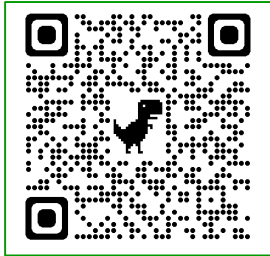


برای معلومات بیشتر سکین کنید



خوش آمدید! لطفاً یک بسته درخواست را برای هر طفل تکمیل کنید و اسناد مورد نیاز را ضمیمه کنید. واجد شرایط بودن برای برنامه های ما بر اساس سن طفل و عواید خانواده تعیین می شود، نه بر اساس تاریخ که شما درخواست دادید.

برنامه های ما به سرعت پرمی شود، بنابراین لطفاً در اسرع وقت درخواست دهید! اطلاعات درخواست شما محرمانه است و فقط برای تعیین صلاحیت طفل تان برای برنامه های یادگیری اولیه ما استفاده می شود.

ما به وضعیت مهاجرت یا (Department of Social and Health Services, DSHS) نیاز نداریم، بررسی یا گزارش ارائه نمی کنیم.

اسناد مورد نیاز برای ضمیمه نمودن با برنامه: اگر شما برای تکمیل درخواست به کمک نیاز دارید یا هیچ یک از اسناد مورد نیاز فهرست شده در زیر را ندارید، لطفاً با ما تماس بگیرید. **افضل دینکر** به ایس. ای. پی. رهرو جاب. ار. هماترید

از هر کدام که اعمال می شود استفاده کنید:

- کمک مالی برای سرپرستی موقتی
- حمایت طفل به مدت 12 ماه دریافت شده است
- کارفرما نامه ای که کل عواید ناخالص شما را از 12 ماه گذشته بیان می کند

- اسناد عواید:
 - اظهارنامه مالیات بر عواید سال گذشته
 - فورم (های) W-2 سال گذشته
 - رسید پرداخت از 12 ماه گذشته
- نامه های منافع فعلی درآمد تضمینی تکمیلی (Supplemental Security Income, SSI) / کمک های موقت برای خانواده های نیازمند (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / برنامه کمک تغذیه تکمیلی (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)



1 ثبوت عواید: یک کاپی از اسناد عواید خانواده خود را ضمیمه کنید.

از هر یک از این موارد استفاده کنید:

- سوابق مکتب
- محکمه یا سند قانونی

- اظهارنامه مالیات بر عواید سال گذشته
- سند اجاره یا مسکن
- نامه فواید (SNAP، SSI، TANF، و غیره)



2 اثبات اندازه خانواده: یک کاپی از سند اندازه خانواده را ضمیمه کنید.

از هر یک از این موارد استفاده کنید:

- نامه صلاحیت سرپرستی موقتی از خانواده
- سند فعلی و اکسیناسیون
- فهرست والدین مسکونی (Department of Corrections, DOC)

- شناسنامه طفل
- پاسپورت ویزه
- اوراق پذیرش طفل



3 اثبات سن طفل: یک کاپی از سند تاریخ تولد طفل تان را ضمیمه کنید.

از هر یک از این موارد استفاده کنید:

- توافق نامه کتبی که توسط والدین و فردی که مسئولیت نگهداری را بر عهده می گیرد، امضا و تاریخ گذاری شده است

- سند تولد
- پاسپورت ویزه
- اوراق پذیرش طفل
- ریکارد برای سرپرستی موقتی



4 سند سرپرستی قانونی: یک کاپی از سند سرپرستی قانونی خود را ضمیمه کنید.

- سند فعلی و اکسیناسیون
- IEP / (Individualized Family Service Plan) IFSP
- (Individualized Education Program) فعلی
- جدیدترین معاینه Well Child
- آخرین معاینه طب دندان
- اثبات عضویت قبیله ای

5 اسناد اضافی در صورت لزوم

برنامه تکمیل شده و اسناد خود را برگردانید به:

تیا سوزرکه مسر دآ:

Kent Family Center - 13111 SE 274th St Kent WA 98030
 Kent Valley Early Learning Center - 317 4th Ave S Kent WA 98032

- لطفا مطمئن شوید که سند عواید شما درج شده باشد. ما نمی توانیم درخواست شما را بدون این معلومات بررسی کنیم.
- در صورت دریافت انواع دیگر اسنادی که در بالا ذکر نشده اند، با دفتر ما تماس بگیرید.

