mga Seizure <input type="checkbox"/> Sakit sa Puso <input type="checkbox"/> Mga Allergy sa Pagkain (ilista): _____ <input type="checkbox"/> Paglunok <input type="checkbox"/> Mga Allergy sa Ibang Bagay (ilista): _____ <input type="checkbox"/> Iba Pa (ilista): _____
	Mayroon ka bang iba pang mga alalahanin tungkol sa kalusugan ng iyong anak? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, lagyan ng check ang lahat ng naaangkop: <input type="checkbox"/> Pagpapakain at/o espesyal na diet <input type="checkbox"/> Magaan na timbang sa kapanganakan <input type="checkbox"/> Pandinig <input type="checkbox"/> Pananakit/Pagkabulok ng Ngipin/Pagdurugo ng Mga Gilagid <input type="checkbox"/> Pangingin <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Pag-iisip <input type="checkbox"/> Naaapektuhan ng Droga/Alak <input type="checkbox"/> Pagkaing Hindi Kayang Kainin (ilista): _____ <input type="checkbox"/> Iba pang mga alalahanin sa kalusugan(ilista): _____
	Mayroon bang medikal na insurance ang iyong anak? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung mayroon, anong uri: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Pribado <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Iba Pa: _____
	Mayroon bang insurance para sa ngipin ang iyong anak? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung mayroon, anong uri: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Pribado <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Iba Pa: _____
	Naranasan na ba ng iyong anak ang (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop): <input type="checkbox"/> Pang-aabuso/Pagpapabaya <input type="checkbox"/> Dating nasa Foster Care <input type="checkbox"/> Pinaalis sa isang center sa pangangalaga ng bata dahil sa pag-uugali
	Mayroon bang espesyal na pangangailangan ang iyong anak? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop): <input type="checkbox"/> Individualized Education Plan (IEP) <input type="checkbox"/> Individualized Family Service Plan (IFSP) <input type="checkbox"/> Isang na-diagnose na kapansanan <input type="checkbox"/> Pag-e-enroll sa isang Early Intervention Birth to 3 program sa nakalipas na 6 na buwan
	Mayroon ka bang mga alalahanin sa paglaki ng iyong anak? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, lagyan ng check ang lahat ng naaangkop: <input type="checkbox"/> Pananalita/Pagsasalita (paggawa ng mga tunog, pagkaantala ng pagsasalita, problema sa pag-unawa sa kanya at/o mga problema sa pag-unawa niya sa ibang tao) <input type="checkbox"/> Fine Motor (paghawak nang mahigpit, pagguhit, pagsusulat at/o pagbibihis) <input type="checkbox"/> Pag-uugali (panghahampas, pangangagat, pag-aalboroto at/o hindi pakikipagtulungan) <input type="checkbox"/> Gross Motor (paglalakad, pag-akyat, paghahagis, pag-ikot, hindi pakikipagtigitan sa mata, kawalan ng mga kakayahan) <input type="checkbox"/> Iba pang mga alalahanin: _____
	w

Seksyon C: Impormasyon ng Pamilya

Nakatira ang bata kasama ang: <input type="checkbox"/> Isang magulang/tagapangalaga <input type="checkbox"/> Dalawang magulang/tagapangalaga Kaugnyan ng (Mga) Magulang/Tagapangalaga sa aplikante: <input type="checkbox"/> (Mga) Foster Parent <input type="checkbox"/> (Mga) Lolo at/o Lola <input type="checkbox"/> Tiyahin/Tiyuhin <input type="checkbox"/> (Mga) Tunay na Magulang <input type="checkbox"/> (Mga) Nag-ampon na Magulang <input type="checkbox"/> (Mga) Madrasta/Madrasto <input type="checkbox"/> Iba Pa: _____	
Impormasyon ng Magulang/Tagapangalaga	Magulang/Tagapangalaga <input type="checkbox"/> Ina <input type="checkbox"/> Ama <input type="checkbox"/> Iba Pa
	Pangalan: _____ Address – kung iba sa address ng bata: _____ _____
	Pangunahing Telepono: _____ <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mensahe
	Pangalawang Telepono: _____ <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mensahe
Impormasyon ng Magulang/Tagapangalaga	Magulang/Tagapangalaga <input type="checkbox"/> Ina <input type="checkbox"/> Ama <input type="checkbox"/> Iba Pa
	Pangalan: _____ Address – kung iba sa address ng bata: _____ _____
	Pangunahing Telepono: _____ <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mensahe
	Pangalawang Telepono: _____ <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabaho <input type="checkbox"/> Mensahe

