

Титульний аркуш заявки на участь у програмі раннього розвитку

Вітаємо! Заповніть одну заявку на кожну дитину й додайте необхідні документи. Право на участь у наших програмах залежить від віку дитини та доходу родини, а не від дати подання заявки.

Місця в наших програмах швидко заповнюються, тому подайте заявку якомога швидше!

Інформація, зазначена у вашій заявці, є конфіденційною та використовується тільки для визначення права вашої дитини на участь у наших програмах раннього розвитку.

Ми не вимагаємо, не перевіряємо й не повідомляємо про імміграційний статус або статус у Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Social and Health Services, DSHS).

Відскануйте QR-код, щоб отримати додаткову інформацію.



Обов'язкові документи, які потрібно додати до заявки. Зв'яжіться з нами, якщо вам потрібна допомога в заповненні заявки або якщо ви не маєте будь-якого з перелічених нижче документів. Будь ласка, заповніть заявку синім або чорним чорнилом.

Використайте будь-який із відповідних варіантів.

- | | | |
|--|---|---|
| 
1 Підтвердження доходу:
додайте копію документа, що підтверджує дохід вашої родини. | <ul style="list-style-type: none">Документи про дохід:<ul style="list-style-type: none">Податкова декларація за минулий рікФорми W-2 за минулий рікРозрахункові відомості на зарплату за останні 12 місяцівЛисти про поточні виплати в межах додаткового доходу із соціального забезпечення (Supplemental Security Income, SSI) / програми тимчасової допомоги для нужденних сімей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / програми додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) | <ul style="list-style-type: none">Документи про виплату допомоги на виховання дітей у прийомній сім'їДокументи про аліменти, отримані за 12 місяцівЛист від роботодавця із зазначенням загальної суми заробітної плати до відрахувань за останні 12 місяців |
|--|---|---|

Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.

- | | | |
|---|--|--|
| 
2 Підтвердження розміру сім'ї:
додайте копію документа, що підтверджує розмір вашої сім'ї. | <ul style="list-style-type: none">Податкова декларація за минулий рікДоговір оренди або документ про житлоЛист про виплату допомоги (TANF, SSI, SNAP тощо) | <ul style="list-style-type: none">Шкільні документиСудовий або юридичний документ |
|---|--|--|

Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.

- | | | |
|---|---|--|
| 
3 Підтвердження віку дитини:
додайте копію документа, що підтверджує дату народження вашої дитини. | <ul style="list-style-type: none">Свідоцтво про народження дитиниПаспорт/візаДокументи про всиновлення (удочеріння) | <ul style="list-style-type: none">Лист-дозвіл на опіку над дитиноюПоточні записи про щепленняДокумент із реєстру батьків, що перебувають в установах Департаменту виправних установ (Department of Corrections, DOC) |
|---|---|--|

Використайте будь-який із зазначених нижче варіантів.

- | | | |
|--|--|---|
| 
4 Підтвердження законного опіку: додайте копію документа, що підтверджує законне опікування. | <ul style="list-style-type: none">Свідоцтво про народженняПаспорт/візаДокументи про всиновлення (удочеріння)Документи про виховання в прийомній сім'ї | <ul style="list-style-type: none">Письмова угода, підписана й датована батьками та особою, яка бере на себе обов'язки опікуна |
|--|--|---|

- | | | |
|---|--|--|
| 5 Додаткові документи (за потреби) | <ul style="list-style-type: none">Поточні записи про щепленняПоточна індивідуальна програма навчання (Individualized Education Program, IEP) / поточний індивідуальний план обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP)Документ про останнє медичне обстеження дитиниДокумент про останнє стоматологічне обстеженняДокумент, що підтверджує членство в племені | <ul style="list-style-type: none"> |
|---|--|--|

- Обов'язково додайте документи, що підтверджують ваш дохід. Ми не зможемо обробити вашу заявку без цієї інформації.
- Зателефонуйте в наш офіс, якщо ви отримуєте інші типи документів, не зазначені вище.