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	

Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:
----------------------------	----------

مشخصات طفل – عمومی | Child Information – General

نام میان Middle Initial	نام First Name
نام ترجیحی Preferred Name	نام خانوادگی Last Name(s)
تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Date of Birth (month/day/year)	
جنسیت Gender	<input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر
هویت جنسیتی (اختیاری) Gender Identity (optional)	
ضمایر ترجیحی (اختیاری) Preferred pronouns (optional)	

زبان دوم 2 nd language	What is this child's home language? زبان مادر این طفل چیست؟
<input type="checkbox"/> مقداری انگلیسی، اما به طور عمده یک زبان دیگر *Some English, but mostly another language	<input type="checkbox"/> به طور عمده انگلیسی و یک زبان دیگر Mostly English and another language
<input type="checkbox"/> فقط به زبانی به غیر از زبان انگلیسی *Only a language other than English	<input type="checkbox"/> فقط انگلیسی Only English
	<input type="checkbox"/> هم انگلیسی و هم یک زبان دیگر به صورت مساوی (دو زبانه) Both English and another language the same (bilingual)
	این طفل به زبان مشخص شده در زیر گپ میزند This child speaks:

<input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> بله Yes	آیا این طفل به زبان اسپانیایی/ لاتین گپ میزند؟ Is this child Hispanic/Latino?
نژاد این طفل چیست؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید. What is this child's race? Check all that apply.	
<input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> آفریقایی/ آفریقایی آمریکایی/ سیاه پوست African/African American/Black
<input type="checkbox"/> سفید پوست White	<input type="checkbox"/> آسیایی Asian
<input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report	<input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/ بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian
<input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above	
میراث/ قبیله/ کشور اصلی شما چیست و کجا می باشد؟ What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
<input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> بله Yes	آیا این طفل با عضویت، عضوی از این قبیله شده یا که اصالتاً عضوی از این قبیله می باشد؟ Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage?

<input type="checkbox"/> مهاجرت/ Head Start در هر نقطه از ایالت Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State	<input type="checkbox"/> پشتیبانی و حمایت اولیه برای نوزادان و طفلان نوپا، بخش C قانون تعلیم افراد دارای معلولیت پروگرام برای نوزادان و طفلان نوپا معلول، ECLIPSE، یا هرگونه مداخله زود هنگام از بدو تولد تا سه سالگی
<input type="checkbox"/> ثبت نام قبلی پیش دبستانی (سنین 3-5) Previous preschool enrollment (ages 3-5)	<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention
<input type="checkbox"/> خیر None	
نام و محل پروگرام Name and location of program	
آخرین مراجعه این طفل چه زمانی می باشد؟ When did this child last attend?	
<input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> بله Yes	آیا این طفل در حال حاضر در یک پروگرام اجتماعی در این سایت ثبت نام کرده است؟ Is this child currently enrolled in a community slot at this site?



Child's First Name:

Child's Last Name:

آیا این طفل برادر یا خواهر طفلی می باشد که در پروگرامی که ثبت نام می کنید، ثبت نام کرده باشد؟ | Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? |
 Yes | بله No | خیر

