

Предварительный отбор и заявление на участие в программе ECEAP 2025—2026 гг. (Совмещенная форма) 2025-2026 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)

Школьный учебный год, на который подается заявление: _____

Верните заполненную форму в: _____

Раздел 1: Данные ребенка

Официальное имя _____

Среднее имя _____

Официальная фамилия _____

Дата рождения
ребенка _____

Прозвище _____

Гендерная
идентичность _____

Является ли этот ребенок членом признанного на федеральном уровне племени Соединенных Штатов или имеет право на такое членство? ☐ Да ☐ Нет

IEP — Включен ли этот ребенок в индивидуальную учебную программу (IEP)?	☐	Да	☐	Нет
Ребенок был определен как имеющий право на специальные образовательные услуги по итогам оценки, проведенной школьным округом или школой племени, однако родитель/опекун отказался от получения таких услуг ребенком	☐	Да	☐	Нет
CPS — Вовлечена ли семья этого ребенка в племенные или государственные системы или получает ли от них поддержку, включая службы защиты детей (Child Protective Services, CPS), службы реагирования на основе оценки семьи (Family Assessment Response, FAR), службы социального обеспечения индейских детей (Indian Child Welfare, ICW), сравнимые службы, правоохранительные органы/судебную систему в связи с жестоким обращением с детьми, отсутствием заботы или сексуальным насилием?	☐	Да	☐	Нет
Патронатное воспитание — Находится ли этот ребенок в официальной приемной семье? Это означает, что имеется разрешение на опеку от штата или племени, в котором указано, что ребенок размещен на <u>патронатное воспитание (foster care)</u> .	☐	Да	☐	Нет
Родственная опека — находится ли этот ребенок в родственных связях с родственником или подходящим другим лицом, с грантом или без него?	☐	Да	☐	Нет
Усыновлен/удочерена после патронатной семьи/родственной опеки — был ли этот ребенок усыновлен/удочерен после патронатной семьи, родственной опеки или после проживания в детском доме в другой стране (сюда не входят другие усыновления/удочерения)?	☐	Да	☐	Нет

Жилье (выберите один из вариантов)

☐	Аренда или собственное жилье
☐	Совместное проживание в кооперативном жилье (cooperative living arrangement) с родственниками или друзьями
☐	Совместное проживание вместе с другой семьей из-за потери жилья, экономических трудностей или по аналогичной причине
☐	В приюте для экстренных случаев или временном приюте
☐	Ночевка в гостинице, мотеле, машине, парке, кемпинге или другом подобном месте
☐	Переезд с места на место (каучсерфинг)
☐	Неадекватное жилье, например, без воды, тепла или электричества, чрезмерная плесень или отсутствие приспособлений для приготовления пищи

Язык, на котором говорит этот ребенок (выберите только один)

☐	Только английский	Родной язык ребенка:
☐	Преимущественно английский, немного разговаривает на другом языке дома	
☐	Немного говорит по-английски, но дома преимущественно разговаривает на другом языке	Второй язык ребенка:
☐	Английский и другой язык, на уровне, соответствующем его возрасту (билингв)	
☐	Только язык домашнего общения, отличный от следующего	

Этот ребенок — латиноамериканец/испаноязычный?☐ Да ☐ Нет

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Аргентинец (-ка) | ☐ Гватемалец (-ка) | ☐ Пуэрториканец (-ка) |
| ☐ Боливец (-йка) | ☐ Гондурасец (-ка) | ☐ Сальвадорец (-ка) |
| ☐ Чилиец (-йка) | ☐ Мексиканец (-ка) или мексиканский (-ая) американец (-ка) (Чикано) | ☐ Испанец (-ка) |
| ☐ Колумбиец (-йка) | ☐ Никарагуанец (-ка) | ☐ Уругваец (-йка) |
| ☐ Костариканец (-ка) | ☐ Панамец (-ка) | ☐ Венесуэлец (-ка) |
| ☐ Кубинец (-ка) | ☐ Перуанец (-ка) | ☐ Латиноамериканец (-ка) |
| ☐ Доминиканец (-ка) | | ☐ Другая латиноамериканская или испаноязычная национальность |
| ☐ Эквадорец (-ка) | | |