Надішліть заповнену заявку та документи на таку адресу: Адреса центру/сайту:
Kent Family Center - 13111 SE 274th St Kent WA 98030
Kent Valley Early Learning Center - 317 4th Ave S Kent WA 98032

Контактна інформація:
Kent Family Center - 253 630 9590
Kent Valley Early Learning Center - 253 630 9590

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	

Заявка на участь у програмі раннього розвитку 2025-2026

Early Learning Application 2025-2026



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

Загальні відомості про дитину | Child Information – General

Ім'я First Name:	Друге ім'я / ім'я по батькові Middle Initial:
Прізвище (імена) Last Name(s):	Ім'я, якому віддається перевага Preferred Name:
Дата народження (місяць/день/рік) Date of Birth (month/day/year):	
Стать Gender: ☐ Ч М ☐ Ж F	

Якою мовою дитина розмовляє вдома? What is this child's home language?		Друга мова 2 nd language:
Друга мова This child speaks:	☐ Лише англійською Only English ☐ Переважно англійською та іншою мовою Mostly English and another language ☐ Однаково вільно англійською й іншою мовою (двомовна дитина) Both English and another language the same (bilingual)	☐ *Трохи англійською, але переважно іншою мовою *Some English, but mostly another language ☐ *Тільки іншою мовою, не англійською *Only a language other than English

Дитина є (Позначте всі відповіді, що підходять) Child is (check all that apply):	
☐ Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black ☐ Азіати Asian ☐ Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian ☐ Латиноамериканець/іспаномовний Hispanic/Latino	☐ Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Білі White ☐ Відмовитися звітувати Decline to Report ☐ Не вказано вище Not listed above:
До якої етнічної групи / племені / країни походження належить ваша сім'я? 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.	

Чи брала ця дитина раніше участь у наведених нижче програмах? Has this child been previously enrolled in these programs?		
☐ Рання підтримка немовлят і дітей раннього віку (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE або будь-яке раннє втручання від народження до трьох років Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention	☐ Програми Head Start / Early Head Start / Early Childhood Education and Assistance Program /Early ECEAP в окрузі King або Pierce штату Washington, або програма PSESD Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD program ☐ Програма Head Start / Early Head Start / ECEAP/ Early ECEAP в іншому окрузі штату Washington, а не програма PSESD Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD program	☐ Програма Head Start для мігрантів і сезонних працівників будь-де в штаті Washington Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State ☐ Попереднє зарахування до дошкільного закладу (3-5 років) Previous preschool enrollment (ages 3-5) ☐ Немає попереднього зарахування до дошкільного закладу (віком 3-5 років) No previous preschool enrollment (ages 3-5)
Коли ця дитина востаннє брала участь у програмі? When did this child last attend?		Назва та розташування програми Name and location of program:
Чи має ця дитина зараз право на участь у програмі за місцем проживання? Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ☐		
Так Yes ☐ Ні No		



Child's First Name:

Child's Last Name:

Чи є ця дитина братом або сестрою дитини, яка зараз бере участь у програмі, на яку ви подаєте заявку? | Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Прийомна сім'я або родинний догляд | Foster or Kinship Care

Чи перебуває ця дитина офіційно під опікою прийомної сім'ї або родичів із наданням опікунам фінансової допомоги? | Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Якщо так, укажіть номер справи чи ідентифікаційний номер клієнта? | If yes, what is the Case Number or Client ID Number?

Яка сума щомісячної фінансової допомоги/виплати та її джерело? | What is the monthly grant/payment amount and source? \$

☐ DSHS ☐ SSI
☐ Плем'я | Tribe
☐ Інше | Other

Кількість дітей, які отримують фінансову допомогу | # of children covered by grant amount:

Чи мешкає ця дитина з родичами без отримання фінансової допомоги? | Is this child in kinship care without a grant amount?

☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Чи була ця дитина всиновлена після перебування під опікою в прийомній сім'ї чи в родичів або в дитячому будинку іншої країни? | Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Чи возз'єдналася ця дитина нещодавно з одним із батьків (обома батьками) після перебування під опікою в прийомній сім'ї чи в родичів? | Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Питання нижче наведено лише для довідки. Якщо ви відповісте «Так», це не вплине на ваше право на участь у програмі. | The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.