آیا این طفل تحت سرپرستی موقت رسمی توسط هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی با مبلغ کمک هزینه می باشد؟ | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount?
 در صورت بله بودن، نمبر پرونده یا نمبر شناسایی شخص چیست؟ | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?
 مبلغ کمک هزینه /پرداختی ماهانه چقدر می باشد و از چه منبعی تامین می گردد؟ | What is the monthly grant/payment amount and source? \$
 تعداد طفلان تحت پوشش کمک هزینه | # of children covered by grant amount |
 اداره خدمات بهداشتی و اجتماعی | Tribe | قبیله عایدات تضمینی تکمیلی
 سایر موارد | Other
 آیا این طفل تحت سرپرستی خیشاوندی بدون مبلغ کمک هزینه می باشد؟ | Is this child in kinship care without a grant amount?
 آیا این طفل پس از سرپرستی به واسطه هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی یا از یتیم منزل از کشور دیگری به طفلی پذیرفته شده است؟ | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country?
 آیا این طفل اخیراً به والدین خود پس از سرپرستی توسط هر فردی یا سرپرستی خیشاوندی پیوسته است؟ | Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care?
 Yes | بله No | خیر

سوالات زیر فقط جهت دریافت معلومات می باشد. "بله" جواب دادن تاثیری در واجد شرایط بودن یا ثبت نام در این پروگرام نخواهد داشت. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.
 آیا فامیل شما در حال حاضر از خدمات حمایت از طفل (Child Protective Services=CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (Family Assessment Response=FAR)، رفاه طفلان هندی (Indian Child Welfare=ICW)، خدمات قبیله ای قابل مقایسه، یا سیستم مجری قانون/دادگاه، خدمات/حمایتی دریافت می کند؟ | 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?
 لفظ زات یا مدت یا مدت از ابداع امشل بیمه ای (CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (FAR)، رفاه طفلان هندی (ICW)، خدمات قبیله ای قابل مقایسه، یا سیستم مجری قانون/دادگاه، خدمات/حمایتی دریافت کرده است؟ | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past?
 آیا فامیل شما برای مراقبت از طفل از سوی خدمات حمایت از طفل (CPS)، پاسخدهی ارزیابی فامیل (FAR) مورد تایید واقع شده است؟ | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?
 بله - چند ساعت در هفته (تایید شده)؟ | Yes - How many approved hours per week? |
 No | خیر
 آیا تا به حال از این طفل خواسته شده است که پروگرام یادگیری اولیه را به سبب مسائل رفتاری ترک نماید؟ | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues?
 Yes | بله No | خیر

معلومات طفل - در ارتباط با سلامت | Child Information – Health

آیا طفل بیمه درمانی دارد؟ | Does this child have medical insurance?
 در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ | If yes, what type?
 Washington Apple Health/ProviderOne بیمه خصوصی | Private Insurance Tribal پوشش درمانی نظامی | Military Medical Coverage
 آیا این طفل به طور متداول به دکتر یا کلینیک طبی مختصی می رود؟ | Does this child have a regular doctor or medical clinic?
 بله - نام کلینیک/ارائه دهنده را ذکر نمایید | Yes - Name of clinic/provider | نام تخصص دکتر | Name of medical professional
 No | خیر
 آیا این طفل در 12 ماه اخیر تحت چک آپ واقع شده است؟ | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?
 بله - تاریخ آخرین معاینه (سال/روز/ماه) | Yes - Date of last exam (month/day/year) | تاریخ نامشخص | Date Unknown
 No | خیر



Child's First Name:	Child's Last Name:
---------------------	--------------------

No خیر <input type="checkbox"/> Yes بله <input type="checkbox"/> Does this child have dental insurance؟ در صورت مثبت بودن جواب، چه نوعی؟ Military Medical Coverage پوشش درمانی نظامی <input type="checkbox"/> ABCD <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne	If yes, what type? آیا این کودک یک متخصص د بهطور منظم و یا کلینیکدنت آل؟ بله - نام کلینیک/ارائه دهنده را ذکر نمایید نام حرفه ای دندان پزشکی خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Does this child have a regular dentist or dental clinic? آیا این طفل در 6 ماه اخیر معاینه دندانپزشکی داشته است؟ بله - تاریخ آخرین معاینه (سال/روز/ماه) Yes - Name of clinic/provider خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Did this child have dental exam within the last 6 months? آیا این طفل در 6 ماه اخیر معاینه دندانپزشکی داشته است؟ بله - تاریخ آخرین معاینه (سال/روز/ماه) Yes - Date of last exam (month/day/year) خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

