

پیش نمایش و درخواست ECEAP 2024-2025

(فورم ترکیبی)

2024-2025 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)



درخواست برای سال تحصیلی:

تحويل به:

بخش 1: معلومات طفل

تخلص حقوقی

نام وسطی

نام مکمل حقوقی

تاریخ تولد طفل

تخلص

هویت جنسی

نخبیر

بلی

آیا این طفل یک طفل هندی است که توسط WAC 110-425-0030 تعریف شده است

نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	IEP - آیا این طفل در برنامه آموزش فردی (IEP) است؟
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	از طریق ارزیابی توسط حوزه تعلیمی یا مکتب قبیله ای، طفل واجد شرایط برای خدمات آموزش ویژه تشخیص داده شد، اما والدین/سرپرست خدمات را رد کردند.
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	CPS - آیا خانواده این طفل به صورت فعال شامل سیستم‌های قبیله‌ای یا ایالتی از جمله خدمات حمایت از طفل (CPS)، پاسخ ارزیابی خانواده (FAR)، رفاه اطفال هندی (ICW)، خدمات قبیله‌ای مشابه یا سیستم اجرای قانون/محکمه در مورد سوء استفاده، بی توجهی، یا تجاوز جنسی طفل است و/یا از آنها حمایت دریافت می‌کند؟
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	پرورشگاه - آیا این طفل تحت سرپرستی رسمی است؟ این به این معنی است که مجوز مراقبت از یک ایالت یا قبیله وجود دارد که گوید در پرورشگاه ثبت است
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	خویشاوندی - آیا این طفل با یکی از اقارب یا افراد مناسب، با کمک هزینه یا بدون کمک هزینه، تحت مراقبت خویشاوندان است؟
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	فرزندی گرفته شده پس از پرورشگاه/مراقبت توسط خویشاوندان - آیا این طفل پس از پرورشگاه، مراقبت توسط خویشاوندان، یا پس از زندگی در یک دارالایتم در کشوری دیگر به فرزندگی گرفته شده است (این شامل سایر فرزندخواندگی‌های دیگر نمی‌شود)؟
نخبیر	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	SNAP - آیا این طفل از خانواده ای در برنامه کمک غذایی مکمل وزارت زراعت ایالات متحده یا SNAP که به نام غذای اصلی در واشنگتن یاد می‌شود، واجد شرایط است.

مسکن (یک گزینه را انتخاب کنید)

<input type="checkbox"/>	یک مسکن مناسب را کرایه می‌دهید یا مالک آن هستید
<input type="checkbox"/>	با خویشاوندان یا دوستان بصورت مشترک زندگی می‌کنید
<input type="checkbox"/>	به علت از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی یا دلیل مشابه با یک فامیل دیگر زندگی می‌کنید
<input type="checkbox"/>	در یک سرپناه اضطراری یا موقتی زندگی می‌کنید
<input type="checkbox"/>	در هتل، موتل، موتر، پارک، خیمه کمپ یا مکان مشابه زندگی می‌خواهید
<input type="checkbox"/>	از یکجا به جای دیگر در حال گردش هستید (بودباش در خانه مسافرتی)
<input type="checkbox"/>	مسکن نامناسب مانند نداشتن آب، گرما یا برق؛ پوپنک بیش از حد؛ یا نبودن امکانات پخت و پز

زبان این طفل به این زبان صحبت می‌کند (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

<input type="checkbox"/>	فقط انگلیسی	زبان اصلی طفل:
<input type="checkbox"/>	بیشتر انگلیسی، و برخی دیگر از زبان‌های اصلی	
<input type="checkbox"/>	اندکی انگلیسی، اما اکثر اوقات زبان اصلی دیگر	زبان دوم طفل:
<input type="checkbox"/>	انگلیسی و یک زبان دیگر مناسب سطح سنی (دو زبانه)	
<input type="checkbox"/>	فقط یک زبان اصلی غیر از انگلیسی	