Чи користується ваша сім'я зараз послугами/підтримкою Служби захисту дітей (CPS), Служби аналізу ситуації в сім'ї (FAR), Служби соціального забезпечення дітей індіанців (ICW), інших подібних служб племені або правоохоронних/судових органів? | 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? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Чи користувалася ваша сім'я в минулому послугами/підтримкою CPS/FAR/ICW, інших подібних служб племені або правоохоронних/судових органів? | Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Чи схвалено для вашої сім'ї зараз допомогу з доглядом за дитиною від CPS або FAR? | Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?

☐ Так. — Скільки годин на тиждень схвалено? | Yes – How many approved hours per week?

☐ Ні | No

Чи була ця дитина раніше виключена з програм раннього розвитку через проблеми з поведінкою? | Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Відомості про стан здоров'я дитини | Child Information – Health

Чи є у цієї дитини медична страховка? | Does this child have medical insurance? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Якщо так, укажіть тип | If yes, what type? ☐ Washington Apple Health/ProviderOne ☐ Приватне страхування | Private Insurance ☐ Страхування племені | Tribal ☐ Військове медичне страхування | Military Medical Coverage

Чи є у цієї дитини свій лікар або поліклініка? | Does this child have a regular doctor or medical clinic?

☐ Так. — Назва клініки / постачальника медичних послуг | Yes - Name of clinic/provider: ☐ Ні | No

☐ Ні | No

Чи проходила ця дитина медичний огляд протягом останніх 12 місяців? | Did this child have a well-child exam within the last 12 months?

☐ Так. — Дата останнього огляду (місяць/день/рік) | Yes – Date of last exam (month/day/year):

☐ Ні | No ☐ Дата невідома | Date Unknown



Child's First Name:

Child's Last Name:

Чи є у цієї дитини страховка на стоматологічне обслуговування? | Does this child have dental insurance? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Якщо так, укажіть тип | If ☐ Washington Apple Health/ProviderOne ☐ Приватне страхування | Private Insurance ☐ Страхування племені | Tribal ☐ ABCD ☐ Військове медичне страхування | Military Medical Coverage

Чи є у цієї дитини свій стоматолог або стоматологічна клініка? | Does this child have a regular dentist or dental clinic?

☐ Так. — Назва клініки / постачальника медичних послуг | Yes - Name of clinic/provider: ☐ Ні | No

Чи проходила ця дитина стоматологічний огляд протягом останніх 6 місяців? | Did this child have dental exam within the last 6 months?

☐ Так. — Дата останнього огляду (місяць/день/рік) | Yes – Date of last exam (month/day/year): ☐ Ні | No ☐ Дата невідома | Date Unknown

Який статус вакцинації вашої дитини? | What is your child's immunization status?

☐ Повністю вакцинована | Fully immunized ☐ Звільнена | Exempt ☐ Неповністю вакцинована або звільнена | Not fully immunized or exempt ☐ Не маю точних відомостей | Not sure

Чи є у цієї дитини хронічне захворювання (наприклад, психічний розлад, астма, рак, діабет, судоми, синдром дефіциту уваги й гіперактивності (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD), аутизм, розщеплення хребта, серпоподібноклітинна анемія чи небезпечна для життя алергія)? | 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)?

☐ Так. — Укажіть | Yes – Please describe:

Перебір захворювання | The health condition is considered:

☐ Важкий | Severe ☐ Помірний | Moderate ☐ Легкий | Mild☐ Ні | No

Це захворювання діагностував постачальник медичних послуг? | Has a Health Care Provider diagnosed this condition? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Відомості про розвиток дитини | Child Information - Development

Чи є у вас занепокоєння щодо стану здоров'я цієї дитини? | Do you have concerns about this child's health?