What is your child's immunization status? ما حالة التطعيم لطفلك؟		
Not fully immunized or exempt به طور کامل ایمن سازی نشده یا معاف <input type="checkbox"/>	Exempt معاف <input type="checkbox"/>	Fully immunized به طور کامل ایمن سازی شده، <input type="checkbox"/>
Mismatched مطمئن نیست <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)? آیا این طفل بیماری مزمنی دارد (می تواند سلامت روان، آسم، سرطان، دیابت، تشنج، بیش فعالی، اوتیسم، مپره شکاف دار، کم خونی داسی شکل یا آلرژی های خطرناک باشد)؟	
The health condition is considered: Mild خفیف می باشد <input type="checkbox"/> Moderate در حد متوسط <input type="checkbox"/> Severe شدید <input type="checkbox"/>	Yes - Please describe توضیح دهید <input type="checkbox"/>
آیا ارائه دهنده مراقبت های طبی این بیماری را تشخیص داده است؟ Has a Health Care Provider diagnosed this condition? خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

مشخصات طفل - در ارتباط با رشد | Child Information – Development

Do you have concerns about this child's health? آیا نگرانی هایی در ارتباط با سلامت این طفل دارید؟ بله - همه موارد زیر را که برای شما صدق می کند را علامت بزنید - Yes <input type="checkbox"/>		
No خیر <input type="checkbox"/>		
check all that apply below		
کم وزنی در بدو تولد (کمتر از 5.5 پوند/5 پوند و 8 انس) <input type="checkbox"/> Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)	زایمان زود هنگام کمتر از 37 هفته <input type="checkbox"/> Preterm birth less than 37 weeks	تحت تاثیر الکل/دارو <input type="checkbox"/> Drug/alcohol affected
شنوایی <input type="checkbox"/> Hearing بینایی <input type="checkbox"/> Vision	مهارتهای حرکتی درشت/ظریف <input type="checkbox"/> Fine motor/gross motor	دندان درد/پوسیدگی/خونریزی لثه <input type="checkbox"/> Tooth pain/decay/bleeding gums
عدم تحمل غذایی/رژیم خاص - لطفا توضیح دهید Food intolerance/special diet – Please describe		

Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)? آیا این طفل در حال حاضر از پروگرام آموزشی فردی یا پروگرام خدمات خانوادگی فردی برخوردار می باشد؟	
Yes - Please provide a copy with your application بله - لطفا یک کپی به همراه درخواست خود ارائه نمایید.	
No - Check if any of these apply خیر - کدام یک از این موارد صدق می کند	
فرزندی من ارزیابی داشت و واجد شرایط برای IEP تعیین شد، اما ما منتظر هستیم تا IEP صادر شود یا خدمات را رد کند.	
My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services.	
طفل من در گذشته یک پروگرام خدمات خانوادگی فردی (IFSP) داشته است اما به یک پروگرام آموزشی فردی (IEP) در ناحیه مکتب منتقل نشده است.	
My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.	
طفل من دارای تاخیر رشد یا معلول تشخیص داده شده است، پروگرام آموزشی فردی (IEP) ندارد، یا برای ارزیابی ارجاع شده است.	
My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.	
طفل من مشکوک به تاخیر در رشد یا معلولیت می باشد. My child has a suspected developmental delay or disability	
من نگرانی هایی در ارتباط با رشد طفل دارم. I have concerns about my child's development	
هیچ کدام. None <input type="checkbox"/>	



Child's First Name:

Child's Last Name:

مشخصات والدین/سرپرست | Parent/Guardian Information

طفل با یکی از موارد لیست شده در زیر زندگی می کند This child lives with <input type="checkbox"/> یکی از والدین/سرپرست (قسمت والدین/سرپرست 1 را تکمیل نمایید) One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1) <input type="checkbox"/> دو والدین/سرپرست در یک فامیل (قسمت والدین/سرپرست 1 و 2 را تکمیل نمایید). Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2) <input type="checkbox"/> دو والدین/سرپرست در دو فامیل (قسمت والدین/سرپرست 1 و 2 را تکمیل نمایید). Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)		
	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
نام First Name		
نام خانوادگی Last Name(s)		
نسبت با طفل Relationship to child	<input type="checkbox"/> بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدر یا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> سایر موارد Other <input type="checkbox"/> پدر یا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent <input type="checkbox"/> پدر یا مادر بزرگ Grandparent	<input type="checkbox"/> بیولوژیکی/فرزند خوانده/پدر یا مادر ناتنی Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> عمه یا خاله/عمو یا دایی Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> سایر موارد Other <input type="checkbox"/> پدر یا مادر ناتنی (بدون حق تکفل) Foster Parent <input type="checkbox"/> پدر یا مادر بزرگ Grandparent
Género Gender	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
هویت جنسیتی (اختیاری) Gender Identity (optional)		
ضمایر ترجیحی (اختیاری) Preferred Pronouns (optional)		
تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Date of Birth (month/day/year)		
آدرس (شامل شهر، ایالت کد پستی) Address (including City, State, Zip)		
تلفون Phone	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work
نمبر تلفون جایگزین Alternate Phone	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work	<input type="checkbox"/> ثابت Home <input type="checkbox"/> همراه Cell <input type="checkbox"/> کار Work
آدرس پست الکترونیکی Email		
زمانی که این بچه بدنیا آمد زیر 18 سال بودید؟ Were you under age 18 when this child was born?	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> نامشخص No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> نامشخص No
به چه زبان (هایی) گپ میزنید؟ What language(s) do you speak?		
آیا شما به کمک یک مترجم نیاز دارید؟ Do you need an interpreter for this language?	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No



Child's First Name:	Child's Last Name:
---------------------	--------------------

	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده تان ADA یا نیازهای دسترسی دیگری دارید که ما می توانیم از آنها حمایت کنیم؟ Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/>
آیا/آیا؟ Are you Hispanic/Latino?	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report <input type="checkbox"/>	بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report <input type="checkbox"/>
از چه نژادی می باشید؟ همه مواردی را که صدق می کند را علامت بزنید. What is your race? Check all that apply.	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی / سیاه پوست African/American/Black <input type="checkbox"/> آسیایی Asian <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> سفید پوست White <input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report <input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above	<input type="checkbox"/> آفریقایی/آفریقایی آمریکایی / سیاه پوست African/American/Black <input type="checkbox"/> آسیایی Asian <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا/بومی آمریکا/ سرخپوست آمریکایی Alaska Native/Native American/American Indian <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> سفید پوست White <input type="checkbox"/> رد گزارش Decline to Report <input type="checkbox"/> در بالا ذکر نگردیده است Not listed above
بالاترین مقطع تحصیلی که گذرانده اید کدام می باشد؟ What is the highest level of education you completed?	<input type="checkbox"/> کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less <input type="checkbox"/> کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان High school diploma <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training <input type="checkbox"/> مدرک پوهنتونی/ فنی College/professional certificate <input type="checkbox"/> مقطع فوق دیپلم Associate degree <input type="checkbox"/> مقطع لیسانس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> خیر None	<input type="checkbox"/> کلاس ششم یا کمتر 6 th grade or less <input type="checkbox"/> کلاس هفتم تا دوازدهم، بدون مدرک تحصیلی یا دیپلم 7 th to 12 th grade, no diploma or GED <input type="checkbox"/> دیپلم دبیرستان High school diploma <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات پوهنتونی/پیشرفته (به صورت جزئی) Some college/advanced training <input type="checkbox"/> مدرک پوهنتونی/ فنی College/professional certificate <input type="checkbox"/> مقطع فوق دیپلم Associate degree <input type="checkbox"/> مقطع لیسانس Bachelor's degree <input type="checkbox"/> مقطع فوق لیسانس و یا دکتری Master's or doctorate degree <input type="checkbox"/> خیر None
آیا در حال حاضر شاغل می باشید؟ Are you currently employed?	<input type="checkbox"/> بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including travel)? نام و نمبر تلفون شاغل Employer name & phone # <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled <input type="checkbox"/> کارگر فصلی Seasonal	<input type="checkbox"/> بله - چند ساعت در هفته (شامل رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including travel)? نام و نمبر تلفون شاغل Employer name & phone # <input type="checkbox"/> خیر No <input type="checkbox"/> خیر، بازنشسته یا از کار افتاده No, retired or disabled <input type="checkbox"/> کارگر فصلی Seasonal



