Feuille de couverture de la candidature Early Learning

Early Learning psesd excellence & equity in education
Puget Sound Educational Service District

Bienvenue! Veuillez remplir un dossier de demande par enfant et joindre les documents requis.
L'admissibilité à nos programmes est déterminée par l'âge de l'enfant et le revenu familial, et non par la date de votre demande.
Nos programmes se remplissent rapidement, alors veuillez soumettre votre demande dès que possible!
Les informations sur votre demande sont confidentielles et utilisées uniquement pour déterminer l'éligibilité de votre enfant à nos programmes d'apprentissage précoce.
Nous ne demandons pas, ne vérifions pas et ne rapportons pas le statut d'immigration ou DSHS.

Numérisez pour plus d'informations

Documents requis à joindre à la demande : Veuillez nous contacter si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande ou si vous n'avez pas l'un des documents requis listés ci-dessous. Veuillez remplir le formulaire de demande avec de l'encre bleue ou noire.

1	**Preuve de revenu :** Joignez une copie de votre preuve de revenu familial.	**Utilisez ceux qui s'appliquent :**
		• Documents de revenu :
		  ○ Déclaration de revenus de l'année dernière
		  ○ Formulaire(s) W-2 de l'année dernière
		  ○ Talons de paie des 12 derniers mois
		• Lettres de prestation actuelles de SSI/TANF/SNAP
			• Subvention de prise en charge
			• Soutien familial reçu pendant 12 mois
			• Lettre de l'employeur indiquant votre revenu brut total des 12 derniers mois

2	**Preuve de la taille de la famille :** Joignez une copie de la preuve de la taille de la famille.	**Utilisez l'une de celles-ci :** • Déclaration de revenus de l'année dernière • Document de location ou de logement • Lettre de prestations (TANF, SSI, SNAP, etc.)	• Dossiers scolaires • Document judiciaire ou légal
3	**Preuve de l'âge de l'enfant :** Joignez une copie de la preuve de la date de naissance de votre enfant.	**Utilisez l'une de celles-ci :** • Certificat de naissance de l'enfant • Passeport/Visa • Documents d'adoption	• Lettre d'autorisation de prise en charge • Carnet de vaccination actuel • Liste des parents résidents du DOC
4	**Preuve de tutelle légale :** Joignez une copie de votre preuve de tutelle légale.	**Utilisez l'une de celles-ci :** • Certificat de naissance • Passeport/Visa • Documents d'adoption • Dossier de prise en charge	• Accord écrit signé et daté par les parents et la personne assumant la responsabilité de garde
5	**Documents supplémentaires, le cas échéant**	• Carnet de vaccination actuel • PEI/PIF actuel (Plan d'éducation individualisé/Plan d'intervention familial) • Examen de santé de l'enfant le plus récent • Examen dentaire le plus récent • Preuve d'appartenance tribale	•

- Veuillez-vous assurer d'inclure votre preuve de revenu. Nous ne pouvons pas traiter votre demande sans cette information.

Retournez votre demande dûment remplie ainsi que les documents à :
Adresse du centre/site :
Kent Family Center - 13111 SE 274th St Kent WA 98030
Kent Valley Early Learning Center - 317 4th Ave S Kent WA 98032

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	

Demande d'apprentissage précoce 2025-2026
Early Learning Application 2025-2026

Early Learning psesd excellence & equity in education
Puget Sound Educational Service District

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

Informations sur l'enfant - Général | Child Information – General

Prénom : | First Name:	**Initiale du deuxième prénom** | Middle Initial:
Nom(s) de famille : | Last Name(s):	**Nom d'usage :** | Preferred Name:
Date de naissance (mois/jour/année) | Date of Birth (month/day/year):	**Sexe** | Gender: ☐ **H** ☐ **F**

Quelle langue cet(te) enfant parle-t-il/elle à la maison ? | What is this child's home language? **2e langue** | 2nd language:

L'enfant parle | This child speaks:

- ☐ **Uniquement anglais** | Only English
- ☐ **Principalement anglais, et une autre langue** | Mostly English and another language
- ☐ ***Un peu anglais, mais ce n'est pas sa langue principale** | *Some English, but mostly another language
- ☐ **Anglais et une autre langue (bilingue)**| Both English and another language the same (bilingual)
- ☐ ***Une autre langue que l'anglais (seulement)** | *Only a language other than English