☐ Так. — Виберіть всі відповіді нижче, що підходять. | Yes – check all that apply below ☐ Ні | No

☐ Низька вага після народження (менше 2,5 кг (5,5 фунта / 5 фунтів 8 унцій)) | Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.) ☐ Народження на менше ніж 37-му тижні вагітності | Preterm birth less than 37 weeks ☐ Наркотична/алкогольна залежність | Drug/alcohol affected

☐ Слух | Hearing ☐ Дрібна моторика / велика моторика | Fine motor/gross motor ☐ Зубний біль / карієс / кровоточиві ясна | Tooth pain/decay/bleeding gums

☐ Зір | Vision

☐ Харчова непереносимість / спеціальний режим харчування - Опишіть | Food intolerance/special diet – Please describe:

Чи дитина зараз навчається за індивідуальним освітнім планом (Individual Education Plan, IEP) або за індивідуальним планом сімейного супроводу (Individual Family Service Plan, IFSP)? | Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?

☐ Так. — Надайте копію разом із вашою заявою. | Yes – Please provide a copy with your application.☐ Ні. — Виберіть відповідь нижче, якщо вона підходить. | No – Check if any of these apply:

☐ Моя дитина пройшла оцінку, і було визначено, що вона має право на IEP, але ми чекаємо на видачу IEP або відхиляємо послуги. | My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services.

☐ Моя дитина мала IFSP у минулому, але не переходила на IEP у шкільному окрузі. | My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.

☐ Моїй дитині діагностовано затримку в розвитку або обмежені можливості розвитку, вона не має IEP, або її направили на обстеження. | My child has a diagnosed developmental delay or disability, has no IEP, or is being referred for evaluation.

☐ У моєї дитини підозрюють затримку розвитку або обмежені можливості розвитку. | My child has a suspected developmental delay or disability.

☐ Мене турбує розвиток моєї дитини. | I have concerns about my child's development.

☐ Ніхто | None

Child's First Name:

Child's Last Name:

Відомості про батьків/опікунів | Parent/Guardian Information

Ця дитина проживає з This child lives with:		
☐ Одним із батьків / опікуном (вказіть відомості про одного з батьків / опікуна 1) One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1) ☐ Двома батьками/опікунами в одному домогосподарстві (вказіть відомості про батьків/опікунів 1 і 2) Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2) ☐ Двома батьками/опікунами в одному домогосподарстві (вказіть відомості про батьків/опікунів 1 і 2) Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)		
	Один з батьків / опікун 1 Parent/Guardian 1	Один з батьків / опікун 2 Parent/Guardian 2
Ім'я First Name		
Прізвище (імена) Last Name(s)		
Ким доводиться дитині Relationship to child	☐ Біологічний батько/мати / усиновлювач / вітчим/мачуха Biological/Adopted/Stepparent ☐ Прийомний батько/мати Foster Parent ☐ Дідусь/бабуся Grandparent ☐ Тітка/дядько Aunt/Uncle ☐ Інше Other:	☐ Біологічний батько/мати / усиновлювач / вітчим/мачуха Biological/Adopted/Stepparent ☐ Прийомний батько/мати Foster Parent ☐ Дідусь/бабуся Grandparent ☐ Тітка/дядько Aunt/Uncle ☐ Інше Other:
Стать Gender	☐ Ч М ☐ Ж Ф	☐ Ч М ☐ Ж Ф
Дата народження (місяць/день/рік) Date of Birth (month/day/year)		
Адреса (вказати місто, штат, поштовий індекс) Address (include City, State, Zip)		
Телефон Phone	☐ Домашній Home ☐ Мобільний Cell ☐ Робочий Work	☐ Домашній Home ☐ Мобільний Cell ☐ Робочий Work
Додатковий телефон Alternate Phone	☐ Домашній Home ☐ Мобільний Cell ☐ Робочий Work	☐ Домашній Home ☐ Мобільний Cell ☐ Робочий Work
Адреса електронної пошти Email		
Вам було менше 18 років, коли народилася ця дитина? Were you under age 18 when this child was born?	☐ Так Yes ☐ Ні No ☐ Н/Д N/A	☐ Так Yes ☐ Ні No ☐ Н/Д N/A