آیا این طفل هسپانیایی/لاتینی است؟

بلی

نخیر

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> آرژانتینی | <input type="checkbox"/> گواتیمالی | <input type="checkbox"/> پورتوریکی |
| <input type="checkbox"/> بولیویایی | <input type="checkbox"/> هندوراسی | <input type="checkbox"/> سالوادوری |
| <input type="checkbox"/> شیلی | <input type="checkbox"/> مکزیک یا امریکایی مکزیک الاصل | <input type="checkbox"/> هسپانیایی |
| <input type="checkbox"/> کولمبیایی | <input type="checkbox"/> (چیچانو) | <input type="checkbox"/> یوروگوایی |
| <input type="checkbox"/> کوستاریکایی | <input type="checkbox"/> نیکاراگوایی | <input type="checkbox"/> ونزوئلایی |
| <input type="checkbox"/> کیوبایی | <input type="checkbox"/> پانامه بی | <input type="checkbox"/> امریکایی لاتینی |
| <input type="checkbox"/> دومینیکنی | <input type="checkbox"/> پیرویی | <input type="checkbox"/> هسپانیایی یا لاتینی دیگر |
| <input type="checkbox"/> اکواتوری (اکوادوری) | | |

شما این طفل را از چه نژادی می دانید؟ (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید)

سفید

سیاه یا امریکایی آفریقایی الاصل

Alaska Native

آلتوت (یونانگان)

آلتیک

آتاباسکان

اسکیمو (اینویک یا یوپیک)

ایاک

هایدا

تلینگیت

تسیمشیان

بومیان دیگر آلاسکایی

آسیایی

هندی آسیایی

بنگلادشی

بوتانی

برمه ای

کامبوج/کامبوجی

چینی

فیلیپینی

همونگ

اندونزیایی

جاپانی

کوریایی

لائوسی

ماداگاسکار

مالایی

مالدیوی

مغول

نیپالی

پاکستانی

سنگاپوری

سریلانکایی

تایوانی

تایلندی

ویتنامی

آسیایی دیگر

امریکایی هندی الاصل

چهای

چینوک

کولویل

کولیتز

دوامیش

هو

جیمز تاون

کالیسپل

کیکیالوس

لوا پایین

لومی

ماکاه

موکلشوت

نیسکوالی

نوک سک

پورت گمبل کلالام

پویالاپ

کویلوت

کوینول

سامیش

ساوک-سویاتل

شوال واتر

اسکوکومیش

اسنومیش

اسنوگولمی

اسنوگولمو

سپوکانه

جزیره اسکواکسین

استیلاکوم

استیلاگوامیش

سوکوامیش

سوینومیش

تولالپ

اسکاگیت بالا

یاکاما

دیگر سرخپوستان امریکایی

امریکایی هندی الاصل دیگر

بومی هاوایی یا سایر جزیره نشین های

اقیانوس آرام

فیجیایی

گوامانیایی

کسری

جزیره ماریانا

جزیره مارشال

ملانزی

میکرونزی

بومی هاوایی

پالاوان

پاپوا کینه نو

پوناپین (پوناپیان)

ساموآ

جزیره سلیمان

تاهیتی

جزیره تاراوا

توکلوان

تونگان

تروکسی (چوکی)

وانواتو/هیریدهای جدید

یاپس

جزیره نشین دیگر اقیانوس آرام

خودداری از بیان قومیت طفل

خودداری از بیان نژاد طفل

بخش 2: اعضای خانواده

لطفاً همه افرادی که در خانواده زندگی می کنند طوریکه قابل در نظر گرفته شدن در تعداد خانواده باشند، را فهرست کنید.

برای خانواده هایی که به صورت موقت با اقارب یا دیگران زندگی می کنند، میزبان را ذکر نکنید.

برای خانواده هایی که دارای دو خانواده هستند، زمانی که حضانت مشترک بدون والدین اصلی و بدون حمایت فرزند وجود داشته باشد:

• اعضای خانواده هر دو خانواده را در نمودار زیر وارد کنید.

• اعضای خانواده دوم را نشانی کنید.

• سپس به سوالات مربوط به حمایت مالی و روابط پاسخ دهید.

❖ **کارمندان از این معلومت برای محاسبه اندازه خانواده برای مشخص سازی درآمد متوسط ایالتی (SMI) استفاده خواهند کرد.**

نام	تخلص	تاریخ تولد	قرابت با طفل ECEAP	آیا والدین یا سرپرست طفل ECEAP از این شخص حمایت مالی می کنند؟* یادداشت زیر برای افراد 19 ساله یا بالاتر مراجعه کنید.	آیا این شخص از طریق قرابت خونی، ازدواج یا فرزندخواندگی با والدین/سرپرست طفل ECEAP مرتبط دارد؟
طفل ECEAP:			طفل ECEAP	بلی	بلی
والدین/سرپرست:				بلی	بلی
والدین/سرپرست:				بلی	بلی

*پاسخ نخیر برای فردی که 19 ساله یا بزرگتر است و درآمدی کسب شده یا کسب نشده که بیش از نیمی از هزینه های آنها را پوشش می دهد، دارد. اگر والدین طفل ECEAP بیش از نیمی از هزینه های خود را پرداخت کنند، پاسخ تان بلی باید باشد.