L'enfant est (cochez toutes les réponses appropriées) | Child is (check all that apply):

- ☐ **Africaine/Afro-Américaine** | African/African American/Black
- ☐ **Asiatique** | Asian
- ☐ **Autochtone d'Alaska/Autochtone d'Amérique/Amérindien** | Alaska Native/Native American/American Indian
- ☐ **Hispanique/Latino**| Hisapnic/Latino
- ☐ **Originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique**| Native Hawaiian or Pacific Islander
- ☐ **Blanc/Blanche** | White
- ☐ **Refuser de signaler**| Decline to Report
- ☐ **Non listée ci-dessus** | Not listed:

Quel est la tribu/le pays d'origine de votre famille ? | What is your family's heritage/tribe/country of origin?

Staff Only: If this child is applying for ECEAP, and parent has marked Alaska Native/Native American/American Indian, please confirm whether this child is a member or eligible for membership in a Federally recognized tribe.

L'enfant a-t-il ou elle déjà été inscrit à ces programmes ? | Has this child been previously enrolled in these programs?

- ☐ **Soutien précoce aux nourrissons et tout-petits (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT), Individual with Disabilities Education Act (IDEA) Partie C, ECLIPSE, ou toute autre intervention précoce Birth-to-Three** | Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention
- ☐ **Head Start/Early Head Start/Early Childhood Education and Assistance Program (ECEAP)/Early ECEAP dans le comté de King ou Pierce, dans l'État de Washington, ou dans un programme PSESD** | Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD Program
- ☐ **Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP dans un autre comté de l'État de Washington, pas un programme PSESD**| Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD program
- ☐ **Migrant/Seasonal Head Start partout dans l'État de Washington** | Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State
- ☐ **Inscription préscolaire précédente (3 à 5 ans)** | Previous preschool enrollment (ages 3-5)
- ☐ **Aucune inscription préalable à l'école maternelle (3 à 5 ans)** | No previous preschool enrollment (ages 3-5)

Quand l'enfant a-t-il ou elle été scolarisé(e) pour la dernière fois ? | When did this child last attend?

Nom et lieu du programme | Name and location of program:

L'enfant est-il ou elle actuellement inscrit(e) à un créneau communautaire sur ce site ? | Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

L'enfant est-il ou elle le frère ou la sœur d'un(e) enfant actuellement inscrit(e) dans le programme auquel vous postulez ? | Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

Famille d'accueil ou en famille élargie | Foster Care or Kinship Care

L'enfant fait-il ou elle l'objet d'un placement officiel en famille d'accueil ou en famille élargie avec un montant de subvention ? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

Si oui, quel est le numéro de dossier ou le numéro d'identification du client ?| If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

Quel est le montant et la source de la subvention/du paiement mensuel ? | What is the monthly grant/payment amount and source? **$**

Nombre d'enfants couverts par le montant de la subvention | # of children covered by grant amount:

☐ **Department of Social and Health Services (DSHS)**
☐ **SSI** ☐ **Tribu** | Tribe
☐ **Autre** | Other

L'enfant est-il ou elle placé(e) en famille élargie sans montant de subvention ? | Is this child in kinship care **without** a grant amount?
☐ **Oui** | Yes ☐ **Non**

L'enfant a-t-il ou elle été adopté(e) après avoir été placé(e) dans une famille d'accueil, dans la famille élargie ou dans un orphelinat d'un autre pays ? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

L'enfant a-t-il ou elle été récemment réuni(e) avec l'un de ses parents ou ses parents après avoir été placé(e) dans une famille d'accueil ou dans la famille élargie ?| Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? ☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Les questions ci-dessous sont données à titre indicatif uniquement. Répondre par « Oui » n'affectera pas votre éligibilité ou votre inscription au programme.| The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

Votre famille reçoit-elle actuellement des services/un soutien de la part des services de protection de l'enfance (Child Protective Services, CPS), de Family Assessment Response (FAR), de l'Indian Child Welfare (ICW), de services tribaux comparables ou du système d'application de la loi/système judiciaire ? | 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? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

Votre famille a-t-elle reçu des services/du soutien de la part des CPS/de la FAR/de l'ICW, de services tribaux comparables, ou de l'application de la loi/du système judiciaire dans le passé ?| Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? ☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Votre famille est-elle actuellement agréée par les CPS ou la FAR pour la garde d'enfants ? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?