Child's First Name:	Child's Last Name:
---------------------	--------------------

	والدین/سرپرست 1 Parent/Guardian 1	والدین/سرپرست 2 Parent/Guardian 2
<p>آیا در حال حاضر در حال آموزش یا در حال تحصیل هستید؟ Are you currently in job training or school?</p>	<p>بله - چند ساعت در هفته (شامل زمان کلاس، زمان مطالعه و رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including class time, study time, travel)? نام مکتب یا پوهنتون و رشته/هدف School name & major/goal</p> <p style="text-align: right;">خیر No</p>	<p>بله - چند ساعت در هفته (شامل زمان کلاس، زمان مطالعه و رفت و آمد)؟ Yes - How many hours per week (including class time, study time, travel)? نام مکتب یا پوهنتون و رشته/هدف School name & major/goal</p> <p style="text-align: right;">خیر No</p>
<p>آیا شما در یک فعالیت WorkFirst مورد تایید می باشید؟ Are you in an approved WorkFirst activity?</p>	<p>بله - فعالیت مورد نظر را توضیح داده و تعداد ساعات تایید شده در هفته را ذکر نمایید. Yes - Describe the activity and the number of approved hours per week</p> <p style="text-align: right;">خیر No</p>	<p>بله - فعالیت مورد نظر را توضیح داده و تعداد ساعات تایید شده در هفته را ذکر نمایید. Yes - Describe the activity and the number of approved hours per week</p> <p style="text-align: right;">خیر No</p>
<p>آیا شما در ارتش ایالات متحده هستید یا بوده اید؟ Are you or have been in the U.S. military?</p>	<p>بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member بله، در حال انجام وظیفه می باشم، یا در 12 ماه اخیر انجام وظیفه کرده ام/ در مجموع 19 ماه انجام وظیفه نموده ام Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months بله، کهنه سرباز Yes, veteran</p> <p style="text-align: right;">خیر</p>	<p>بله، عضو خدمه فعلی Yes, current service member بله، در حال انجام وظیفه می باشم، یا در 12 ماه اخیر انجام وظیفه کرده ام/ در مجموع 19 ماه انجام وظیفه نموده ام Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months بله، کهنه سرباز Yes, veteran</p> <p style="text-align: right;">خیر</p>