فقط برای استفاده توسط کارمندان:

تعداد خانواده برای چارت SMI

برای اطفالی که تحت سرپرستی، مراقبت خویشاوندان یا فرزندخواندگی پس از دوره سرپرستی یا مراقبت خویشاوندان هستند، تعداد خانواده را 1 حساب کنید.

برای بقیه افراد، بلی را انتخاب کنید.

بخش 3: معلومات تماس خانواده

خانواده 1:				قرابت با طفل:
تاریخ تولد والدین:				آیا برای برقراری ارتباط با انگلیسی زبانان به مترجم نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟
آدرس فیزیکی	شماره اپارتمان	شهر	ایالت	کود پستی
آدرس دریافت پست	شماره اپارتمان	شهر	ایالت	کود پستی
ایمیل	تلفون	تلفون ثانوی		
شخص ارتباطی 2:				قرابت با طفل:
تاریخ تولد والدین:				
شخص ارتباطی 3:				قرابت با طفل:
تاریخ تولد والدین:				
شخص ارتباطی 4:				قرابت با طفل:
تاریخ تولد والدین:				

بخش 4: شخصی که طفل همراه وی زندگی می کند

یک والدین/سرپرست (نام): _____ به بخش 5 بروید

دو والدین/سرپرست در عین خانواده (نام): _____

دو والدین/سرپرست در دو خانواده:

اگر این گزینه انتخاب شد، به این سوالات پاسخ دهید تا مشخص شود که درآمد کدام والدین برای واجد شرایط بودن ECEAP محاسبه می شود.

آیا یک خانواده دارای حضانت قانونی اولیه است؟ بلی نخیر

اگر بلی، حضانت اولیه بر عهده کدام والدین است؟ _____

همسر این والدین، در صورت موجودیت

به بخش 5 بروید

اگر نخیر، ECEAP درآمد والدین/سرپرست حقوقی را برای هر خانواده محاسبه می کند. همسران شان را شامل نکنید. نام والدین حقوقی را در اینجا وارد کنید:

خانواده 2:**خانواده 1:**

خانواده 2:				قرابت به طفل:
تاریخ تولد والدین:				آیا برای برقراری ارتباط با انگلیسی زبانان به مترجم نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟
آدرس فیزیکی	شماره اپارتمان	شهر	ایالت	کود پستی
آدرس دریافت پست	شماره اپارتمان	شهر	ایالت	کود پستی
ایمیل	تلفون	تلفون ثانوی		

بخش 5: وظیفه والدین، آموزش و سایر فعالیت ها

به سوالات زیر برای هر یک از والدین/ سرپرست فهرست شده در سوال #3 پاسخ دهید.

ساعت های مشابه را در بیش از یک ردیف حساب نکنید. مثلاً:

- هم در وظیفه و هم در WorkFirst عین ساعات هفته را حساب نکنید.
- ساعات مراقبت از طفل CPS را به صورت جداگانه برای دو والدین حساب نکنید.

والدین/سرپرست #2 نام:	والدین/سرپرست #1 نام:	وظیفه دارد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ا. اگر بلی، اوسط ساعات با معاش در هفته
		ب. اگر بلی، نام کارفرما را وارد کنید (نا معلوم یا غیر قابل تطبیق ننویسید)
		ج. اگر بلی، شماره تلفون یا ایمیل کارفرما را وارد کنید
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در مکتب یا کارآموزی؟
		ا. اگر بلی، ساعات صنف در هفته
		ب. گر بلی، ساعت درسی در هفته (حداکثر 10)
		ج. اگر بلی، نام مکتب یا سازمان تعلیمی را وارد کنید.
		د. اگر بلی، هدف یا رشته را وارد کنید.
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	رفت و آمد میان مرکز مراقبت از طفل و کار / مکتب؟
		ا. اگر بلی، ساعات در هفته
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعات مراقبت از اطفال CPS/FAR/ICW در بالا محاسبه نشده است؟
		ا. ساعات اضافی مراقبت از طفل در هفته که توسط CPS تأیید شده است
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعات WorkFirst تأیید شده در بالا محاسبه نشده است؟
		ا. اگر بلی، نام فعالیت
		ب. اگر بلی، مجموع ساعات در هفته
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	یکی از والدین معلول و قادر به کار نیست و نمی تواند از طفل مراقبت کند در حالی که والدین دیگر کار می کنند؟
		اگر هر یک از والدین در مجموع بیش از 55 ساعت در هفته دارند، توضیح دهید:

بخش 6: چگونه از ECEAP اطلاع یافتید؟

- وبسایت DCYF محفل اجتماعی آگاهی نامه کارمند ECEAP کلمه ماه
 کارمند قضیه رسانه ها نمایندگی اجتماع - نام نمایندگی: _____
 دیگر

بخش 7: نظرسنجی برای برنامه ریزی سراسری

اگر بتوانید طول مدت روز را برای کودکان فرزندتان انتخاب کنید، کدام یک برای طفل و خانواده شما بهترین گزینه است؟ لطفاً توجه داشته باشید، این گزینه ها ممکن است در اجتماع شما موجود نباشند.

- نیم روز - حدود سه ساعت، سه یا چهار روز در هفته.
 روز درسی - حدود شش ساعت، چهار یا پنج روز در هفته.
 روز کاری - قابل دسترس در تمام طول روز، در تمام سال، مانند یک مرکز مراقبت از اطفال.

بخش 8: حالات خانواده

- آیا خانواده شما مسکن کمک هزینه بی مانند کوبین مسکن یا کمک نقدی برای مسکن دریافت می کند؟
 بلی نخیر
- آیا خانواده شما در حال حاضر برای این طفل کمک هزینه مراقبت از طفل Working Connections را دریافت می کند؟
 بلی نخیر

بخش 9: درآمد دریافت شده توسط والدین (ها) یا سرپرست (های) طفل

برای اطفال پرورشگاهی، زیر مراقبت خویشاوندان، یا فرزندخوانده پس از پرورشگاه یا زیر مراقبت خویشاوندان، این بخش را خانه پری کنید و به بخش 10 بروید.

- کمک هزینه ماهانه یا پرداخت برای حمایت از خانواده، مراقبت خویشاوندان یا حمایت از فرزندخواندگی \$ _____
- تعداد فرزندان تحت پوشش این کمک هزینه یا مبلغ _____
- شماره دوسیه یا شماره هویت متقاضی، در صورت موجودیت: _____
- منبع پرداخت (انتخاب کنید): SSI DSHS قبیله دیگر _____

آیا در سال تقویمی گذشته یا در طی 12 ماه گذشته درآمد دریافت کرده اید؟ بلی نخیر
 اگر نه، دلیل نبودن درآمد را ارائه کنید و توضیح دهید چگونه نیازهای اساسی تان برآورده می شوند:

در جدول زیر تمام درآمد یک سال خانواده را وارد کنید.

یکی را انتخاب کنید: سال تقویمی گذشته 12 ماه گذشته

مبلغ سالانه	# ماه های که دریافت شده است	مبلغ ماه وار	# هفته های که دریافت شده است	مبلغ هفته وار	نوعیت	شخص (اشخاص) با درآمد
\$					W-2	
\$					W-2	
\$					اظهارنامه مالیاتی (1040) یا رونوشت IRS	
\$					اظهارنامه مالیاتی (1040) یا رونوشت IRS	
\$					رسیدهای پرداخت برای 12 ماه	
\$					رسیدهای پرداخت برای 12 ماه	
\$		\$			حمایت دریافت شده طفل، در صورت نیاز به دستور حمایت از طفل	
\$		\$			درآمد معلولیت به شمول SSI	
\$		\$			اظهاریه مرخصی و درآمد سربازی (LES). همه حقوق و دستمزدها به جز BAH، BAS، FSH، و HFP/IDP را حساب کنید.	
\$					درآمد خالص شغل آزاد	
\$		\$			تأمین اجتماعی یا سایر کمک هزینه های تقاعد	
\$		\$			کمک هزینه های TANF ایالتی یا قبیله ای	
\$				\$	بیکاری	
\$				\$	غرامت کارگران (L&I)	
\$					درآمد قبیله ای (به شمول مالیات)	
\$		\$			پرداخت های نقدی کمک های اضطراری	
\$		\$			پرداخت های بیمه که منظم اند (نه یک بار)	
					پلان های تقاعد یا بازنشستگی	
					جیب خرج کارآموزی	
					بورسیه، کمک هزینه یا کمک هزینه تحصیلی برای هزینه های زندگی	
\$		\$			در صورت لزوم توسط حکم قانونی الزام آور حمایت از طفل، کمک هزینه طفل به خانواده دیگری پرداخت می شود	کسر

