

امسح الرمز ضوئياً للحصول على المزيد من المعلومات



مرحبًا! يُرجى التكرم بإكمال حزمة طلب واحدة لكل طفل وإرفاق المستندات المطلوبة. تُحدّد الأهلية لبرامجنا حسب عمر الطفل ودخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب. ننتلّي الكثير من الطلبات للانضمام إلى برامجنا، ومن ثمّ، باذر بالتقديم في أقرب وقت ممكن! نزل المعلومات المُقدّمة في طلبك سرية وتُستخدم فقط لتحديد أهلية طفلك لبرامج التعلم المبكر لدينا.

لا نطلب التعرّف على حالة الهجرة أو وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services, DSHS) أو التحقق منها أو الإبلاغ عنها.

المستندات المطلوبة لإرفاقها مع الطلب: يُرجى الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب أو إذا لم يتوفّر لديك أي من المستندات المطلوبة المذكورة أدناه. يرجى ملء الطلب بالحرير الأزرق أو الأسود.

استخدم أي مستند سار:

- منحة الرعاية البديلة
- إعانة الطفل المستلمة لمدة 12 شهرًا
- خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال آخر 12 شهرًا

- مستندات الدخل:
 - إقرار ضريبية الدخل للعام الماضي
 - نموذج (W-2) للعام الماضي
 - كشوف الرواتب لآخر 12 شهرًا
- خطابات استحقاقات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)، المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)، برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الحالية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)



1 إثبات الدخل: أرفق نسخة من إثبات دخل أسرته.

استخدم أي من هذه المستندات:

- سجلات المدرسة
- مستند قضائي أو قانوني

- إقرار ضريبية الدخل للعام الماضي
- مستند الإيجار أو السكن
- خطاب الاستحقاقات (أي TANF أو SSI أو SNAP أو غير ذلك)



2 إثبات عدد أفراد الأسرة: أرفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.

استخدم أي من هذه المستندات:

- خطاب تفويض الرعاية البديلة
- سجل التطعيم الحالي
- قائمة التربية المشتركة في السكن التابعة لإدارة الخدمات المساندة (Department of Corrections, DOC)

- شهادة ميلاد الطفل
- جواز السفر/التأشيرة
- أوراق التبنّي



3 إثبات عمر الطفل: أرفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.

استخدم أي من هذه المستندات:

- اتفاقية مكتوبة موقعة ومؤرخة من قبل أولياء الأمور والشخص المسؤول عن الحضانة

- شهادة الميلاد
- جواز السفر/التأشيرة
- أوراق التبنّي
- سجل الرعاية البديلة



4 إثبات الوصاية القانونية: أرفق نسخة من إثبات الوصاية القانونية.

استخدم أي من هذه المستندات:

- سجل التطعيم الحالي
- خطة التعليم الفردية الحالية (Individualized Education Plan, IEP) / خطة الخدمة العائلية الفردية (Individualized Family Service Plan, IFSP)
- أحدث فحص لصحة الطفل
- أحدث فحص للأسنان
- إثبات العضوية القبلية

5 مستندات إضافية حسبما يقتضي الأمر

يُرجى إعادة طلبك والمستندات المكتملة إلى عنوان المركز / الموقع:

Kent Family Center - 13111 SE 274th St Kent WA 98030

Kent Valley Early Learning Center - 317 4th Ave S Kent WA 98032

- يُرجى الحرص على تضمين إثبات الدخل الخاص بك. يتعدّد علينا معالجة طلبك بدون تلقي هذه المعلومات.
- اتصل بمكتبنا إذا تلقيت مستندات أخرى بخلاف المذكورة أعلاه.

KYFS Head Start & ECEAP Program Models

Kent Youth & Family Service's Early Learning consists of two Program Models:

- **School-Day** is 6.5 hours per day, Monday - Thursday & some Fridays and requires self-transport.
- **Part-Day** is 3 to 3.5 hours per day, Monday – Bus transportation limited, depending upon the site and class time.

Which Program Model is your first preference?

Due to limited School-Day openings, we cannot offer first preference to every family. If your child is not selected for a School-Day slot, you may be offered a Part-Day opening and your child can remain on the School-Day waitlist.

Mark preference: ___ School-Day (self-transportation required) ___ Part-Day
___ Please keep my child on the School-Day waitlist until an opening occurs.