☐ **Oui - Combien d'heures approuvées par semaine ?** | Yes – How many approved hours per week? ☐ **Non** | No

A-t-on déjà demandé à l'enfant de quitter un programme d'apprentissage précoce en raison de problèmes de comportement ?| Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? ☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Informations sur les enfants – Santé | Child Information – Health

L'enfant dispose-t-il ou elle d'une assurance médicale ? | Does this child have medical insurance? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

Si oui, de quel type ? | If yes, what type?

☐ **Washington Apple Health/ProviderOne**
☐ **Assurance privée**| Private Insurance
☐ **Tribale**
☐ **Couverture médicale militaire** | Military Medical Coverage

L'enfant a-t-il ou elle un médecin traitant ou une clinique médicale ? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?

☐ **Oui – Nom de la clinique/du fournisseur** | Yes - Name of clinic/provider:

Nom du professionnel de santé | Name of medical professional:

☐ **Non** | No

L'enfant a-t-il ou elle eu un examen de santé au cours des 12 derniers mois ? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?

☐ **Oui – Date du dernier examen (mois/jour/année)** | Yes – Date of last exam (month/day/year):

☐ **Non** | No ☐ **Date inconnue** | Date Unknown

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

L'enfant dispose-t-il ou elle d'une assurance dentaire ? | Does this child have dental insurance? ☐ **Oui/**| Yes ☐ **Non**| No

Si oui, de quel type ? | If yes, what type? ☐ **Washington Apple Health/ProviderOne** ☐ **Assurance privée**| Private Insurance ☐ **ABCD** ☐ **Couverture dentaire militaire** | Military Medical Coverage

L'enfant a-t-il ou elle une clinique dentaire ou un dentiste habituel ? | Does this child have a regular dentist or dental clinic?

☐ **Oui – Nom de la clinique/du fournisseur** | Yes - Name of clinic/provider:

Nom du professionnel dentaire | Name of medical professional:

☐ **Non** | No

L'enfant a-t-il ou elle subi un examen dentaire au cours des 6 derniers mois ?| Did this child have dental exam within the last 6 months?

☐ **Oui – Date du dernier examen (mois/jour/année)** | Yes – Date of last exam (month/day/year):

☐ **Non** | No ☐ **Date inconnue** | Date Unknown

Quel est le statut vaccinal de votre enfant ? | What is your child's immunization status?

☐ **Entièrement vacciné(e)** | Fully immunized ☐ **Exempté(e)** | Exempt ☐ **Pas entièrement vacciné(e) ou exempté(e)** | Not fully immunized or exempt ☐ **Je ne suis pas sûr(e) de la réponse** | Not sure

L'enfant souffre-t-il ou elle d'un problème de santé chronique (peut inclure la santé mentale, l'asthme, le cancer, le diabète, les crises d'épilepsie, le TDAH, l'autisme, le spina-bifida, la drépanocytose ou des allergies potentiellement mortelles) ? | 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)?

☐ **Oui – Veuillez préciser** | Yes – Please describe:

Son état de santé est | The health condition is considered:
☐ **gravement** | Severe ☐ **moyennement** | Moderate ☐ **légèrement affecté**| Mild

☐ **Non** | No

Un prestataire de soins de santé a-t-il diagnostiqué cette maladie ? | Has a Health Care Provider diagnosed this condition? ☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Informations sur l'enfant – Développement | Child Information - Development

Avez-vous des inquiétudes concernant la santé de l'enfant ? | Do you have concerns about this child's health?

☐ **Oui – cochez tout ce qui s'applique ci-dessous** | Yes – check all that apply below ☐ **Non**

☐ **Faible poids à la naissance (moins de 5,5 lbs)** | Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.)
☐ **Audition** | Hearing
☐ **Vision** | Vision
☐ **Naissance prématurée à moins de 37 semaines** | Preterm birth less than 37 weeks
☐ **Motricité fine/motricité globale** | Fine motor/gross motor
☐ **Drogues/alcool** | Drug/alcohol affected
☐ **Douleurs dentaires/carie/saignement des gencives** | Tooth pain/decay/bleeding gums

☐ **Intolérance alimentaire/régime spécial – Veuillez préciser** | Food intolerance/special diet – Please describe:

L'enfant bénéficie-t-il ou elle d'un plan d'enseignement individuel (Individual Education Plan, PEI) ou d'un plan de services individualisés pour la famille (Individual Family Service Plan, PSIF) actuel et actif ?| Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

☐ **Oui – Veuillez en fournir une copie avec votre demande.** | Yes – Please provide a copy with your application.