آیا هنوز درآمد فوق الذکر را دریافت می کنید؟ بلی نخیر **اگر بلی، به بخش 10 بروید.**
اگر نه، و شرایط شما اخیراً تغییر کرده باشد، لطفاً توضیح دهید:

- از دست دادن نان آور طلاق یا جدایی از دست دادن ناگهانی وظیفه کاهش ساعات کاری
- صحت/مریضی از دست دادن کمک هزینه ها
- از دست دادن وظیفه - عدم دسترسی یا توانایی پرداخت هزینه مراقبت از طفل برای نوزاد
- شرایط غیر منتظره مشابه (توضیح دهید)
- درآمد ماهانه شما چیست؟ \$ برای کدام ماه؟

بخش 10: داخله قبلی			
این طفل قبلاً در موارد زیر ثبت نام کرده بود:			
<input type="checkbox"/>	امتیاز شروع در نمایندگی شما	<input type="checkbox"/>	ECLIPSE - خدمات مداخله و پیشگیری اولیه در دوران طفولیت
<input type="checkbox"/>	امتیاز شروع در نمایندگی مختلف	<input type="checkbox"/>	ESIT - حمایت اولیه یا نوزادان نام فراهم کننده ESIT:
<input type="checkbox"/>	مهاجرت/امتیاز شروع فصلی در هر نقطه از WA	<input type="checkbox"/>	بخش C یا بخش C برنامه مداخله زود هنگام IDEA در ایالت دیگر نام ایالت و فراهم کننده:
<input type="checkbox"/>	امتیاز شروع زود هنگام نام گیرنده:	<input type="checkbox"/>	داخله قبلی در دوره کودکی برای آموزش زود هنگام وجود ندارد
<input type="checkbox"/>	هر برنامه بازدید از منزل برای تولد سه نفر	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ECEAP زود هنگام نام قراردادی ECEAP زود هنگام:	<input type="checkbox"/>	
بخش 11: IEP یا تأخیر مشکوک			
<input type="checkbox"/>	این طفل دارای یک برنامه آموزشی فردی شده (IEP) است		
<input type="checkbox"/>	این طفل از طریق ارزیابی توسط حوزه تعلیمی یا مکتب قبلیه ای واجد شرایط برای خدمات آموزش ویژه تشخیص داده شد، اما منتظر صدور IEP یا رد خدمات والدین/سرپرست بود.		
<input type="checkbox"/>	این طفل دارای تأخیر رشد یا معلولیت تشخیص شده بدون IEP است.		
<input type="checkbox"/>	این طفل یک معاینه رشدی را که توصیه می‌کرد برای ارزیابی بیشتر ارجاع شود، انجام داده است		
<input type="checkbox"/>	این طفل تأخیر یا معلولیت رشدی مشکوک دارد. (بدون IEP، تشخیص، یا معاینه، یا معاینه انجام شده رشدی با نتیجه، "معاینه مجدد لازم است".)		
	لطفاً توضیح دهید:		
	❖ اگر این طفل دارای IEP است، تمام ردیف های IEP را بررسی کنید. اگر نه، به بخش 12 بروید.		
<input type="checkbox"/>	اوتیسم	<input type="checkbox"/>	معلولیت ذهنی
<input type="checkbox"/>	ناشنوایی-نابینایی	<input type="checkbox"/>	معلولیت های متعدد
<input type="checkbox"/>	تأخیر در رشد	<input type="checkbox"/>	معلولیت استخوانی
<input type="checkbox"/>	ناراحتی عاطفی	<input type="checkbox"/>	معلولیت صحنی دیگر
<input type="checkbox"/>	معلولیت شنوایی	<input type="checkbox"/>	معلولیت بینایی
	تاریخ شروع IEP		تاریخ ختم IEP
	کدام حوزه تعلیمی IEP این طفل را صادر کرد؟		