Child's First Name:

Child's Last Name:

	Один з батьків / опікун 1 Parent/Guardian 1	Один з батьків / опікун 2 Parent/Guardian 2
Якою мовою (мовами) ви розмовляєте? What language(s) do you speak?		
Вам потрібен перекладач цієї мови? Do you need an interpreter for this language?	☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
Чи маєте ви або хтось із членів вашої родини ADA чи інші потреби в доступності, які ми можемо забезпечити? Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?	☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
Ви є (Позначте всі відповіді, що підходять) You are (check all that apply):	☐ Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black ☐ Азіати Asian ☐ Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian ☐ Латиноамериканець/іспаномовний Hispanic/Latino ☐ Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Білі White ☐ Відмовитися звітувати Decline to Report ☐ Не вказано вище Not listed above:	☐ Африканці / афроамериканці / чорношкірі African/African American/Black ☐ Азіати Asian ☐ Корінні жителі Аляски / корінні американці / американські індіанці Alaska Native/Native American/American Indian ☐ Латиноамериканець/іспаномовний Hispanic/Latino ☐ Корінні жителі Гаваїв чи Тихоокеанських островів Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Білі White ☐ Відмовитися звітувати Decline to Report ☐ Не вказано вище Not listed above:
Який найвищий рівень освіти ви здобули? What is the highest level of education you completed?	☐ 6-й клас або менше 6 th grade or less ☐ 7–12-й клас, немає атестата або сертифіката за тестами загального освітнього рівня (GED) 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ Атестат про середню освіту High school diploma ☐ GED ☐ Навчання в коледжі / поглиблений курс навчання Some college/advanced training ☐ Диплом коледжу / про професійну освіту College/professional certificate ☐ Ступінь асистента Associate degree ☐ Ступінь бакалавра Bachelor's degree ☐ Ступінь магістра або доктора наук Master's or doctorate degree ☐ Немає None	☐ 6-й клас або менше 6 th grade or less ☐ 7–12-й клас, немає атестата або сертифіката за тестами загального освітнього рівня (GED) 7 th to 12 th grade, no diploma or GED ☐ Атестат про середню освіту High school diploma ☐ GED ☐ Навчання в коледжі / поглиблений курс навчання Some college/advanced training ☐ Диплом коледжу / про професійну освіту College/professional certificate ☐ Ступінь асистента Associate degree ☐ Ступінь бакалавра Bachelor's degree ☐ Ступінь магістра або доктора наук Master's or doctorate degree ☐ Немає None



Child's First Name:

Child's Last Name:

	Один з батьків / опікун 1 Parent/Guardian 1	Один з батьків / опікун 2 Parent/Guardian 2
Ви зараз працюєте? Are you currently employed?	☐ Так. — Скільки годин на тиждень (з дорогою)? Yes – How many hours per week (including travel)? Ім'я/назва та номер телефону роботодавця Employer name & phone #: ☐ Hi No ☐ Ні, на пенсії або інвалід No, retired or disabled ☐ Сезонна робота Seasonal	☐ Так. — Скільки годин на тиждень (з дорогою)? Yes – How many hours per week (including travel)? Ім'я/назва та номер телефону роботодавця Employer name & phone #: ☐ Hi No ☐ Ні, на пенсії або інвалід No, retired or disabled ☐ Сезонна робота Seasonal
Ви зараз проходите професійне навчання або навчання в освітній установі? Are you currently in job training or school?	☐ Так. — Скільки годин на тиждень (включаючи час занять, час навчання, дорогу)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Назва школи й основна спеціальність School name & major/goal: ☐ Hi No	☐ Так. — Скільки годин на тиждень (включаючи час занять, час навчання, дорогу)? Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? Назва школи й основна спеціальність School name & major/goal: ☐ Hi No
Чи берете ви участь у програмі WorkFirst? Are you in an approved WorkFirst activity?	☐ Так. — Опишіть вид діяльності та кількість затверджених годин на тиждень Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ Hi No	☐ Так. — Опишіть вид діяльності та кількість затверджених годин на тиждень Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ Hi No
Ви служите чи служили в збройних силах США? Are you or have been in the U.S. military?	☐ Так, я військовослужбовець Yes, current service member ☐ Так, я зараз служу або служив (служила) протягом останніх 12 місяців / загалом 19 місяців Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ Так, я ветеран Yes, veteran ☐ Hi No	☐ Так, я військовослужбовець Yes, current service member ☐ Так, я зараз служу або служив (служила) протягом останніх 12 місяців / загалом 19 місяців Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ Так, я ветеран Yes, veteran ☐ Hi No