К какой расе (расам) вы относите этого ребенка? (Отметьте все подходящие варианты)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Белый (-ая) | ☐ Американские индейцы | ☐ Коренной (-ая) житель (-ница) Гавайев или других островов Тихого океана |
| ☐ Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка) | ☐ Чехалис | ☐ Фиджийцы |
| ☐ Коренной (-ая) житель (-ница) Аляски | ☐ Чинуки | ☐ Коренные жители острова Гуам |
| ☐ Алеуты (Унанган) | ☐ Колвилл | ☐ Коренные жители острова Кусаие |
| ☐ Алутиик | ☐ Коултиц | ☐ Коренные жители Марианских островов |
| ☐ Атабаски | ☐ Дувамиш | ☐ Коренные жители |
| ☐ Эскимосы (Инупиак или Юпик) | ☐ Хох | ☐ Маршалловых островов |
| ☐ Эяки | ☐ Джеймстаун | ☐ Меланезийцы |
| ☐ Хайда | ☐ Калиспел | ☐ Микронезийцы |
| ☐ Тлингиты | ☐ Кикикаллус | ☐ Коренные жители Гавайев |
| ☐ Цимшианы | ☐ Лоуэр-Элва | ☐ Палау |
| ☐ Другие коренные народы Аляски | ☐ Лумми | ☐ Коренные жители Папуа-Новой Гвинеи |
| | ☐ Маках | ☐ Коренные жители острова Понапе (Понпеи) |
| | ☐ Маклшут | ☐ Самоанцы |
| | ☐ Нискуалли | ☐ Коренные жители Соломоновых островов |
| | ☐ Нуксак | ☐ Таитяне |
| | ☐ Порт-Гэмбл-Клэллэм | ☐ Коренные жители атолла Тарава |
| | ☐ Пьюаллап | ☐ Коренные жители Токелау |
| | ☐ Килеут | ☐ Тонганцы |
| | ☐ Куино | ☐ Трукцы (Чуукцы) |
| | ☐ Самиш | ☐ Вануатцы/Коренные жители Новых Гебридов |
| | ☐ Саук-Суаттл | ☐ Япцы |
| | ☐ Шолуотер | ☐ Коренные жители других островов Тихого океана |
| | ☐ Скокомиш | |
| | ☐ Снохомиш | |
| | ☐ Снокуалми | |
| | ☐ Снокуалму | |
| | ☐ Спокан | |
| | ☐ Скуасин-Айленд | |
| | ☐ Стилакум | |
| | ☐ Стиллагамиш | |
| | ☐ Сукуамиш | |
| | ☐ Суиномиш | |
| | ☐ Тулалип | |
| | ☐ Аппер-Скаджит | |
| | ☐ Якама | |
| | ☐ Другое племя американских индейцев | |
| ☐ Азиат (-ка) | | |
| ☐ Индийцы | | |
| ☐ Бангладешцы | | |
| ☐ Бутанцы | | |
| ☐ Бирманцы | | |
| ☐ Камбоджийцы/ Кампучийцы | | |
| ☐ Китайцы | | |
| ☐ Филиппинцы | | |
| ☐ Хмонги | | |
| ☐ Индонезийцы | | |
| ☐ Японцы | | |
| ☐ Корейцы | | |
| ☐ Лаосцы | | |
| ☐ Мадагаскарцы | | |
| ☐ Малайцы | | |
| ☐ Мальдивцы | | |
| ☐ Монголы | | |
| ☐ Непальцы | | |
| ☐ Пакистанцы | | |
| ☐ Сингапурцы | | |
| ☐ Шриланкийцы | | |
| ☐ Тайваньцы | | |
| ☐ Тайцы | | |
| ☐ Вьетнамцы | | |
| ☐ Другой азиатский народ | | |

Раздел 2: Члены домохозяйства

Перечислите всех проживающих в домохозяйстве лиц, которые могут быть учтены при подсчете размера семьи.