این طفل خدمات IEP را دریافت خواهد کرد:

- فقط در صنف درسی ECEAP فقط در ساعات ECEAP، اما خارج از صنف درسی ECEAP
- خارج از ساعات ECEAP

بخش 12:

آیا این طفل به دلیل رفتار، از هیچگونه برنامه یادگیری زود هنگام یا مراقبت از طفل اخراج شده است؟ بلی نخیر
ECEAP به اطفال دارای مشکلات رفتاری خدمات ارائه می‌کند. **انتخاب گزینه بلی فرزند شما را مستثنی نمی‌کند.**

بخش 13: سوالات اضافی

ما از این معلومات برای انتخاب اطفالی که بیشتر به **ECEAP** نیاز دارند استفاده می‌کنیم. همه جوابات محرمانه خواهد ماند.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل یک عضو خانواده که مصاب به یک مرض مزمن جسمی یا روانی است، دارد: (اگر بلی، یکی را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• آیا به شدت بر توانایی آنها برای مشارکت در کار، مکتب یا زندگی خانوادگی تأثیر می‌گذارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• آیا بصورت متوسط بر توانایی آنها برای مشارکت در کار، مکتب یا زندگی خانوادگی دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این فرزند والدینی دارد که در زمان تولد این طفل زیر 18 سال سن داشته باشند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این فرزند والدینی دارد که: (اگر بلی یکی را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• مهاجر یا کارگر فصلی زراعت باشد؟ (51% درآمد خانواده یا بیشتر از کار زراعت)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• بالای طفل برای شرکت در فعالیت های فرهنگی سنتی یا کار (فصلی یا موقت در کار زراعتی یا ماهیگیری) مصرف شود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل والدینی دارد که در حال حاضر در ارتش ایالات متحده مشغول به کار باشند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل والدینی دارد که در حال حاضر عضو یک واحد گارد ملی یا یک واحد ذخیره نظامی باشند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل یک والدین نظامی دارد که در حال حاضر یا در 12 ماه گذشته یا در مجموع برای 19 ماه یا بیشتر از آن در طول عمر طفل اعزام شده باشند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل خانواده ای دارد که در یک مکتب لیلیمی هند درس خوانده باشند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل والدینی دارد که در گذشته در توقیف خانه، زندان یا بازداشتگاه زندانی بوده باشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل از دست دادن والدین یا مراقبت کننده اصلی خود را تجربه کرده است، مانند مرگ، عاق شدن، یا اخراج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل تجربه طلاق یا جدایی والدین اش را دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل در 12 ماه گذشته دستخوش بی خانمانی شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل در خانواده ای با خشونت خانوادگی به شمول وقتیکه در بطن مادر بود، زندگی می‌کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل در خانواده ای استفاده کننده از مواد مخدر به شمول وقتیکه در بطن مادر بود، زندگی می‌کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این خانواده قبلاً حمایت دریافت کرده یا در سیستم های قبیله ای یا ایالتی از جمله خدمات CPS/FAR/ICW یا خدمات قبیله ای مشابه دخیل بوده یا با سیستم اجرای قانون/محکمه در مورد طفل آزاری، بی توجهی یا تجاوز جنسی سروکاری داشته است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا این طفل در 12 ماه گذشته پس از پرورشگاه یا مراقبت توسط خویشاوندان با والدین خود ملاقات کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECEAP یک ارجاع تخصصی برای این خانواده دریافت کرد.
			اگر بلی، کدام اداره ارجاع داده است؟

بخش 14: سطح تحصیلات والدین - همه گزینه های قابل تطبیق را نشانی کنید

نام والدین/سرپرست 2	نام والدین/سرپرست 1	بلندترین سطح تحصیلی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف 6 یا پایینتر از آن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف 7 تا 12، بدون شهادتنامه یا GED
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شهادتنامه مکتب یا GED

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تا یک مرحله ای از کالج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصدیقنامه حرفه (شامل مکاتب حرفوی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چهارده پاس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لیسانس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فوق لیسانس یا دکترا