Impormasyon ng Magulang/Tagapangalaga	Email Address: _____	Email Address: _____
	Petsa ng Kapanganakan: _____ / _____ / _____ Buwan Araw Taon	Petsa ng Kapanganakan: _____ / _____ / _____ Buwan Araw Taon
	Antas ng Edukasyon (lagyan ng check ang pinakamataas na antas na iyong natapos) <input type="checkbox"/> Baitang 6 o mas mababa <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Baitang 7 <input type="checkbox"/> Nagtapos ng High School <input type="checkbox"/> Baitang 8 <input type="checkbox"/> Kolehiyo/Advanced na Pagsasanay <input type="checkbox"/> Baitang 9 <input type="checkbox"/> Degree sa Kolehiyo/ Certificate ng Pagsasanay <input type="checkbox"/> Baitang 10 <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Baitang 11 <input type="checkbox"/> Bachelor Degree <input type="checkbox"/> Baitang 12 (Walang diploma) <input type="checkbox"/> Master's Degree	Antas ng Edukasyon (lagyan ng check ang pinakamataas na antas na iyong natapos) <input type="checkbox"/> Baitang 6 o mas mababa <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Baitang 7 <input type="checkbox"/> Nagtapos ng High School <input type="checkbox"/> Baitang 8 <input type="checkbox"/> Kolehiyo/Advanced na Pagsasanay <input type="checkbox"/> Baitang 9 <input type="checkbox"/> Degree sa Kolehiyo/ Certificate ng Pagsasanay <input type="checkbox"/> Baitang 10 <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Baitang 11 <input type="checkbox"/> Bachelor Degree <input type="checkbox"/> Baitang 12 (Walang diploma) <input type="checkbox"/> Master's Degree
	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay aktibo sa tungkuling militar sa U.S.? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay aktibo sa tungkuling militar sa U.S.? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay isang beteranong militar sa U.S.? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay isang beteranong militar sa U.S.? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay nagsasanay sa trabaho o nag-aaral? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay nagsasanay sa trabaho o nag-aaral? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo
Ang magulang/tagapag-alaga ba ay nagtatrabaho? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Pana-panahon Lang <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> May Kapansanan Kung nagtatrabaho, ilang oras sa isang linggo? _____	Ang magulang/tagapag-alaga ba ay nagtatrabaho? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Pana-panahon Lang <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> May Kapansanan Kung nagtatrabaho, ilang oras sa isang linggo? _____	
Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	
Anong (mga) wika ang ginagamit mo? _____	Anong (mga) wika ang ginagamit mo? _____	
Upang masuportahan nang maayos ang iyong pamilya, pakilagyan ng check ang lahat ng alalahaning mayroon ka para sa iyong sarili at/o sa iyong pamilya.		
<input type="checkbox"/> Kapansanan/Hindi makapagtrabaho <input type="checkbox"/> Trabaho/Pagkatanggap sa Trabaho <input type="checkbox"/> Kaunti o walang suporta mula sa pamilya o mga kaibigan		
<input type="checkbox"/> Mga problema sa droga/alak <input type="checkbox"/> Mga problema sa pagkatuto <input type="checkbox"/> Immigrant/Refugee (sa nakalipas na 3 taon) <input type="checkbox"/> Alalahanin sa Kalusugan		
<input type="checkbox"/> Medikal na saklaw <input type="checkbox"/> Pagkawala ng Mahal sa <input type="checkbox"/> (Mga) Nakakulong na Magulang Buhay/Kalungkutan <input type="checkbox"/> Karahasan sa Pamilya		
<input type="checkbox"/> Pabahay <input type="checkbox"/> Mga legal na isyu <input type="checkbox"/> Pagtatalaga ng sundalo sa ibang lugar (sa kasalukuyan o nakalipas na taon)		
<input type="checkbox"/> Immigration <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Pag-iisip, Depresyon Pagkatapos Manganak, Pagkabalisa, Depresyon, PTSD		
<input type="checkbox"/> Dating Kaugnayan sa CPS <input type="checkbox"/> Walang tirahan sa nakalipas na 12 buwan (hindi sa kasalukuyan)		

Nasagot ko ang mga tanong sa abot ng aking nalalaman. Gagamitin ang impormasyong ibinigay sa pagtukoy kung kwalipikado ang aking anak para sa mga programang Early Learning.

Tandaan: Kumpidensyal at gagamitin LANG ang impormasyon sa iyong aplikasyon upang malaman kung kwalipikado ang iyong anak. Hindi kami nagbibigay ng impormasyon sa immigration o iba pang awtoridad ng pamahalaan.

Lagda ng Magulang/Tagapangalaga: _____ Petsa: _____

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)