

Попередній скринінг та заява на участь у ECEAP, 2022-2023 рр. (Об'єднана форма) 2022-2023 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)

Навчальний рік, за який подається заява: _____

Повернути до: _____

Розділ 1: Інформація про дитину

Офіційне ім'я	Друге ім'я	Офіційне прізвище
Дата народження дитини	Неофіційне прізвище	Гендерна приналежність
Чи належить ця дитина до плеємінної нації?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

IEP - Чи бере участь у Індивідуальній освітній програмі (IEP)? Так Ні

CPS - Чи бере родина дитини активну участь у програмах допомоги та/або чи отримує родина дитини допомогу від Систем соціальної допомоги племені або штату (Tribal or State Systems), зокрема за програмою «Послуги із захисту дитини» (Child Protective Services, CPS), Програмою визначення життєвих показників родини (Family Assessment Response, FAR), Програмою захисту індіанських дітей (Indian Child Welfare, ICW), за відповідними програмами послуг для індіанців або за інструкціями правоохоронних органів або за постановою судової установи у зв'язку з неналежним ставленням до дитини, зневажливим ставленням до дитини або сексуальними домаганнями? Так Ні

Патронатне виховання - чи перебуває дитина офіційно на патронатному вихованні? *Означає наявність доручення піклувальнику, виданого племенем або штатом, у якому зазначено, що дитина розміщена на патронатне виховання* Так Ні

Виховання родичами - чи перебуває дитина на вихованні родичами або іншими допущеними особами, незалежно від наявності грантів? Так Ні

Всиновлення після знаходження на патронатному вихованні/вихованні родичами - чи було дитину всиновлено після перебування на патронатному вихованні або на вихованні в родичів, або чи було його всиновлено з дитячого будинку в іншій країні (*питання не поширюється на інші випадки всиновлення*)? Так Ні

Житло (виберіть один варіант відповіді)

- Оренда адекватного житла або володіння адекватним житлом
- Проживання разом з іншими членами розширеної родини для зручності, через бажання бути ближче до родини або друзів, через бажання зекономити гроші на реалізацію майбутніх планів
- Проживання разом із іншими членами родини через втрату житла, фінансові негаразди або з іншої схожої причини
- Перебування у екстреному або тимчасовому житлі
- Мешкання в motelі, в машині, парку, на кемпінгу або у подібному місці
- Переїзди з місця на місце
- Мешкання в неадекватному житлі, зокрема без води, опалення або електрики, з надмірною пліснявою або без кухонних приладів

Мова Дитина розмовляє (виберіть лише один варіант відповіді)

- Тільки англійською мовою
 - Здебільшого англійська мова, а також, певною мірою, мова, на якій говорять в домі
 - Трохи англійська мова, утім, здебільшого інша мова, на якій говорять вдома
 - Англійська мова та інша мова на рівні володіння згідно віку (двомовність)
 - Лише мова, на якій говорять вдома, інша за
- Рідна мова дитини: _____
- Друга мова дитини: _____

Чи є дитина особою, яка походить з іспаномовної або латиноамериканської етнічної групи? Так Ні

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Аргентинське | <input type="checkbox"/> Гватемальське | <input type="checkbox"/> Пуерто-риканське |
| <input type="checkbox"/> Болівійське | <input type="checkbox"/> Гондураське | <input type="checkbox"/> Сальвадорське |
| <input type="checkbox"/> Чилійське | <input type="checkbox"/> Мексиканське або мексикано-американське (Чикано) | <input type="checkbox"/> Іспанське |
| <input type="checkbox"/> Колумбійське | <input type="checkbox"/> Нікарагуанське | <input type="checkbox"/> Уругвайське |
| <input type="checkbox"/> Костариканське | <input type="checkbox"/> Панамське | <input type="checkbox"/> Венесуельське |
| <input type="checkbox"/> Кубинське | <input type="checkbox"/> Перуанське | <input type="checkbox"/> Латиноамериканське |
| <input type="checkbox"/> Домініканське | | <input type="checkbox"/> Походить з іншої іспаномовної або латиноамериканської етнічної групи |
| <input type="checkbox"/> Еквадорське | | |