Проблеми сім'ї | Family Concerns

Будь ласка, позначте проблеми, які виникають у вас / вашої сім'ї у домогосподарстві. | Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Член сім'ї має інвалідність або хронічне фізичне чи психічне захворювання та Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:
☐ нездатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Unable to engage in work/school/family life
☐ певною мірою здатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Somewhat able to engage in work/school/family life
☐ здебільшого здатний працювати / вчитися / брати участь у сімейному житті Mostly able to engage in work/school/family life | ☐ Сім'я соціально ізольована, повністю або практично повністю втратила контакти з іншими людьми Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others
☐ У одного з батьків / опікуна дитини є проблеми з отриманням або збереженням роботи Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job
☐ У сім'ї є юридичні проблеми Family has legal concerns
☐ У дитини є член сім'ї, який навчався у школі-інтернаті для індіанців Child has a family member who attended Indian Boarding School
☐ Один із батьків / опікун дитини є мігрантом або сезонним робітником, і сім'я отримує більше половини свого доходу від сільськогосподарських робіт Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work | ☐ Один із батьків та дитина переїхали задля участі в традиційних культурних заходах або працевлаштування (сезонного чи тимчасового в сільському господарстві чи рибальстві) Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing)
☐ Батьки/опікуни дитини перебувають/були ув'язнені Child's parent/guardian is/has been incarcerated
☐ Втрата одного з батьків (смерть, відмова від дитини) Loss of a parent (death, abandonment)
☐ Батьки/опікуни дитини розлучилися або розійшлися протягом життя дитини Child's parents/guardians divorced or separated during child's life
☐ Сім'я раніше була безпритульною (протягом останніх 12 місяців) Family previously homeless (in the last 12 months)
☐ Проблеми сім'ї із житлом Family concerns with housing
☐ Жодного None |
| ☐ Один з батьків / опікун дитини має труднощі з навчанням (не є інвалідом) Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability
☐ Домашнє насильство в сім'ї (у минулому або зараз), зокрема коли дитина перебувала в утробі матері Household domestic violence (past or current), including in utero
☐ Проблеми з наркотиками/алкоголем або зловживанням психоактивними речовинами в сім'ї (у минулому або зараз), зокрема коли дитина перебувала в утробі матері Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero | | |

Ситуація сім'ї із житлом | Family Living Situation

Чи отримує сім'я субсидоване житло, наприклад житловий ваучер або грошову допомогу на житло? | Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? ☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Якою є поточна ситуація вашої родини з житлом? Закон МакКінні-Венто про допомогу безпритульним передбачає послуги та підтримку для дітей і молоді, які стали безпритульними. Ваші відповіді допоможуть нам визначити послуги, на які може претендувати ваша дитина. | 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.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Власне житло Own
☐ Орендоване житло Rent
☐ Військові – чекають на постійне житло Military – waiting for permanent housing | ☐ У чужому будинку або квартирі з іншою сім'єю (виберіть один варіант нижче) In someone else's house or apartment with another family (select one option below):
☐ за власним бажанням (наприклад, щоб розділити обов'язки, бути ближче до сім'ї тощо) By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)
☐ у зв'язку із втратою житла, економічними труднощами або з подібних причин Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason | ☐ У готелі In a motel
☐ У притулку In a shelter
☐ В автомобілі, парку, кемпінгу або іншому подібному місці A car, park, campsite, or similar location
☐ Тимчасове житло Transitional Housing
☐ Переїжджаємо з місця на місце / живемо в різних людей Moving from place to place/couch surfing
☐ У житлі з поганими умовами (немає води, тепла, електропостачання) In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity) |
| ☐ Інше. — Укажіть Other – Please describe: | | |



Child's First Name:

Child's Last Name:

Дохід і розмір сім'ї | Family Income and Family Size

Чи сплачує один із батьків/опікунів у вашому домогосподарстві аліменти на дитину, які мають обов'язкову юридичну силу, на користь іншого домогосподарства? | Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household?