Для семей, временно проживающих у родственников или других лиц, не учитывайте хозяев.

Для семей с двумя домохозяйствами при совместной опеке без основного родителя и без алиментов:

- Укажите членов домохозяйства для обоих домохозяйств в графе ниже.
- Отметьте членов второго домохозяйства.
- Затем ответьте на вопросы о финансовой поддержке и родственных отношениях.
 - ❖ **Сотрудники будут использовать эту информацию для расчета размера семьи, чтобы определить медианный доход штата (SMI)**

Имя	Фамилия	Дата рождения	Степень родства с ребенком, участвующим в программе ECEAP	Оказывает ли родитель или опекун ребенка, участвующего в программе ECEAP, финансовую поддержку этому человеку?* См. примечание ниже для лиц в возрасте 19 лет и старше.	Является ли этот человек родственником родителя/опекуна ребенка, участвующего в программе ECEAP, по крови, браку или усыновлению/удочерению?
Ребенок, участвующий в программе ECEAP:			Ребенок, участвующий в программе ECEAP	Да	Да
Родитель/опекун:				Да	Да
Родитель/опекун:				Да	Да

* Ответьте «Нет» для лиц в возрасте 19 лет и старше, которые получают трудовой или нетрудовой доход, покрывающий более половины их расходов. Ответьте «Да», если родители ребенка, участвующего в программе ECEAP, оплачивают более половины его расходов.

Только для служебного пользования:

Размер семьи для таблицы SMI _____

Для детей, находящихся в патронатной семье, под родственной опекой или усыновленных/удочеренных после патронатной семьи или родственной опеки, считайте размер семьи равным 1.

Для всех остальных считайте людей, ответивших «Да» на оба вопроса выше.

Раздел 3: Контактная информация семьи

Контактное лицо 1:	Кем приходится ребенку:			
Дата рождения родителя:	Нужен ли вам переводчик для общения с людьми, разговаривающими на английском языке? ☐ Да ☐ Нет Если да, на каком языке (языках) вы говорите?			
Физический адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Электронная почта	Телефон	Дополнительный номер телефона		
Контактное лицо 2:	Кем приходится ребенку:			
Дата рождения родителя:				
Контактное лицо 3:	Кем приходится ребенку:			
Дата рождения родителя:				
Контактное лицо 4:	Кем приходится ребенку:			
Дата рождения родителя:				

Раздел 4: Ребенок живет с

☐ Одним родителем/опекуном (имя и фамилия): _____ **Перейдите к разделу 5**

☐ Два родителя/опекуна в одном домохозяйстве (имена и фамилии): _____

☐ Два родителя/опекуна в двух домохозяйствах

Если этот пункт отмечен, ответьте на эти вопросы, чтобы определить, доход какого родителя учитывается для получения права на ECEAP.

Имеет ли одно из домохозяйств главную юридическую опеку (primary legal custody)? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, то кто из родителей имеет главную опеку? _____

Супруг (-а) этого родителя, если есть _____

Перейдите к разделу 5

Если **нет**, ECEAP будет учитывать доход законного родителя/опекуна для каждого домохозяйства. Не включайте их супругов. Укажите здесь официальные имена родителей:

Домохозяйство 1:

Домохозяйство 2:

Домохозяйство 2:	Кем приходится ребенку:			
Дата рождения родителя:	Нужен ли вам переводчик для общения с людьми, разговаривающими на английском языке? ☐ Да ☐ Нет Если да, на каком языке (языках) вы говорите?			
Физический адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Электронная почта	Телефон	Дополнительный номер телефона		

Раздел 5: Занятость, обучение и другая деятельность родителей

Ответьте на следующие вопросы для каждого родителя/опекуна, указанного в вопросе №3.

