

Original Points

Total Points

Повторна заява на 2017 – 2018 рік

2017-2018 Returning Application

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

Center Location ID: _____

Розділ А: Відомості про дитину

Відомості про дитину	Ім'я дитини: _____ По батькові (ініціали): _____ Прізвище: _____
	Дата народження: _____ Стать: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча Телефон: _____
	Адреса: _____
	Назва/номер квартири: _____ Місто: _____ Індекс: _____

Розділ В: Відомості про здоров'я та розвиток

Відомості про дитину	<input type="checkbox"/> Респираторні захворювання (астма, RSV, RAD, інше) <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Корчі <input type="checkbox"/> Серцеві захворювання <input type="checkbox"/> Харчова алергія (перелічите): _____ <input type="checkbox"/> Ковтання <input type="checkbox"/> Нехарчова алергія (перелічите): _____ <input type="checkbox"/> Інше (перелічите): _____
	Чи є у вашої дитини будь-які інші проблеми зі здоров'ям? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, позначте всі відповідні пункти: <input type="checkbox"/> Годування та/або особлива дієта <input type="checkbox"/> Мала вага при народженні (5,5 фунтів або менше) <input type="checkbox"/> Слух <input type="checkbox"/> Зубний біль / карієс / кровоточивість ясен <input type="checkbox"/> Зір <input type="checkbox"/> Психічне здоров'я <input type="checkbox"/> Вплив алкоголю/препаратів <input type="checkbox"/> Харчова непереносимість (перелічите): _____ <input type="checkbox"/> Інші проблеми зі здоров'ям (перелічите): _____
	Чи є у вашої дитини медична страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, якого типу: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Приватна <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Інше: _____
	Чи є у вашої дитини стоматологічна страховка? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, якого типу: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Приватна <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Інше: _____
	Чи відбувалося з вашою дитиною наступне (позначте всі відповідні варіанти): <input type="checkbox"/> Жорстоке поводження/відсутність турботи <input type="checkbox"/> Попереднє патронатне виховання <input type="checkbox"/> Прохання покинути дитячу установу у зв'язку з поведінкою
	Чи є у вашої дитини особливі потреби? (Позначте, які саме): <input type="checkbox"/> Індивідуальний план навчання (IEP) <input type="checkbox"/> Індивідуальний план обслуговування сім'ї (IFSP) <input type="checkbox"/> Діагностована інвалідність <input type="checkbox"/> Участь у програмі Early Intervention Birth для малюків від народження до 3 років за останні 6 місяців
	Чи є у вас побоювання з приводу розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, позначте всі відповідні пункти: <input type="checkbox"/> Мовлення (видає сторонні звуки, говорить із затримкою, незрозуміле мовлення та/або труднощі з розумінням інших) <input type="checkbox"/> Дрібна моторика (хапання, малювання, письмо та/або вдягання) <input type="checkbox"/> Поведінка (б'ється, кусається, впадає в гнів та/або не йде на контакт) <input type="checkbox"/> Груба моторика (ходьба, лазіння, кидання, крутіння, відсутність зорового контакту, втрата навичок) <input type="checkbox"/> Інші занепокоєння: _____

Розділ С: Відомості про родину

Дитина проживає з: <input type="checkbox"/> Одним з батьків/опікуном <input type="checkbox"/> Обома батьками/опікунами	
Родинний зв'язок батьків/опікунів зі здобувачем: <input type="checkbox"/> Патронатні батьки <input type="checkbox"/> Дідусь/бабуся <input type="checkbox"/> Тітка/дядько	
<input type="checkbox"/> Біологічні батьки <input type="checkbox"/> Прийомні батьки <input type="checkbox"/> Вітчим/мачуха <input type="checkbox"/> Інше: _____	
Відомості про батьків/опікунів	Один з батьків/опікун <input type="checkbox"/> Мати <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше
	Ім'я: _____ Адреса – якщо відрізняється від адреси проживання дитини: _____
	Основний номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень
	Додатковий номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень
	Один з батьків/опікун <input type="checkbox"/> Мати <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше
	Ім'я: _____ Адреса – якщо відрізняється від адреси проживання дитини: _____
	Основний номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень
	Додатковий номер телефону: _____ <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Для повідомлень