☐ Так | Yes ☐ Ні | No

Позначте всі відповіді, що підходять, якщо ви, ця дитина або інша особа, що проживає у вашому будинку і є вашим родичем, чоловіком/дружиною або усиновленою дитиною, отримуєте наведені нижче види державної допомоги. | 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:

☐ Допомога SSI за інвалідністю, яку отримує | SSI for disability received by: ☐ дитина | Child ☐ один із батьків / опікун | Parent/Guardian

☐ інше (ким доводиться дитині) | Other – Relationship to child:

☐ Грошова допомога за програмою тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash

☐ Допомога TANF лише для дитини | Child-only TANF

☐ Основна їжа (SNAP/FAP) | Basic Food (SNAP/FAP)

☐ WorkFirst

☐ Субсидія програми Working Connections Child Care (Допомога з оплатою догляду за дитиною) | Working Connections Child Care subsidy

☐ WIC

☐ Жодного | None

Чи направила вас в цю програму певна служба? | Were you referred to this program by an agency?

☐ Ні | No ☐ Так. — Назва | Yes - Name:

Як ви дізналися про цю програму? | How did you find out about this program?

Будь ласка, перелічіть усіх людей, які живуть у основному домогосподарстві цієї дитини. | Please list all people living in this child's primary household.

Ім'я та прізвище Name (First and Last)	Дата народження (місяць/день/рік) Birthdate (month/day/year)	Ким доводиться дитині Relationship to child	Чи матеріально утримується ця особа батьком/опікуном дитини? Is this person financially supported by parent/guardian of child?	Чи є ця особа пов'язаною з батьком/опікуном дитини по крові, шлюбу або усиновленню? Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?
Дитина Applying Child		Дитина Applying Child	☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
Батько/піклувальник Parent/Guardian		Батько/піклувальник Parent/Guardian	☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
Батько/піклувальник Parent/Guardian		Батько/піклувальник Parent/Guardian	☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No
			☐ Так Yes ☐ Ні No	☐ Так Yes ☐ Ні No



Я обіцяю, що інформація в цій формі є правдивою та правильною. Я маю право зарахувати цю дитину та повідомляти про всі свої доходи та розмір сім'ї, як того вимагають Програми раннього навчання. Якщо я свідомо надам неправдиву інформацію, я розумію, що моя родина може не мати змоги продовжувати послуги програми. Крім того, якщо моя дитина зареєстрована в ECEAP, мені, можливо, доведеться повернути суму, витрачену на мою дитину.

Я розумію, що інформація з цієї заявки вноситься до різних баз даних програм раннього розвитку, якими керують Департамент у справах дітей, молоді та сім'ї (Department of Children, Youth and Families, DCYF) та освітній округ Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD). DCYF та PSESD зобов'язуються захищати конфіденційні та особисті дані, які можуть ідентифікувати дитину чи сім'ю. До баз даних не вноситься інформація, пов'язана з імміграційним статусом, і ці відомості не передаються державним або федеральним органам.

Інформація в базах даних може бути використана в зазначених нижче цілях.

- Наукові дослідження, що визначають користь участі в програмах раннього розвитку для дітей у подальшому житті
- Підтвердження того, що штат Washington витрачає частину власних коштів на програми для сімей, що необхідно для отримання від федерального уряду коштів за програмою тимчасової допомоги для нужденних сімей

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.

Підпис одного з батьків або опікуна | Parent/Guardian Signature _____

Дата | 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)