Не учитывайте одни и те же часы в нескольких категориях. Например:

- Не учитывайте одни и те же часы в неделю как в категории занятости, так и в категории WorkFirst.
- Не учитывайте одни и те же часы ухода за детьми по программе CPS отдельно для двух родителей

	Родитель / опекун №1 Имя:	Родитель / опекун №2 Имя:
Работаете ли вы по найму?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
a. Если да, то укажите среднее количество оплачиваемых часов в неделю		
b. Если да, укажите название работодателя (не указывайте «неизвестно» или N/A).		
c.		
Учитесь в учебном заведении или проходите профессиональную подготовку?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
a. Если да, то укажите количество часов занятий в неделю		
b. Если да, то укажите количество часов занятий в неделю (максимум 10)		
c. Если да, укажите название учебного заведения или учебной организации.		
d. Если да, укажите цель или специализацию.		
Передвигаетесь ли вы между детским садом и работой/школой?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
a. Если да, то укажите количество часов в неделю (максимум 10)		
Часы ухода за ребенком по программам CPS/FAR/ICW, не учтенные выше?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
a. Дополнительные часы в неделю по уходу за ребенком, одобренные CPS		
Одобренные часы WorkFirst, которые не были учтены выше?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
a. Если да, укажите название мероприятия.		
b. Если да, то укажите количество часов в неделю		
Родитель с инвалидностью не может работать и ухаживать за ребенком, пока другой родитель работает?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Если один из родителей работает более 55 часов в неделю, поясните:		

Раздел 6: Как вы узнали о ECEAP

- ☐ На сайте DCYF ☐ На местном мероприятии ☐ Из листовки ☐ От сотрудника ECEAP ☐ Услышал (-а) от кого-то
- ☐ От курирующего меня работника ☐ Из СМИ ☐ В агентстве по работе с населением — название агентства: _____
- ☐ Другое _____

Раздел 7: Опрос для планирования на уровне штата

Если бы вы могли выбирать продолжительность дня в дошкольном учреждении для вашего ребенка, какой вариант был бы лучшим для вашего ребенка и вашей семьи?

Обратите внимание, что не все эти варианты могут быть доступны в вашем районе в этом году.

- ☐ Неполный день — около трех часов, три или четыре дня в неделю.
- ☐ Школьный день — около шести часов, четыре или пять дней в неделю.
- ☐ Рабочий день — весь день, весь год, как в центре по уходу за детьми.

Раздел 8: Ситуация в домохозяйстве

- Получает ли ваше домохозяйство субсидированное жилье, например, ваучер на жилье или денежную помощь на жилье? ☐ Да ☐ Нет
- Получает ли ваше домохозяйство в настоящее время субсидию по уходу за ребенком по программе Working Connections для этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет

Раздел 9: Доход, получаемый родителем (родителями) или опекуном (опекунами) ребенка

Для детей, находящихся в патронатной семье, под родственной опекой или усыновленных/удочеренных после патронатной семьи или родственной опеки, заполните эту графу и *перейдите к разделу 10*

- Ежемесячный грант или выплата на патронатный уход за детьми, родственную опеку или усыновителям/удочерителям \$ _____
- Количество детей, на которых выплачивается этот грант или выплата _____
- Номер дела или идентификационный номер клиента, если имеются: _____
- Источник платежа (чек): ☐ DSHS ☐ SSI ☐ Племя ☐ Другое _____

Получали ли вы доход в течение последнего календарного года или в течение предыдущих 12 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

Если нет, укажите причину отсутствия дохода и объясните, как вы удовлетворяете базовые потребности:

Внесите все доходы семьи за один год в таблицу ниже.