نگرانی های خانوادگی | Family Concerns

<p>Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household. لطفا محدوده نگرانی های که برای خود/فامیل خود دارید را علامت بزنید.</p> <p>یکی از افراد فامیل دارای معلولیت یا دارای بیماری مزمن فیزیکی یا روانی می باشد Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:</p> <p>قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی نمی باشد Unable to engage in work/school/family life</p> <p>تا حدودی قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Somewhat able to engage in work/school/ family life</p> <p>عمدتا قادر به کار کردن/ مکتب رفتن/ درگیری در زندگی خانوادگی می باشد Mostly able to engage in work/school/family life</p> <p>والدین/سرپرست طفل مشکل یادگیری داشته، دارای معلولیت نمی باشد Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability</p> <p>خشونت های خانوادگی (گذشته یا در حال حاضر)، دوران حاملگی نیز مشمول می باشد Household domestic violence (past or current), including in utero</p>	<p>مسائل مرتبط با مواد مخدر/الکل یا سوء مصرف مواد در فامیل (گذشته یا در حال حاضر)، دوران حاملگی نیز مشمول می باشد Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero</p> <p>فامیل با عدم داشتن یا نزدیک به عدم داشتن ارتباط با دیگران از نظر اجتماعی منزوی می باشد، Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others</p> <p>نگرانی والدین/سرپرست طفل در ارتباط با پیدا کردن یا باقی ماندن در شغل Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job</p> <p>فامیل نگرانی های حقوقی دارد Family has legal concerns</p> <p>یکی از عضو فامیل طفل در مکتب شبانه روزی هندی تحصیل کرده است. Child has a family member who attended Indian Boarding School</p> <p>والدین/ سرپرست طفل مهاجر است یا کارگر فصلی می باشد که بیش از نیمی از عایدات فامیل از کار کشاورزی تامین می شود Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work</p>	<p>والدین یا طفل به منظور شرکت در فعالیت های کلتوری سنتی یا اشتغال (به صورت فصلی یا موقت در کشاورزی یا ماهیگیری) نقل مکان نموده اند. Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)</p> <p>پدر و مادر کودک / سرپرست است / شده است حبس Child's parent/guardian is/has been incarcerated</p> <p>از دست دادن والدین (مرگ، ترک طفل، یا دیپورت) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation)</p> <p>در طول زندگی طفل والدین/سرپرست طفل از طلاق گرفته یا جدا شده اند Child's parents/guardians divorced or separated during child's life</p> <p>فامیلی که قبلا تجربه بی خانمانی داشته اند (در 12 ماه اخیر) Family previously homeless (in the last 12 months)</p> <p>نگرانی فامیل در مورد مسکن Family concerns with housing</p> <p style="text-align: right;">خیر None</p>
--	---	--



Child's First Name:

Child's Last Name:

شرایط زندگی فامیل | Family Living Situation

آیا این فامیل وام یارانه ای مسکن مانند کوپن مسکن یا کمک نقدی برای مسکن دریافت می کند؟ |
 Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing?
 No | خیر Yes | بله

وضعیت مسکن فامیل شما در حال حاضر چگونه می باشد؟ قانون McKinney-Vento برای طفلان و جوانانی که بی خانمان می باشند خدمات و حمایت هایی را ارائه می نماید. پاسخ های شما ممکن است به ما در تعیین خدماتی که طفل شما واجد شرایط دریافت آن می باشد کمک کند. |
 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.

Own | مال خودم می باشد
 Military – waiting for permanent housing | نظامی - در حال انتظار برای دریافت مسکن دائمی
 Rent | مستاجر
 در منزل یا آپارتمان شخص دیگری با یک فامیل دیگر (یکی از گزینه های زیر را انتخاب نمایید) |
 In someone else's house or apartment with another family (select one option below)
 با انتخاب (به عنوان مثال تقسیم وظایف، به منظور نزدیکی به فامیل و غیره) |
 By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
 به سبب از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی، یا دلایل مشابه |
 Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason
 مسکن سیار | Transitional Housing
 نقل مکانی از جایی به جای دیگر/ماندن در منزل اشخاص مختلف | Moving from place to place/couch surfing
 در اقامتگاهی با امکانات نا کافی (بدون آب، سیستم گرمایی، برق) |
 In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)
 سایر موارد - لطفا توضیح دهید | Other – Please describe
 در یک هتل کوچک | In a motel
 در یک | In a shelter
 یک ماشین، پارک، مناطق کمپینگ یا مکانی مشابه این موارد |
 A car, park, campsite, or similar location

عایدات و تعداد افراد فامیل | Family Income and Family Size

آیا پدر و مادر /سرپرست در خانواده خود را پرداخت حمایت از کودکان از نظر قانونی الزام آور به خانواده دیگری؟ |
 Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household?
 No | خیر Yes | بله