Bussing needed? Yes ___ No ___

Attends Day Care? Yes ___ No ___ Before School ___ After School ___

Daycare Name: _____

Daycare Address: _____

Please initial:

_____ I give permission for the staff to run my child's online WA State Immunization Record

IMPORTANT: After turning in your application - Please let us know if your contact information, class preference, or transportation needs change by calling our main office at: (253) 630-9590.

Summer Office Hours starting July 7th:

If on Kent East Hill & Covington: Kent Family Center 13111 SE 274th St, Kent WA 98030 – Open Tuesdays & Wednesdays, call to verify hours, 253-630-9590.

If in downtown Kent & West Hill area: Kent Valley Early Learning Center 317 4th Ave S Kent WA 98032 – Open Wednesdays & Thursdays, call to verify hours, 253-373-7600.

STAFF ONLY

Mapped	
Spreadsheet	
ELMS	
OI/ESE Letter Sent	
Double Checked	
ESE/ERE Request	

تطبيق التعلم المبكر 2025-2026
Early Learning Application 2025-2026



Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:	Date Received:
-----------------------------------	-----------------	-----------------------

معلومات الطفل - عام | Child Information – General

الاسم الأول First Name	الحرف الأول من الاسم الأوسط Middle Initial
الاسم المفضل Preferred Name	اسم العائلة Last Name
تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Date of Birth (month/day/year)	
نوع Gender	<input type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F
الهوية الجنسية للطفل (اختياري) Child's Gender Identity (optional)	
الضمائر المفضلة للطفل (اختياري) Child's Preferred Pronouns (optional)	

زيان ما در اين طفل چيست؟ What is this child's home language?	زيان دوم 2 nd language
هذا الطفل يتحدث: This child speaks:	
<input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية فقط Only English	<input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية في الغالب بالإضافة إلى لغة أخرى Mostly English and another language
<input type="checkbox"/> كل من اللغة الإنجليزية ولغة أخرى بنفس الدرجة (ثنائي اللغة) Both English and another language the same (bilingual)	<input type="checkbox"/> بعض اللغة الإنجليزية، ولكن في الغالب لغة أخرى *Some English, but mostly another language
	<input type="checkbox"/> فقط لغة أخرى غير الإنجليزية *Only a language other than English

هل هذا الطفل من أصل اسباني / لاتيني؟ Is this child Hispanic/Latino?	Decline to report رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>
ما عرق هذا الطفل؟ اختر كل الخيارات السارية. What is this child's race? Check all that apply.	
<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander
<input type="checkbox"/> الآسيويون Asian	<input type="checkbox"/> أبيض White
<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian	<input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ Decline to report
	<input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above
ما تراث أسرتك / قبيلتك / دولتك الأصلية؟ What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
هل هذا الطفل جزء من قبيلة إما عن طريق العضوية أو السلالة / النسب؟ Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage?	
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	

هل تم تسجيل هذا الطفل سابقًا في هذه البرامج؟ Has this child been previously enrolled in these programs?	
<input type="checkbox"/> الدعم المبكر للرضع والأطفال حديثي المني أو قانون تعليم الأفراد المعاقين الجزء ج أو ECLIPSE أو أي تدخل مبكر من الولادة إلى سن الثالثة Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	<input type="checkbox"/> Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP مقاطعة King أو Pierce، ولاية واشنطن أو برنامج PSESD Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP في مقاطعة King أو Pierce County, Washington State or a PSESD Program
<input type="checkbox"/> برنامج Head Start للمهاجرين / الموسمي في أي مكان في ولاية واشنطن Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State	<input type="checkbox"/> التسجيل السابق في مرحلة ما قبل المدرسة للأعمار من 3 إلى 5 سنوات Previous preschool enrollment (ages 3-5)
<input type="checkbox"/> لا شيء None	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD Program
اسم البرنامج وموقعه Name and location of program	
متى حضر هذا الطفل آخر When did this child last attend?	
هل هذا الطفل مسجل حاليًا في فئة مجتمعية في هذا الموقع؟ Is this child currently enrolled in a community slot at this site?	
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	
هل هذا الطفل شقيق لطفل مسجل حاليًا في البرنامج الذي تقدم طلبًا للانضمام إليه؟ Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to?	
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	



Child's First Name:

Child's Last Name:

No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل يخضع لرعاية التبني الرسمية أو رعاية الأقارب بمبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? إذا كانت الإجابة بنعم، فما رقم الحالة أو رقم معرف العميل؟ If yes, what is the Case Number or Client ID Number?
قسم الخدمات الاجتماعية الصحية <input type="checkbox"/>	دخل الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/>	What is the monthly grant/payment amount and source? ما قيمة المنحة / الدفعة الشهرية ومصدرها؟ \$
Tribe القبيلة <input type="checkbox"/>	Other غير ذلك <input type="checkbox"/>	# of children covered by grant amount: عدد الأطفال المشمولين بمبلغ المنحة
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل هذا الطفل يخضع لرعاية الأقارب بدون مبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in kinship care without a grant amount?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تبني هذا الطفل بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب أو من دار للأيتام من دولة أخرى؟ Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم لم شمل هذا الطفل مع والده (والديه) مؤخرًا بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب؟ Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care?