Выберите одно из двух: ☐ Прошлый календарный год ☐ Предыдущие 12 месяцев

Лицо (лица) с доходом	Тип	Еженедельная сумма	Кол-во недель с доходом	Ежемесячная сумма	Кол-во месяцев с доходом	В год Сумма
	Форма W-2					\$
	Форма W-2					\$
	Данные о прошлой налоговой декларации (1040) или других декларациях для Налогового управления США					\$
	Данные о прошлой налоговой декларации (1040) или других декларациях для Налогового управления США					\$
	Квитанции о получении заработной платы за 12 месяцев					\$
	Квитанции о получении заработной платы за 12 месяцев					\$
	Полученные алименты на ребенка, если это предусмотрено постановлением о выплате алиментов на содержание ребенка			\$		\$
	Доходы по инвалидности, включая SSI			\$		\$
	Выписка о военных отпусках и заработках (LES). Посчитайте все выплаты и пособия, кроме BAH, BAS, FSH и HFP/IDP.			\$		\$
	Доход от индивидуальной предпринимательской деятельности					\$
	Социальное обеспечение или другие пенсионные выплаты			\$		\$
	Гранты TANF штата или племени			\$		\$
	Пособие по безработице	\$				\$
	Компенсация для работников (L&I)	\$				\$
	Доход племени (облагаемый налогом)					\$
	Денежные выплаты по программе помощи в неотложных ситуациях			\$		\$
	Регулярные страховые выплаты (не разовые)			\$		\$
	Пенсионные выплаты					
	Стипендия на обучение					
	Стипендия, гранты или стипендии для покрытия расходов на проживание					
Вычесть	Алименты на ребенка, выплачиваемые другому домохозяйству, если это предусмотрено юридически обязывающим постановлением о выплате алиментов.			\$		\$

Вы все еще получаете вышеуказанный доход? ☐ Да ☐ Нет **Если да, то перейдите к разделу 10.**

Если нет, и ваши обстоятельства недавно изменились, пожалуйста, объясните:

- | | |
|---|--|
| ☐ Утрата лица, получающего зарплату | ☐ Развод или раздельное проживание |
| ☐ Незапланированная потеря работы | ☐ Снижение количества рабочих часов |
| ☐ Состояние здоровья/Травма | ☐ Утрата права на пособия |
| ☐ Потеря работы — недоступность ухода за новорожденным или неспособность оплатить такой уход | |
| ☐ Подобные неожиданные обстоятельства (поясните) | |

Каков ваш ежемесячный доход? \$

За какой месяц?

Раздел 10: Предыдущее участие в программах

Этот ребенок ранее был зачислен в:

☐ Head Start в вашем агентстве	☐ ECLIPSE
☐ Head Start в другом агентстве	☐ ESIT – Услуги ранней помощи новорожденным
☐ Head Start для мигрантов/сезонных работников в любом месте в штате Вашингтон	Наименование поставщика услуг ESIT:
☐ Early Head Start Название грантополучателя EHS:	☐ Часть C Программа раннего вмешательства IDEA в другом штате
☐ Любая программа домашнего посещения детей от рождения до трех лет Early ECEAP Имя подрядчика программы Early ECEAP:	☐ Название штата и поставщика: ☐ Ранее не участвовал в программе дошкольного раннего обучения

Раздел 11: IEP или подозрение на задержку

☐	У этого ребенка есть индивидуальная учебная программа (IEP)				
☐	Этот ребенок был определен как имеющий право на специальные образовательные услуги по итогам оценки, проведенной школьным округом или школой племени, однако ожидает выдачи IEP или родитель/опекун отказался от получения таких услуг ребенком				
☐	У этого ребенка диагностирована задержка в развитии или инвалидность без IEP.				
☐	Этот ребенок прошел скрининг развития, по результатам которого было рекомендовано направление на дальнейшее обследование.				
☐	У этого ребенка подозрение на задержку развития или инвалидность. (Нет IEP, диагноза или скрининга, или пройденный скрининг развития с результатом «необходимо повторное обследование»).				
Опишите:					
❖ Если у этого ребенка есть IEP, отметьте все категории IEP. Если нет, перейдите к разделу 12.					
☐	Аутизм	☐	Задержка умственного развития	☐	Специфическая неспособность к обучению
☐	Слепота/глухота	☐	Множественная инвалидность	☐	Нарушение речи или языка
☐	Отставание в развитии	☐	Ортопедическое нарушение	☐	Травматическое повреждение головного мозга
☐	Эмоциональное расстройство	☐	Другие нарушения здоровья	☐	Нарушение зрения
☐	Нарушение слуха				
Дата начала IEP		Дата завершения IEP			
Какой школьный округ разработал IEP для этого ребенка?					