☐ **Non – Cochez si l'un des cas suivants s'applique** | No – Check if any of these apply:

- ☐ **Mon enfant a subi une évaluation et a été jugé admissible à un PEI, mais nous attendons que le PEI soit délivré ou que les services soient refusés. |** My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services.
- ☐ **Mon enfant a bénéficié d'un IFSP dans le passé mais n'a pas été transféré vers un IEP par le district scolaire. |** My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.
- ☐ **Mon enfant a un retard de développement ou un handicap diagnostiqué, n'a pas de PEI ou est actuellement orienté vers une évaluation.** | My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.
- ☐ **On soupçonne que mon enfant présente un retard de développement ou un handicap.** | My child has a suspected developmental delay or disability.
- ☐ **Le développement de mon enfant me préoccupe. |** I have concerns about my child's development.
- ☐ **Aucun ne s'applique. |** None apply

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

Informations sur le parent/tuteur | Parent/Guardian Information

L'enfant vit avec | This child lives with:

☐ **Un parent/tuteur (remplir Parent/Tuteur 1)**| One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1)

☐ **Deux parents/tuteurs dans le même foyer (remplir Parent/Tuteur 1 et 2)**| Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)

☐ **Deux parents/tuteurs dans deux foyers différents (remplir Parent/Tuteur 1 et 2)**| Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)

	Parent/tuteur 1 | Parent/Guardian 1	**Parent/tuteur 2** | Parent/Guardian 2
Prénom | First Name		
Nom(s) de famille | Last Name(s)		
Relation avec l'enfant | Relationship to child	☐ **Lien biologique/lien d'adoption/lien par alliance** | Biological/Adopted/Stepparent ☐ **Parent d'accueil** | Foster Parent ☐ **Tante/oncle** | Aunt/Uncle ☐ **Grand-parent** | Grandparent ☐ **Autre** | Other:	☐ **Lien biologique/lien d'adoption/lien par alliance** | Biological/Adopted/Stepparent ☐ **Parent d'accueil** | Foster Parent ☐ **Tante/oncle** | Aunt/Uncle ☐ **Grand-parent** | Grandparent ☐ **Autre** | Other:
Genre | Gender	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Date de naissance (mois/jour/année)| Date of Birth (month/day/year)		
Adresse (y compris la ville, l'État et le code postal) | Address (including City, State, Zip)		
Téléphone | Phone	☐ **Domicile** | Home ☐ **Mobile** | Cell ☐ **Travail** | Work	☐ **Domicile** | Home ☐ **Mobile** | Cell ☐ **Travail** | Work
Téléphone alternatif | Alternate Phone	☐ **Domicile** | Home ☐ **Mobile** | Cell ☐ **Travail** | Work	☐ **Domicile** | Home ☐ **Mobile** | Cell ☐ **Travail** | Work
Adresse e-mail | Email		
Aviez-vous moins de 18 ans lorsque cet(te) enfant est né(e) ? | Were you under age 18 when this child was born?	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No ☐ **Pas de réponse**	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No ☐ **Pas de réponse**
Quelle(s) langue(s) parlez-vous ? | What language(s) do you speak?		
Avez-vous besoin d'un interprète pour cette langue ? | Do you need an interpreter for this language?	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

