

**ECEAP 2026-2025 پیش نمایش و درخواست**  
**(فورم ترکیبی)**  
**2025-2026 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)**

درخواست برای سال تحصیلی:

تحويل به:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**بخش 1: معلومات طفل**

نام مکمل حقوقی \_\_\_\_\_ نام وسطی \_\_\_\_\_ تخلص حقوقی \_\_\_\_\_

تاریخ تولد طفل \_\_\_\_\_ تخلص \_\_\_\_\_ هویت جنسی \_\_\_\_\_

آیا این طفل یک طفل برای Federally Recognized Tribe ایالات متحده واجد شرایط است؟  بلی  نخیر

|                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>IEP</b> - آیا این طفل در برنامه آموزش فردی (IEP) است؟                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | از طریق ارزیابی توسط حوزه تحصیلی یا مکتب قبیله ای، طفل واجد شرایط برای خدمات آموزش ویژه تشخیص داده شد، اما والدین/سرپرست خدمات را رد کردند.                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>CPS</b> - 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؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>پرورشگاه</b> - 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                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>خویشاوندی</b> - آیا این طفل با یکی از اقارب یا افراد مناسب، با کمک هزینه یا بدون کمک هزینه، تحت مراقبت خویشاوندان است؟                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>فرزندی گرفته شده پس از پرورشگاه/مراقبت توسط خویشاوندان</b> - آیا این طفل پس از پرورشگاه، مراقبت توسط خویشاوندان، یا پس از زندگی در یک دارالایتام در کشوری دیگر به فرزندگی گرفته شده است (این شامل سایر فرزندخواندگی‌های دیگر نمی‌شود)؟                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>SNAP</b> - 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                 |                |



**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 معلومات برای محاسبه اندازه خانواده برای مشخص سازی درآمد متوسط ایالتی (SMI) استفاده خواهند کرد.**

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

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

|                    |                |             |       |                                                                                                                                                                          |
|--------------------|----------------|-------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>خانواده 2:</b>  |                |             |       | قربان به طفل:                                                                                                                                                            |
| تاریخ تولد والدین: |                |             |       | آیا برای برقراری ارتباط با انگلیسی زبانان به مترجم نیاز دارید؟<br><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر<br>اگر بلی، به چه زبان (هایی) صحبت می کنید؟ |
| آدرس فزیک          | 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.

ساعات 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<br>نام:                                  | والدین/سرپرست #1<br>نام:                                  |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | وظیفه دارد؟                                                                                              |
|                                                           |                                                           | 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.                                                                                                       |
| 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. اگر 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؟

- ویسایت 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 گزینه‌ها 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 کوپن 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):  DSHS  SSI  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 که 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                                                                                                  |                      |
| \$          |                             |              |                              |               | اظهاریه مالیاتی (1040) یا رونوشت IRS                                                                 |                      |
| \$          |                             |              |                              |               | اظهاریه 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 FSH، BAS، BAH، 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                  |



## 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 می کند. **انتخاب گزینه بلی فرزند شما را مستثنی نمی کند.**

## بخش 13: سوالات اضافی

ما از این معلومات برای انتخاب اطفالی که بیشتر به ECEAP نیاز دارند استفاده می کنیم. 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 می گذارد؟                                                                                                                                           |
| <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"/> |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <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 لیلیبی هند درس خوانده باشند؟                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل والدینی دارد که در گذشته در توقیف خانه، یا زندان 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 یا عاق شدن؟                                                                                                                                  |
| <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 می کرده 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 می کرده 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

| والدین/سرپرست 2<br>نام _____ | والدین/سرپرست 1<br>نام _____ | 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**

|         |  |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل یک مرض مزمن جسمی یا روانی دارد که:                                                                                                                                                                                                                                 |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تأثیر شدیدی بر رشد یا حضور طفل گذاشته است؟</li> <li>تأثیر متوسطی بر رشد یا حضور طفل گذاشته است؟</li> </ul>                                                                                                                              |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ❖ اگر بلی، لطفاً توضیح دهید:                                                                                                                                                                                                                                                   |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل زودتر از موعد (کمتر از 37 هفته) به دنیا آمد یا در هنگام تولد وزنش کمتر از 5.5 پوند بود؟                                                                                                                                                                            |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل بیمه صحی یا پوشش دارد؟                                                                                                                                                                                                                                             |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Provider One Services Card / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> پوشش نظامی <input type="checkbox"/> بیمه صحی شخصی <input type="checkbox"/> پوشش قبیلی                                                                       |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل داکتر یا کلینیک صحی منظم دارد؟                                                                                                                                                                                                                                     |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>نام کلینیک یا فراهم کننده:</li> <li>نام متخصص طبی:</li> </ul>                                                                                                                                                                           |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا ECEAP یک نسخه از نتایج معاینه خوب بودن طفل (EPSDT) را دریافت کرده است؟                                                                                                                                                                                                     |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ❖ تاریخ آخرین معاینه خوب بودن طفل قبل از درخواست برای ECEAP:                                                                                                                                                                                                                   |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل بیمه یا پوشش دندان دارد؟                                                                                                                                                                                                                                           |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Provider One Services Card / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> پوشش نظامی <input type="checkbox"/> بیمه شخصی سلامت دندان <input type="checkbox"/> پوشش قبیلی<br><input type="checkbox"/> ABCD (در همه کانتی ها موجود نیست) |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این طفل داکتر یا کلینیک دندان منظم دارد؟                                                                                                                                                                                                                                   |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li>نام کلینیک یا فراهم کننده: _____</li> <li>نام متخصص دندان: _____</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا ECEAP یک نسخه از نتایج معاینه دندان را دریافت کرده است؟                                                                                                                                                                                                                    |
| نامعلوم |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ❖ تاریخ آخرین معاینه دندان قبل از درخواست برای ECEAP:                                                                                                                                                                                                                          |

من قول می‌دهم که معلومات این فرم 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 زودهنگام (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 آشننگتن 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 فرم 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