До якої раси, на вашу думку, належить дитина? (відмітьте все, що підходить)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Білошкірий | <input type="checkbox"/> Американський індіанець | <input type="checkbox"/> Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів |
| <input type="checkbox"/> Чорний чи афроамериканець | <input type="checkbox"/> Чехаліс | <input type="checkbox"/> Фіджиєць |
| <input type="checkbox"/> Корінний аляскінець | <input type="checkbox"/> Чінук | <input type="checkbox"/> Гуаманієць |
| <input type="checkbox"/> Алеут (унанан) | <input type="checkbox"/> Колвілл | <input type="checkbox"/> Косрає |
| <input type="checkbox"/> Алутіік | <input type="checkbox"/> Кауліц | <input type="checkbox"/> Мешканець Маріанських островів |
| <input type="checkbox"/> Атабаск | <input type="checkbox"/> Дуваміш | <input type="checkbox"/> Мешканець Маршаллових островів |
| <input type="checkbox"/> Ескімос (інупіак або юпік) | <input type="checkbox"/> Хох | <input type="checkbox"/> Меланезієць |
| <input type="checkbox"/> Ейак | <input type="checkbox"/> Джеймстаун | <input type="checkbox"/> Мікронезієць |
| <input type="checkbox"/> Гайда | <input type="checkbox"/> Каліспел | <input type="checkbox"/> Корінний гаваєць |
| <input type="checkbox"/> Тлінкіт | <input type="checkbox"/> Кікіаллус | <input type="checkbox"/> Мешканець Палау |
| <input type="checkbox"/> Цимшіан | <input type="checkbox"/> Нижня Елха | <input type="checkbox"/> Мешканець Папуа Нової Гвінеї |
| <input type="checkbox"/> Інші корінні народи Аляски | <input type="checkbox"/> Ламмі | <input type="checkbox"/> Мешканець острова Понпеї |
| | <input type="checkbox"/> Мака | <input type="checkbox"/> Самоанець |
| | <input type="checkbox"/> Маклшут | <input type="checkbox"/> Мешканець Соломонових островів |
| | <input type="checkbox"/> Ніскволі | <input type="checkbox"/> Мешканець Таїті |
| | <input type="checkbox"/> Нуксак | <input type="checkbox"/> Мешканець атолу Тарава |
| | <input type="checkbox"/> Порт Гембл Клаллам | <input type="checkbox"/> Мешканець Токелау |
| | <input type="checkbox"/> Пайаллап | <input type="checkbox"/> Мешканець Тонга |
| | <input type="checkbox"/> Квіліут | <input type="checkbox"/> Мешканець островів Трук |
| | <input type="checkbox"/> Квінолт | <input type="checkbox"/> Мешканець Вануату/Нових Гібридів |
| | <input type="checkbox"/> Саміш | <input type="checkbox"/> Мешканець островів Яп |
| | <input type="checkbox"/> Сок-Суїатл | <input type="checkbox"/> Інший представник народів Тихоокеанських островів |
| | <input type="checkbox"/> Шоулуотер | |
| | <input type="checkbox"/> Скокоміш | |
| | <input type="checkbox"/> Снохоміш | |
| | <input type="checkbox"/> Снокуалмі | |
| | <input type="checkbox"/> Снокуалму | |
| | <input type="checkbox"/> Спокан | |
| | <input type="checkbox"/> Острів Скуаксин | |
| | <input type="checkbox"/> Стілакум | |
| | <input type="checkbox"/> Стілагуаміш | |
| | <input type="checkbox"/> Сукваміш | |
| | <input type="checkbox"/> Свіноміш | |
| | <input type="checkbox"/> Тулаліп | |
| | <input type="checkbox"/> Верхній Скаджит | |
| | <input type="checkbox"/> Якама | |
| | <input type="checkbox"/> Інший американський індіанець | |

Розділ 2: Склад домогосподарства

Зазначте всіх, хто мешкає в домогосподарстві та має бути врахований у складі родини.

Для родин, які тимчасово мешкають із родичами або іншими людьми, не враховуйте представників приймальної сторони.

Для родин, поділених на два домогосподарства із сумісними обов'язками щодо утримання, але без основного представника батьків та без зобов'язань щодо аліментів на дітей:

- Зазначте усіх членів обох домогосподарств у наведеній нижче таблиці.
- Відмітьте мешканців другого домогосподарства.
- Потім дайте відповіді на питання щодо фінансової підтримки та відносин.
 - ❖ **Спеціалісти використають цю інформацію для визначення складу родини та середнього значення доходу мешканців штату (State Median Income, SMI)**

Ім'я	Прізвище	Дата народження	Відношення до дитини з програми ECEAP	Чи забезпечує цій особі батько/мати або опікун дитини з програми ECEAP фінансову підтримку?* Для людей віком від 19 років див. наведену нижче примітку.	Чи має ця людина зв'язок із батьком/матір'ю або опікуном дитини з програми ECEAP через кровну спорідненість, шлюб або всиновлення?
Дитина з програми ECEAP:			Дитина з програми ECEAP	Так	Так
Один з батьків/опікун:				Так	Так
Один з батьків/опікун:				Так	Так

*Дайте відповідь «Ні», якщо особа віком від 19 років має трудові або нетрудові доходи, які забезпечують більше половини його витрат. Дайте відповідь «Так», якщо батьки дитини з програми ECEAP забезпечують більше половини її витрат.