	Parent/tuteur 1 | Parent/Guardian 1	**Parent/tuteur 2** | Parent/Guardian 2
Est-ce que vous ou des membres de votre famille avez des besoins en matière d'ADA ou d'autres besoins en matière d'accessibilité que nous pouvons répondre ? | Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
Êtes-vous hispanique/latino ? | Are you Hispanic/Latino?	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No ☐ **Refuser de signaler**| Decline to Report	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No ☐ **Refuser de signaler**| Decline to Report
Tu es (cochez toutes les réponses appropriées) | You are (check all that apply):	☐ **Africaine/Afro-Américaine** | African/African American/Black ☐ **Asiatique** | Asian ☐ **Autochtone d'Alaska/Autochtone d'Amérique/Amérindien** | Alaska Native/Native American/American Indian ☐ H**ispanique/Latino**| Hisapnic/Latino ☐ **Originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique**| Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ **Blanc/Blanche** | White ☐ **Refuser de signaler**| Decline to Report ☐ **Non listée ci-dessus** | Not listed above:	☐ **Africaine/Afro-Américaine** | African/African American/Black ☐ **Asiatique** | Asian ☐ **Autochtone d'Alaska/Autochtone d'Amérique/Amérindien** | Alaska Native/Native American/American Indian ☐ H**ispanique/Latino**| Hisapnic/Latino ☐ **Originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique**| Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ **Blanc/Blanche** | White ☐ **Refuser de signaler**| Decline to Report ☐ **Non listée ci-dessus** | Not listed above:
Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint ?| What is the highest level of education you completed?	☐ **6th grade or less (6e ou moins)** | 6th grade or less ☐ **7th to 12th grade (de la 5e à la terminale), sans diplôme ou GED** | 7th to 12th grade, no diploma or GED ☐ **Diplôme d'études secondaires** | High school diploma ☐ **GED** ☐ **Études secondaires/formation avancée** | Some college/advanced training ☐ **Certificat universitaire/professionnel** | College/professional certificate ☐ **Diplôme de niveau bac +2** | Associate degree ☐ **Licence/Bachelor** | Bachelor's degree ☐ **Maîtrise ou doctorat** | Master's or doctorate degree ☐ **Aucun** | None	☐ **6th grade or less (6e ou moins)** | 6th grade or less ☐ **7th to 12th grade (de la 5e à la terminale), sans diplôme ou GED** | 7th to 12th grade, no diploma or GED ☐ **Diplôme d'études secondaires** | High school diploma ☐ **GED** ☐ **Études secondaires/formation avancée** | Some college/advanced training ☐ **Certificat universitaire/professionnel** | College/professional certificate ☐ **Diplôme de niveau bac +2** | Associate degree ☐ **Licence/Bachelor** | Bachelor's degree ☐ **Maîtrise ou doctorat** | Master's or doctorate degree ☐ **Aucun** | None
Êtes-vous actuellement employé(e) ?| Are you currently employed?	☐ **Oui – Combien d'heures par semaine (y compris les déplacements) ?** | Yes – How many hours per week (including travel)? **Nom et numéro de téléphone de l'employeur :** | Employer name & phone #: ☐ **Non** | No ☐ **Non, retraité ou inapte** | No, retired or disabled ☐ **Saisonnier** | Seasonal	☐ **Oui – Combien d'heures par semaine (y compris les déplacements) ?** | Yes – How many hours per week (including travel)? **Nom et numéro de téléphone de l'employeur :** | Employer name & phone #: ☐ **Non** | No ☐ **Non, retraité ou inapte** | No, retired or disabled ☐ **Saisonnier** | Seasonal

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

	Parent/tuteur 1 | Parent/Guardian 1	**Parent/tuteur 2** | Parent/Guardian 2
Êtes-vous actuellement en formation professionnelle ou à l'école ? | Are you currently in job training or school?	☐ **Oui – Combien d'heures par semaine (y compris les heures de cours, d'étude et les déplacements) ?**| Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? **Nom de l'école et spécialité/objectif** | School name & major/goal: ☐ **Non** | No	☐ **Oui – Combien d'heures par semaine (y compris les heures de cours, d'étude et les déplacements) ?**| Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? **Nom de l'école et spécialité/objectif** | School name & major/goal: ☐ **Non** | No
Participez-vous à une activité WorkFirst approuvée ?| Are you in an approved WorkFirst activity?	☐ **Oui – Décrire l'activité et le nombre d'heures approuvées par semaine** | Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ **Non** | No	☐ **Oui – Décrire l'activité et le nombre d'heures approuvées par semaine** | Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ **Non** | No
Êtes-vous ou avez-vous été dans l'armée américaine ?| Are you or have been in the U.S. military?	☐ **Oui, actuellement en service** | Yes, current service member ☐ **Oui, actuellement déployé(e) ou l'a été au cours des 12 derniers mois/pendant 19 mois au total.** | Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ **Oui, ancien(ne) combattant(e)** | Yes, veteran ☐ **Non**	☐ **Oui, actuellement en service** | Yes, current service member ☐ **Oui, actuellement déployé(e) ou l'a été au cours des 12 derniers mois/pendant 19 mois au total.** | Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ **Oui, ancien(ne) combattant(e)** | Yes, veteran ☐ **Non**