الأسئلة أدناه مخصصة للمعلومات فقط. لن تؤثر الإجابة بـ "نعم" على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج. The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.		
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تتلقى أسرته حاليًا خدمات / دعمًا من خلال خدمات حماية الطفل (Child Protective Services, CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (Family Assessment Response, FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (Indian Child Welfare, ICW)، أو الخدمات القبلية المماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم؟ Does your family currently receive services /support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system?
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل حصلت أسرته على خدمات دعم / دعمًا من CPS/FAR/ICW، أو خدمات قبيلية مماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم في الماضي؟ Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past?
هل تمت الموافقة على أسرته حاليًا لتلقي رعاية الأطفال من خلال خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR? نعم - كم عدد الساعات المعتمدة في الأسبوع؟ Yes - How many approved hours per week? لا <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل سبق أن طلب من هذا الطفل مغادرة برنامج التعلم المبكر بسبب مشكلات سلوكية؟ Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues?

Child Information – Health | معلومات الطفل – الصحة

No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟ Does this child have medical insurance? إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟ If yes, what type?
التغطية الطبية العسكرية <input type="checkbox"/>	تأمين قبلي <input type="checkbox"/>	Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/>
Medical Coverage	Private Insurance	
هل لدى هذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة طبية منتظمة؟ Does this child have a regular doctor or medical clinic? نعم - اسم العيادة / موفر الرعاية Yes - Name of clinic/provider اسم الطبيب المختص Name of medical professional لا <input type="checkbox"/>		
هل خضع هذا الطفل لفحص صحة الطفل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ Did this child have a well-child exam within the last 12 months? نعم - تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام) Yes - Date of last exam (month/day/year) التاريخ غير معروف Date Unknown لا <input type="checkbox"/>		



Child's First Name:

Child's Last Name:

No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	Does this child have dental insurance? هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟
Military Medical Coverage <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/>	If yes, what type? إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟
Name of dental professional اسم طبيب الأسنان	Does this child have a regular dentist or dental clinic? هل لدى هذا الطفل طبيب أسنان أو عيادة أسنان منتظمة؟
Yes - Name of clinic/provider اسم العيادة / موفر الرعاية	No لا <input type="checkbox"/>
Did this child have a dental exam within the last 6 months? هل خضع هذا الطفل لفحص أسنان خلال الأشهر الستة الماضية؟	Yes - Date of last exam (month/day/year) نعم - تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام)
Date Unknown التاريخ غير معروف	No لا <input type="checkbox"/>

Not fully immunized or exempt غير حاصل على التطعيمات الكاملة أو غير مُعفى <input type="checkbox"/>	Exempt مُعفى <input type="checkbox"/>	Fully immunized حاصل على التطعيمات الكامل <input type="checkbox"/>	What is your child's immunization status? ما حالة تطعيمات طفلك؟
			غير متأكد Not sure <input type="checkbox"/>

Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)? هل يعاني هذا الطفل من حالة صحية مزمنة (قد يشمل ذلك الصحة العقلية، أو الربو، أو السرطان، أو السكري، أو النوبات، أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، أو التوحد، أو السنسنة المشقوقة، أو مرض فقر الدم المنجلي، أو الحساسية التي تهدد الحياة)؟
The health condition is considered: الحالة الصحية تعتبر
Mild خفيفة <input type="checkbox"/> Moderate متوسطة <input type="checkbox"/> Severe خطيرة <input type="checkbox"/>
Yes - Please describe نعم - يرجى التوضيح
Has a Health Care Provider diagnosed this condition? هل قام موفر رعاية صحية بتشخيص هذه الحالة؟
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>