Этот ребенок будет получать услуги IEP:

- ☐ Только в классе ECEAP ☐ Только в часы ECEAP, но вне класса ECEAP
☐ Вне часов ECEAP

Раздел 12:

Был ли этот ребенок исключен из какой-либо программы раннего обучения или ухода за детьми из-за поведения? ☐ Да ☐ Нет

ECEAP обслуживает детей с проблемами поведения. Отметив «да», вы не исключите вашего ребенка.

Раздел 13: Дополнительные вопросы

Мы используем эту информацию, чтобы выбрать детей, которые больше всего нуждаются в ECEAP. Все ответы будут храниться с соблюдением конфиденциальности.

Есть ли у этого ребенка член семьи, имеющий хроническое физическое или психическое заболевание, которое: (если да, выберите один вариант)	☐	Да	☐	Нет
• Сильно влияет на способность участвовать в работе, учебе или семейной жизни?	☐	Да	☐	Нет
• Умеренно влияет на способность участвовать в работе, учебе или семейной жизни?	☐	Да	☐	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, которому на момент его рождения не исполнилось 18 лет?	☐	Да	☐	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, который: (если да, выберите один вариант)	☐	Да	☐	Нет
• является мигрантом или сезонным сельскохозяйственным работником? (51% или более семейного дохода поступает от сельскохозяйственных работ)	☐	Да	☐	Нет
• Переезжает с ребенком для участия в традиционных культурных практиках или работы (сезонной или временной на сельскохозяйственных работах или на рыболовном промысле)?	☐	Да	☐	Нет
	☐	Да	☐	Нет
	☐	Да	☐	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель-военнослужащий, находящийся на службе в настоящее время, или в течение последних 12 месяцев, или в течение 19 или более месяцев в общей сложности в течение жизни ребенка?	☐	Да	☐	Нет
Есть ли у этого ребенка родственники, которые учились в индейской школе-интернате?	☐	Да	☐	Нет
Пережил ли этот ребенок заключение родителя, например, в тюрьму сроком до года или больше?	☐	Да	☐	Нет
Пережил ли этот ребенок потерю родителя или основного опекуна, например, в результате смерти или оставления без ухода?	☐	Да	☐	Нет
Пережил ли этот ребенок развод или раздельное проживание родителей?	☐	Да	☐	Нет
Сталкивался ли этот ребенок с бездомностью в течение последних 12 месяцев?	☐	Да	☐	Нет
Жил ли этот ребенок в семье, где имело место домашнее насилие, в том числе до родов?	☐	Да	☐	Нет
Жил ли этот ребенок в семье, где злоупотребляли наркотиками, в том числе до родов?	☐	Да	☐	Нет
Получала ли эта семья ранее поддержку или была вовлечена в племенные или государственные системы, включая службы CPS/FAR/ICW, или сопоставимые племенные службы, или была вовлечена в разбирательство со стороны правоохранительной/судебной системы в связи с жестоким обращением с детьми, отсутствием заботы или сексуальным насилием?	☐	Да	☐	Нет
Был ли этот ребенок воссоединен с родителями после воспитания в патронатной семье или на родственной опеке в течение последних 12 месяцев?	☐	Да	☐	Нет
ECEAP получил направление от специалиста для этой семьи.	☐	Да	☐	Нет
Если да, то какое агентство выдало направление?				

Раздел 14: Уровень образования родителей — отметьте все, что к вам относится

Наивысший достигнутый уровень образования	Родитель/опекун 1 Имя и фамилия _____	Родитель/опекун 2 Имя и фамилия _____
6 и менее классов	☐	☐
от 7 до 12 классов, без диплома или аттестата об общем среднем образовании (GED)	☐	☐

Диплом об окончании средней школы или GED	☐	☐
Эквивалент колледжа	☐	☐
Профессиональный сертификат (включая профессионально-технические училища)	☐	☐
Диплом младшего специалиста (Associate degree)	☐	☐
Степень бакалавра	☐	☐
Степень магистра или доктора наук	☐	☐