Préoccupations familiales | Family Concerns

Veuillez cocher les sujets de préoccupation que vous avez pour vous-même/la famille dans votre foyer. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

☐ **Le membre du foyer a un handicap ou souffre d'une maladie physique ou mentale chronique et est** | Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:

- ☐ **dans l'incapacité à s'engager dans le travail, l'école ou la vie familiale ;**\| Unable to engage in work/school/family life
- ☐ **plus ou moins capable de participer à la vie professionnelle, scolaire et familiale ;** \| Somewhat able to engage in work/school/ family life
- ☐ **en grande partie capable de s'engager dans le travail, l'école et la vie familiale.** \| Mostly able to engage in work/school/family life

☐ **Le parent/tuteur de l'enfant a des difficultés d'apprentissage, pas de handicap** \| Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability

☐ **Violences domestiques (passées ou actuelles) au sein du foyer, y compris in *utero*** \| Household domestic violence (past or current), including in utero

☐ **Problèmes de drogue/alcool ou abus de substances (passés ou actuels) dans le foyer, y compris *in utero*** \| Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero

☐ **La famille est socialement isolée, avec une absence totale ou quasi totale de contact avec les autres** \| Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others

☐ **Préoccupation du parent/tuteur de l'enfant concernant l'obtention ou la conservation d'un emploi** \| Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job

☐ **La famille a des préoccupations d'ordre juridique** \| Family has legal concerns

☐ **Un membre de la famille de l'enfant a fréquenté un pensionnat pour Autochtones** \| Child has a family member who attended Indian Boarding School

☐ **Le parent/tuteur de l'enfant est un travailleur migrant ou saisonnier dont plus de la moitié du revenu familial provient du travail agricole** \| Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work

☐ **Parent et enfant déplacés pour se consacrer à des pratiques culturelles traditionnelles ou exercer un emploi (saisonnier ou temporaire dans l'agriculture ou la pêche)**\| Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)

☐ **Le parent/tuteur de l'enfant est ou a été incarcéré** \| Child's parent/guardian is or has been incarcerated

☐ **Perte d'un parent (décès, abandon)** \| Loss of a parent (death, abandonment)

☐ **Les parents/tuteurs de l'enfant ont divorcé ou se sont séparés au cours de la vie de l'enfant** \| Child's parents/guardians divorced or separated during child's life

☐ **Famille précédemment sans abri (au cours des 12 derniers mois)**\| Family previously homeless (in the last 12 months)

☐ **Famille préoccupée par sa situation d'hébergement** \| Family concerns with housing

☐ **Aucune** \| None

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

Situation de vie de la famille | Family Living Situation

Ce foyer bénéficie-t-il d'une aide au logement, tel qu'un bon de logement ou une aide en espèces pour le logement ? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? ☐ **Oui**| Yes ☐ **Non**| No

Quelle est la situation actuelle de votre famille en matière d'hébergement ? La loi McKinney-Vento prévoit des services et des aides pour les enfants et les jeunes sans-abri. Vos réponses peuvent nous aider à déterminer les services auxquels votre enfant peut prétendre.| 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.

☐ **Propriétaire** | Own

☐ **Locataire** | Rent

☐ **Militaire – en attente d'un logement permanent** | Military – waiting for permanent housing

☐ **Dans la maison ou l'appartement d'une autre personne avec une autre famille (sélectionnez une option ci-dessous)** | In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

- ☐ **Par choix (par exemple, pour partager des responsabilités, pour être proche de la famille, etc.)** | By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
- ☐ **En raison de la perte du logement, de difficultés économiques ou d'autres raisons similaires** | Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

☐ **Dans un motel** | In a motel

☐ **Dans un refuge** | In a shelter

☐ **Une voiture, un parc, un camping ou un endroit similaire** | A car, park, campsite, or similar location