معلومات الطفل – النمو - Development - Child Information

Do you have concerns about this child's health? هل لديك مخاوف بشأن صحة هذا الطفل؟
No لا <input type="checkbox"/> Yes - check all that apply below نعم - حدد كل ما ينطبق أدناه
Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.) انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 أرطال / 5 أرطال و 8 أونصات)
Hearing السمع <input type="checkbox"/>
Vision البصر <input type="checkbox"/>
Food intolerance/special diet - Please describe عدم القدرة على تحمل الطعام / نظام غذائي خاص - يرجى التوضيح
Preterm birth less than 37 weeks الولادة المبكرة قبل أقل من 37 أسبوعاً <input type="checkbox"/>
Fine motor/gross motor الحركة الدقيقة / الحركة الإجمالية <input type="checkbox"/>
Drug/alcohol affected متأثر بالمخدرات / الكحوليات <input type="checkbox"/>
Tooth pain/decay/bleeding gums ألم الأسنان / تسوسها / نزيف اللثة <input type="checkbox"/>

Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)? هل لدى هذا الطفل خطة تعليم فردية (IEP، Individual Education Plan) حالية ونشطة أو خطة خدمة عائلية فردية (IFSP)؟
Yes - Please provide a copy with your application نعم - يرجى تقديم نسخة مع طلبك
No - Check if any of these apply لا - اختر ما إذا كان أي من هذه الأمور يسري على الطفل
My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services. خضع طفلي للتقييم وتم تحديد أنه مؤهل للحصول على برنامج التعليم الفردي (IEP)، ولكننا ننتظر إصدار برنامج التعليم الفردي (IEP) أو رفض الخدمات.
My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district. حصل طفلي على خطة خدمة عائلية فردية (IFSP) في الماضي ولكنه لم ينتقل إلى خطة تعليم فردية (IEP) مع المنطقة التعليمية.
My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation. تم تشخيص معاناة طفلي من تأخر في النمو أو إعاقة، أو ليس لديه خطة تعليم فردية (IEP)، أو تتم إحالته للتقييم.
My child has a suspected developmental delay or disability يشتبه في أن طفلي يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة.
I have concerns about my child's development لدي مخاوف بشأن نمو طفلي.
None لا شيء <input type="checkbox"/>



Child's First Name:

Child's Last Name:

معلومات الوالد / الوصي Parent/Guardian Information

هذا الطفل يعيش مع This child lives with <input type="checkbox"/> أحد الوالدين / الوصي (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1) One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1) والدان / اثنان من الأوصياء في نفس المنزل (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1 و2) <input type="checkbox"/> والدان / اثنان من الأوصياء في منزلين مختلفين (الوالد / الوصي 1 و2) Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2) <input type="checkbox"/> والدان / اثنان من الأوصياء في منزلين مختلفين (الوالد / الوصي 1 و2) Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)		
	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
الاسم الأول First Name		
اسم العائلة Last Name		
العلاقة بالطفل Relationship to child	<input type="checkbox"/> بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> جد Grandparent <input type="checkbox"/> غير ذلك Other <input type="checkbox"/> والد بالتبني Foster Parent	<input type="checkbox"/> بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> جد Grandparent <input type="checkbox"/> غير ذلك Other <input type="checkbox"/> والد بالتبني Foster Parent
الجنس Gender	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
الهوية الجنسية (اختياري) Gender Identity (optional)		
الضمائر المفضلة (اختياري) Preferred Pronouns (optional)		
تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Date of Birth (month/day/year)		
العنوان (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي) Address (including City, State, Zip)		
الهاتف Phone	<input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> العمل Work	<input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> العمل Work
الهاتف البديل Alternate Phone	<input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> العمل Work	<input type="checkbox"/> المنزل Home <input type="checkbox"/> الخلوي Cell <input type="checkbox"/> العمل Work
عنوان البريد الإلكتروني Email		
هل كنت أقل من عمر 18 عامًا عندما وُلد هذا الطفل؟ Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No
ما اللغات التي تتحدثها؟ What language(s) do you speak?		
هل تحتاج إلى مترجم لهذه اللغة؟ Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No



Child's First Name:

Child's Last Name:

	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
هل لديك أنت أو أي فرد من أفراد عائلتك احتياجات ADA أو احتياجات إمكانية الوصول الأخرى التي يمكننا دعمها؟ Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>
هل أنت من أصل إسباني / لاتيني؟ Are you Hispanic/Latino?	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Decline to report رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Decline to report رفض الإبلاغ <input type="checkbox"/>
ما عرقك؟ اختر كل الخيارات السارية. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black <input type="checkbox"/> الآسيويون Asian <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> أبيض White <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ Decline to report <input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above	<input type="checkbox"/> إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black <input type="checkbox"/> الآسيويون Asian <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> أبيض White <input type="checkbox"/> رفض الإبلاغ Decline to report <input type="checkbox"/> غير مدرج أعلاه Not listed above
ما أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه؟ What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل 6th grade or less <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> شهادة الدراسة الثانوية High school diploma <input type="checkbox"/> شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate <input type="checkbox"/> درجة الزمالة Associate degree <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> لا شيء None	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل 6th grade or less <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> شهادة الدراسة الثانوية High school diploma <input type="checkbox"/> شهادة التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training <input type="checkbox"/> شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate <input type="checkbox"/> درجة الزمالة Associate degree <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> لا شيء None
هل أنت موظف حالياً؟ Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? <input type="checkbox"/> اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled <input type="checkbox"/> عمل موسمي Seasonal	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? <input type="checkbox"/> اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled <input type="checkbox"/> عمل موسمي Seasonal
هل تشارك حالياً في تدريب وظيفي أو تدرس في مدرسة؟ Are you currently in job training or school?	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <input type="checkbox"/> اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: <input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? <input type="checkbox"/> اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: <input type="checkbox"/> لا No



Child's First Name:

Child's Last Name:

	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1	Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2
هل تشارك في نشاط WorkFirst معتمد؟ Are you in an approved WorkFirst activity?	نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: لا No	نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: لا No
هل أنت منخرط في الجيش الأمريكي أو كنت منخرطاً به من قبل؟ Are you or have been in the U.S. military?	نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran لا	نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran لا

Family Concerns | مخاوف الأسرة

انتقل الوالد والطفل إلى ممارسات ثقافية تقليدية أو عمل موسمي أو مؤقت في مجالي الزراعة أو صيد الأسماك Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)	مشاكل المخدرات / الكحوليات المنزلية أو تعاطي المخدرات (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including <i>in utero</i>	فرد الأسرة يعاني من إعاقة أو يعاني من حالة صحية بدنية أو عقلية مزمنة، وهو Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:
والد/وصي الطفل مسجون أو تم سجنه Child's parent/guardian is/has been incarcerated	الأسرة منعزلة اجتماعياً، مع انعدام الاتصال بشكل كامل أو بشكل شبه كامل مع الآخرين Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others	غير قادر على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Unable to engage in work/school/family life
فقدان أحد الوالدين (الموت أو الهجر أو الترحيل) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation)	والد الطفل / الوصي عليه يشعر بالقلق حيال الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job	قادر إلى حد ما على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Somewhat able to engage in work/school/ family life
والدا الطفل / الأوصياء عليه مطلقان أو منفصلان خلال حياة الطفل Child's parents/guardians divorced or separated during child's life	الأسرة لديها مخاوف قانونية Family has legal concerns	قادر في الغالب على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Mostly able to engage in work/school/family life
أسرة بلا مأوى سابقاً (في آخر 12 شهراً) Family previously homeless (in the last 12 months)	أحد أفراد أسرة الطفل التحق بالمدرسة الداخلية الهندية Child has a family member who attended Indian Boarding School	الوالد / الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلم، ولكن ليس لديه إعاقة Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability
الأسرة لديها مخاوف تتعلق بالسكن Family concerns with housing	والد / الوصي على الطفل عامل مهاجر أو عامل موسمي بحيث يأتي أكثر من نصف دخل الأسرة من العمل الزراعي Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work	العنف المنزلي (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة قبل الولادة Household domestic violence (past or current), including <i>in utero</i>
لا أحد None		



Child's First Name:

Child's Last Name:

Family Living Situation | الحالة المعيشية للأسرة

No | لا Yes | نعم

هل تتلقى هذه الأسرة إسكاناً مدعوماً مثل قسيمة الإسكان أو المساعدة النقدية للإسكان؟
Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing?

ما الوضع السكني الحالي لأسرتك؟ يوفر قانون McKinney-Vento الخدمات ووسائل الدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. قد تساعدنا إجاباتك في تحديد الخدمات التي قد يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها.