Раздел 15: Информация о здоровье — Приложите копию записи о вакцинации ребенка

Есть ли у этого ребенка хроническое физическое или психическое заболевание, которое:	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
- Сильно влияет на развитие ребенка или его посещаемость? - Умеренно влияет на развитие ребенка или его посещаемость?	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
❖ Если да, опишите:						
Родился ли этот ребенок недоношенным (менее 37 недель) или весил при рождении менее 5,5 фунтов?	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
Есть ли у этого ребенка медицинская страховка или страховое покрытие? ☐ Программа Washington Apple Health для детей/ карта обслуживания Provider One Services ☐ Военное страхование ☐ Частное медицинское страхование ☐ Племенное страховое покрытие	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
Есть ли у этого ребенка постоянный врач или медицинская клиника? - Название клиники или поставщика услуг: - Имя и фамилия медицинского специалиста:	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
Получила ли программа ECEAP копию результатов обследования благополучия ребенка (EPSDT)?	☐	Да	☐	Нет		
❖ Дата последнего обследования благополучия ребенка перед подачей заявления в ECEAP:			☐	Дата неизвестна		
Есть ли у этого ребенка стоматологическая страховка или страховое покрытие? ☐ Программа Washington Apple Health для детей/ карта обслуживания Provider One Services ☐ Военное страхование ☐ Частное стоматологическое страхование ☐ Племенное страховое покрытие ☐ ABCD (доступно не во всех округах)	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
Есть ли у этого ребенка постоянный врач или стоматологическая клиника? - Название клиники или поставщика услуг: _____ - Имя и фамилия стоматолога: _____	☐	Да	☐	Нет	☐	Неизвестно
Получила ли программа ECEAP копию результатов стоматологического обследования?	☐	Да	☐	Нет		
❖ Дата последнего стоматологического обследования перед подачей заявления в ECEAP:			☐	Дата неизвестна		

Подпись родителя / опекуна

Вышеизложенные сведения являются правдивыми и точными. Я имею полномочия на зачисление этого ребенка в программу и указал (-а) все свои доходы и размер семьи в соответствии с требованиями ECEAP. Если я сознательно предоставляю ложную информацию, я понимаю, что моя семья может лишиться возможности продолжать получать услуги ECEAP. Кроме того, мне, возможно, придется вернуть сумму, потраченную на ECEAP для моего ребенка.

Я понимаю, что информация из данного заявления вносится в систему управления ранним обучением (ELMS), которой управляет Департамент по делам детей, молодежи и семей (DCYF). DCYF обязуется защищать конфиденциальную и личную информацию, которая может идентифицировать ребенка или семью. Никакая информация, связанная с иммиграционным статусом, не вносится в ELMS и не передается государственным или федеральным агентствам. Информация в ELMS может быть использована для:

- Исследования с целью определить, помогает ли участие в ECEAP детям в дальнейшей жизни.
- Для подтверждения того, что штат Вашингтон тратит часть собственных средств на программы для семей, что необходимо для получения от федерального правительства средств по программе временной помощи нуждающимся семьям — Temporary Assistance for Needy Families.

Имя и фамилия печатными буквами _____

Подпись _____

Дата _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Подпись _____

Дата _____

Подпись сотрудника программы ECEAP, проверившего право на участие в программе

Я подтверждаю, что информация, предоставленная в настоящей форме, является достоверной и правильной, насколько мне это известно. Мною была просмотрена и проверена документация, устанавливающая право этого ребенка на участие в ECEAP. Я понимаю, что стандарты производительности ECEAP требуют, чтобы я уведомил (-а) Департамент по делам детей, молодежи и семей (Department of Children, Youth, and Families), если мною будет заподозрено какое бы то ни было мошенническое использование средств ECEAP, включая, помимо прочего, намеренный ввод в ELMS ложных или вводящих в заблуждение данных, касающихся следующего:

- Критерии для определения права на участие ребенка в программе.
- Даты начала и окончания обучения ребенка в классе.
- Даты начала и завершения занятий.
- Услуги, которые на самом деле не были оказаны.
- Предоставление семьей недостоверных данных, с целью зарегистрироваться в программе ECEAP.

Имя и фамилия печатными буквами _____

Должность _____

Подпись _____

Дата _____