☐ **Logement de transition** | Transitional Housing

☐ **Déplacement d'un endroit à l'autre/couchsurfing** | Moving from place to place/couch surfing

☐ **Dans une résidence aux installations inadéquates (pas d'eau, de chauffage, d'électricité)**| In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

☐ **Autre, veuillez préciser** | Other – Please describe:

Revenu familial et taille de la famille | Family Income and Family Size

Un parent ou un tuteur de votre ménage paie-t-il une pension alimentaire pour enfants juridiquement contraignante à un autre ménage ? | Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? ☐ **Oui**| Yes ☐ **Non**| No

Cochez toutes les cases qui s'appliquent si vous, à l'enfant ou une autre personne vivant sous votre toit et lié(e) à vous par le sang, le mariage ou l'adoption, recevez ces types d'aide publique | 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:

☐ **SSI pour handicap reçu par** | SSI for disability received by: ☐ **l'enfant** | Child ☐ **le parent/tuteur** | Parent/Guardian

☐ **Autre – Lien de parenté avec l'enfant** | Other – Relationship to child:

☐ **Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) en espèces** | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash

☐ **TANF pour les enfants seulement** | Child-only TANF

☐ **Aliments de base (SNAP/FAP) |** Basic Food (SNAP/FAP)

☐ **WorkFirst**

☐ **aide Working Connections Child Care** | Working Connections Child Care subsidy

☐ **WIC**

☐ **Aucune** | None

Avez-vous été orienté(e) vers ce programme par une agence ? | Were you referred to this program by an agency?

☐ **Non** | None ☐ **Si oui, nom :** | Yes - Name:

Comment avez-vous connu ce programme ? | How did you find out about this program?

Prénom de l'enfant:	**Nom de famille de l'enfant :**

Veuillez énumérer toutes les personnes vivant dans le foyer principal de l'enfant.	Please list all people living in this child's primary household.			
Nom (prénom et nom de famille)| Name (First and Last)	**Date de naissance (mois/jour/année)** | Birthdate (month/day/year)	**Relation avec l'enfant** | Relationship to child	**Cette personne est-elle soutenue financièrement par le parent/tuteur de l'enfant ?** | Is this person financially supported by parent/guardian of child?	**Cette personne est-elle liée au parent ou au tuteur de l'enfant par le sang, le mariage ou l'adoption ?** | Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?
Enfant | Applying Child:		**Enfant** | Applying Child	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
Parent/tuteur| Parent/Guardian:		**Parent/tuteur**| Parent/Guardian	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
Parent/tuteur| Parent/Guardian:		**Parent/tuteur**| Parent/Guardian	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No
			☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No	☐ **Oui** | Yes ☐ **Non** | No

Je promets que les informations contenues dans ce formulaire sont vraies et correctes. J'ai le pouvoir d'inscrire cet enfant et je déclarerai tous mes revenus et la taille de ma famille, comme l'exigent les programmes d'apprentissage de la petite enfance. Si je fournis sciemment de fausses informations, je comprends que ma famille pourrait ne pas être en mesure de poursuivre les services du programme. De plus, si mon enfant est inscrit à l'ECEAP, je devrai peut-être rembourser le montant dépensé pour mon enfant.

Je comprends que les informations de cette demande sont saisies dans diverses bases de données sur l'apprentissage précoce gérées par le Department of Children, Youth, and Families (DCYF) et le Puget Sound Educational Service District (PSESD). Le DCYF et le PSESD s'engagent à protéger les informations confidentielles et personnelles qui pourraient permettre d'identifier un(e) enfant ou une famille. Aucune information relative au statut d'immigré n'est saisie dans les bases de données ni partagée avec les agences étatiques ou fédérales. Les informations contenues dans les bases de données peuvent être utilisées pour les raisons suivantes :

- **Des études de recherche pour déterminer si la participation à l'apprentissage précoce aide les enfants plus tard dans la vie ;**
- **Pour prouver que l'État de Washington consacre une partie de ses propres fonds à des programmes destinés aux familles, ce qui est requis pour recevoir des fonds du gouvernement fédéral au titre de l'aide temporaire aux familles nécessiteuses.**

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.

Signature du parent/tuteur | Parent/Guardian Signature _____ **Date** | Date _____

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)

***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)