What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

Military – waiting for permanent housing | عسكري - في انتظار سكن دائم

Own | سكن مملوك

في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى (حدد خياراً واحداً أدناه) |

Rent | إيجار

In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

عن طريق الاختيار (على سبيل المثال، لتقاسم المسؤوليات، لتكون قريباً من الأسرة، وما إلى ذلك) |

By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)

بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لسبب مماثل |

Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

In a motel | في نزل

Transitional Housing | الإسكان الانتقالي

In a shelter | في ملجأ

Moving from place to place/couch | الانتقال من مكان إلى آخر / التنقل بين أماكن السكن

في سيارة أو موقف سيارات أو موقع تخييم أو مكان مشابه

surfing

A car, park, campsite, or similar location

في مسكن مرافقه غير كافية (بدون ماء، تدفئة، كهرباء) |

In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

Other – Please describe: | غير ذلك - يرجى التوضيح

Family Income and Family Size | دخل الأسرة وعدد أفراد الأسرة

الوصي في أسرتك نفقة الطفل الملزمة قانوناً لأسرة أخرى؟ / هل يدفع أحد الوالدين

No | لا

Yes | نعم

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household?

حدد كل ما ينطبق إذا تلقيت أنت أو هذا الطفل أو أي شخص آخر يعيش في منزلك ومرتبك بك بصفة الدم أو الزواج أو التبني هذه الأنواع من المساعدة العامة |
Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance:

Parent/Guardian | الوالد / الوصي Child | طفل SSI for disability received by | مباحث أمن الدولة للإعاقة التي تتلقاها

أخرى - العلاقة بالطفل | Other – relationship to child:

Child-only TANF | TANF للأطفال فقط Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash | المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) نقداً

None | لا شيء WIC إعانة رعاية الأطفال في مجال اتصالات العمل | WorkFirst Basic Food (SNAP/FAP) | الغذاء الأساسي

Working Connections Child Care subsidy

هل تمت إحالتك إلى هذا البرنامج من قبل وكالة؟ | Were you referred to this program by an agency?

Yes - Name | نعم - اسم الوكالة No | لا

كيف تعرفت على هذا البرنامج؟ | How did you find out about this program?



Child's First Name:

Child's Last Name:

Please list all people living in this child's primary household		لطفاً تمام أفرادی که در فامیل اصلی این طفل زندگی می کنند را مشخص نمایید	
هل هذا الشخص مدعوم ماليا من قبل أحد الوالدين / الوصي على الطفل؟ Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?	هل هذا الشخص مدعوم ماليا من قبل أحد الوالدين / الوصي على الطفل؟ Is this person financially supported by parent/guardian of child?	العلاقة بالطفل Relationship to child	تاريخ الميلاد (شهر / يوم) Birthdate (عام / month/day/year)
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	طفل Applying Child	طفل Applying Child
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	الوالد/الوصي Parent/Guardian	الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	الوالد/الوصي Parent/Guardian	الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		
No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/>		

وأنتهت بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وصحيحة. لدي صلاحية تسجيل هذا الطفل وسوف أقوم بالإبلاغ عن كل دخلي وحجم أسرتي، كما هو مطلوب في برامج التعلم المبكر. إذا قدمت معلومات كاذبة عن عملي، فأنا أفهم أن عائلتي قد لا تتمكن من مواصلة خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان طفلي مسجلاً في برنامج ECEAP، فقد أضطر إلى سداد المبلغ الذي أنفقته على طفلي.

أفهم أن المعلومات الواردة من هذا الطلب يتم إدخالها في العديد من قواعد بيانات التعليم المبكر التي تديرها إدارة الأطفال والشباب والأسر (Department of Children, Youth, and Families، DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بوجيت ساوند (Puget Sound Educational Service District، PSESD). تلتزم كل من إدارة الأطفال والشباب والأسر (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بوجيت ساوند (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي يمكن أن تحدد هوية الطفل أو الأسرة. ولا يتم إدخال أي معلومات تتعلق بوضع الهجرة في قواعد البيانات أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. يمكن استخدام المعلومات الواردة في قواعد البيانات لما يلي:

- الدراسات البحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة في برامج التعليم المبكر تساعد الأطفال في وقت لاحق في الحياة.
- إثبات أن ولاية واشنطن تنفق بعض الأموال الخاصة بها على برامج للأسر، وهو أمر مطلوب لتلقي أموال المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families، TANF) من الحكومة الفيدرالية.

I promise that the information on this form is true and correct. I have authority to enroll this child and will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in the databases or shared with state or federal agencies. Information in the databases may be used for the following:

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

توقيع ولي الأمر / الوصي | Parent/Guardian Signature

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS) _____ Date | التاريخ

***Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.**

Reviewed and received verbal verification on (date):

Staff Initials:

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)