اگر شما، این طفل، یا شخص دیگری که با شما از طریق خون، ازدواج یا فرزند خواندگی نسبت داشته این نوع حمایت های عمومی دریافت می کند، تمامی مواردی که صدق می کند را علامت بزنید |
 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

عایدات تضمینی تکمیلی برای معلولیت، دریافت شده توسط | SSI for disability received by
 سایر موارد - نسبت با طفل | Other – Relationship to child
 کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash
 کمک نقدی موقت برای فامیل های نیازمند -مختص طفل | Child-only TANF
 مواد غذایی اساسی (ضریه محکم و ناگهانی) (FAP) / | Basic Food (SNAP/FAP)
 خیر | None
 WIC
 Working Connections Child Care subsidy | کمک مالی به منظور مراقبت از طفل
 WorkFirst

آیا توسط یک آژانس به این پروگرام مراجعه نموده اید؟ | Were you referred to this program by an agency?
 Yes - Name | نام بله - نام خیر

چگونه در مورد این برنامه پیدا کردید؟ | How did you find out about this program?



Child's First Name:	Child's Last Name:
---------------------	--------------------

لطفا تمام افرادی که در فامیل اصلی این طفل زندگی می کنند را مشخص نمایید. Please list all people living in this child's primary household.				
آیا این فرد با خون، ازدواج یا فرزندانگی به والدین/سرپرست کودک مربوط می شود؟ Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?	آیا این شخص از نظر مالی توسط پدر و مادر /سرپرست کودک حمایت می شود؟ Is this person financially supported by parent/guardian of child?	نسبت با طفل Relationship to child	تاریخ تولد (سال/روز/ماه) Birthdate (month/day/year)	نام و نام خانوادگی Name (First and Last)
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	استفاده از کودک Applying Child		استفاده از کودک Applying Child
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	پدر و مادر / نگرهبان Parent/Guardian		پدر و مادر / نگرهبان Parent/Guardian
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	پدر و مادر / نگرهبان Parent/Guardian		پدر و مادر / نگرهبان Parent/Guardian
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			
<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	<input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			

م من قول می دهم که اطلاعات در مورد این فرم درست و درست است. من اختیار ثبت نام این کودک و تمام درآمد و اندازه خانواده من گزارش، به عنوان برنامه های یادگیری اولیه مورد نیاز است. اگر من دانستی ارائه اطلاعات نادرست، من درک می کنم خانواده ام ممکن است قادر به ادامه خدمات برنامه. علاوه بر این، اگر فرزند من در ECEAP ثبت نام کرده است، من ممکن است مجبور به بازپرداخت مقدار صرف شده در فرزند من.

من می دانم که معلومات این درخواست در پایگاه معلوماتی اولیه مختلفی که توسط اداره فامیل ها، جوانان و طفلان و آژانس تعلیمی منطقه ای اداره می شود وارد می شود. اداره فامیل ها، جوانان و طفلان و آژانس تعلیمی منطقه ای متعهد به حفظ معلومات محرمانه و شخصی که می توان توسط آن طفل یا فامیل را شناسایی نمود، می باشد. هیچ یک از معلوماتی که مرتبط با وضعیت مهاجرت می باشد در پایگاه های داده ها وارد نمی شود یا با آژانسهای فدرال یا ایالت در میان گذاشته نمی شود. معلومات موجود در پایگاه های داده ها می تواند برای موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

- مطالعات تحقیقاتی به منظور تعیین اینکه شرکت در تعلیم اولیه برای طفلان در مراحل بعدی زندگی کمک می کند یا خیر.
- برای ثابت کردن این که ایالت Washington کسری از منابع مالی خود را صرف پروگرام ها برای فامیل هایی که نیازمند دریافت کمک مالی موقت برای فامیل های نیازمند از دولت فدرال می باشند، می باشد.

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.

_____ Parent/Guardian Signature | امضاء والدین/سرپرست

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



***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)