بخش 15: معلومات صحی - لطفاً یک نسخه از سوابق واکسیناسیون طفل را ضمیمه کنید

<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل یک مرض مزمن جسمی یا روانی دارد که:
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					• تأثیر شدیدی بر رشد یا حضور طفل گذاشته است؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					• تأثیر متوسطی بر رشد یا حضور طفل گذاشته است؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					❖ اگر بلی، لطفاً توضیح دهید:
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل زودتر از موعد (کمتر از 37 هفته) به دنیا آمد یا در هنگام تولد وزنش کمتر از 5.5 پوند بود؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل بیمه صحی یا پوشش دارد؟ Provider One Services Card / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پوشش نظامی <input type="checkbox"/> بیمه صحی شخصی <input type="checkbox"/> پوشش قبیلی
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل داکتر یا کلینیک صحی منظم دارد؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					• نام کلینیک یا فراهم کننده: • نام متخصص طب:
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا ECEAP یک نسخه از نتایج معاینه خوب بودن طفل (EPSDT) را دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					❖ تاریخ آخرین معاینه خوب بودن طفل قبل از درخواست برای ECEAP:
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل بیمه یا پوشش دندان دارد؟ Provider One Services Card / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پوشش نظامی <input type="checkbox"/> بیمه شخصی سلامت دندان <input type="checkbox"/> پوشش قبیلی <input type="checkbox"/> ABCD (در همه کانتی ها موجود نیست)
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا این طفل داکتر یا کلینیک دندان منظم دارد؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					• نام کلینیک یا فراهم کننده: _____ • نام متخصص دندان: _____
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					آیا ECEAP یک نسخه از نتایج معاینه دندان را دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی					❖ تاریخ آخرین معاینه دندان قبل از درخواست برای ECEAP:

من قول می‌دهم که معلومات این فورم درست و صحت است. من صلاحیت ثبت نام این طفل را دارم و تمام درآمد و تعداد خانواده خود را طبق الزام ECEAP گزارش داده‌ام. اگر آگاهانه اطلاعات نادرست ارائه دهم، می‌دانم که خانواده ام نخواهد توانست به دریافت خدمات ECEAP ادامه دهند. علاوه بر این، مجبور خواهم شد تا مبلغی را که برای ECEAP فرزندم خرج شده است، بازپرداخت کنم.

من می‌دانم که معلومات این درخواست در سیستم مدیریت یادگیری زود هنگام (ELMS) که توسط ریاست اطفال، جوانان و خانواده‌ها (DCYF) اداره می‌گردد، وارد می‌شود. DCYF به محافظت از معلومات محرمانه و شخصی که تثبیت کننده هویت طفل یا خانواده باشد، متعهد است. هیچ معلومات مربوط به وضعیت مهاجرت در ELMS وارد نشده یا با ادارات ایالتی یا فدرال شریک ساخته نمی‌شود. معلومات در ELMS می‌تواند برای موارد زیر استفاده شود:

- مطالعات تحقیقاتی برای مشخص سازی اینکه آیا شرکت در ECEAP به اطفال در مراحل بعدی زندگی کمک می‌کند یا خیر.
- برای اثبات اینکه ایالت و اشنگتن مقداری از بودجه خود را در برنامه‌هایی برای خانواده‌ها که برای دریافت کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند از دولت فدرال لازم است، مصرف می‌کند.

نام به حروف بزرگ

امضا

تاریخ

نام به حروف بزرگ

امضا

تاریخ

امضای کارمند ECEAP که واجدیت شرایط را تأیید کرده است

من تصدیق می‌کنم که تا جایی که می‌دانم، معلومات این فورم درست و صحت است. من اسناد واجدیت شرایط این طفل برای ECEAP را مشاهده و تأیید کردم. من می‌دانم که معیارهای عملکرد ECEAP ایجاب می‌کند تا در صورت مشکوک بودن به هرگونه استفاده تقلب آمیز از بودجه ECEAP از جمله وارد کردن عمدی معلومات فریبنده یا نادرست در ELMS در موارد ذیل، که محدود به این موارد نمی‌باشد، توسط یک کارمند، باید به ریاست اطفال، جوانان و خانواده‌ها اطلاع دهم:

- معیارهای واجدیت شرایط طفل.
- تاریخ واقعی شروع اطفال و آخرین روزهای صنف.
- تاریخ شروع یا پایان صنف.
- خدماتی که در واقع ارائه نشده‌اند.
- خانواده‌ای که برای ثبت نام در ECEAP معلومات نادرست ارائه می‌دهد.

نام به حروف بزرگ

عنوان

امضا

تاریخ