Для внутрішнього використання:

Склад родини для графіка SMI _____

За наявності дітей на патронатному вихованні, на вихованні родичів або усиновлених після патронатного виховання або виховання родичів, складом родини зазначте 1.

Усім іншим підрахувати кількість людей із відповідями «Так» на обидва запитання, що наведені вище.

Розділ 3: Контактна інформація родини

Контактна особа 1:	Відношення до дитини:			
Дата народження батька або матері:	Чи потрібен вам перекладач, щоб спілкуватися із особами, які розмовляють англійською? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо потрібен, якою(-ими) мовою(-ами) розмовляєте ви?			
Фактична адреса	Квартира	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса для листування	Квартира	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса електронної пошти:	Телефон	Додатковий телефон		
Контактна особа 2:	Відношення до дитини:			
Дата народження батька або матері:				
Контактна особа 3:	Відношення до дитини:			
Дата народження батька або матері:				
Контактна особа 4:	Відношення до дитини:			
Дата народження батька або матері:				

Розділ 4: З ким мешкає дитина

З одним із батьків/з опікуном (зазначити ім'я): _____ **Перейдіть до розділу 5**

З двома батьками/опікунами в одному домогосподарстві (зазначити імена):
_____, _____

З двома батьками/опікунами в двох домогосподарствах

Якщо ви відмітили цю відповідь, дайте відповіді на ці питання, щоб можна було визначити того з батьків, чий дохід слід враховувати для визначення наявності у дитини права на участь у програмі ECEAP.

Чи визначений в родині той з батьків, який має юридично визначене пріоритетне право опіки? Так Ні

Якщо **так**, який з батьків має пріоритетне право опіки? _____

Його дружина/чоловік, якщо є _____ **Перейдіть до розділу 5**

Якщо **ні**, програма ECEAP візьме до уваги дохід юридично визначеного батька/матері або опікуна з кожного домогосподарства. Не вказуйте їхніх дружин/чоловіків. Зазначте імена юридично визначених батьків тут:

Домогосподарство 1:

Домогосподарство 2:

Домогосподарство 2:	Відношення до дитини:			
Дата народження батька або матері:	Чи потрібен вам перекладач, щоб спілкуватися із особами, які розмовляють англійською? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо потрібен, якою(-ими) мовою(-ами) розмовляєте ви?			
Фактична адреса	Квартира	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса для листування	Квартира	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса електронної пошти:	Телефон	Додатковий телефон		

Розділ 5: Працевлаштування, навчання або інша діяльність батьків

Дайте відповіді на ці питання для кожного батька/матері або опікуна, зазначеного у питанні № 3.

Не враховуйте ті самі години в різних категоріях. Приклад:

- Не враховуйте ті самі години праці за тиждень для працевлаштування та програми WorkFirst.
- Не враховуйте ті самі години догляду за дітьми від Відділу захисту дітей (CPS) окремо для двох батьків

	Один з батьків/опікун № 1 Прізвище та ім'я:	Один з батьків/опікун № 2 Прізвище та ім'я:
Працевлаштований(-а)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
a. Якщо так, зазначте середні кількість оплачуваних годин на тиждень		
b. Якщо так, зазначте ім'я або назву роботодавця (не вказуйте «Невідомо», або «Не застосовно»)		
c. Якщо так, зазначте номер телефону або адресу електронної пошти роботодавця		
На навчанні або проходить професійну підготовку?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
a. Якщо так, зазначте кількість аудиторних годин на тиждень		
b. Якщо так, зазначте кількість аудиторних годин на тиждень (не більше 10)		
c. Якщо так, зазначте назву навчального закладу або організації з професійної підготовки.		
d. Якщо так, вкажіть ціль навчання або спеціалізацію.		
Маєте переміщуватися між місцем догляду за дітьми та місцем роботи/навчання?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
a. Якщо так, зазначте кількість годин на тиждень (не більше 10)		
Чи є ще години догляду за дітьми в організаціях CPS/FAR/ICW, не враховані вище?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
a. Кількість додаткових годин догляду за дітьми на тиждень, затверджена CPS		
Чи є ще години, затверджені WorkFirst, не враховані вище?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
a. Якщо так, зазначте діяльність.		
b. Якщо так, зазначте загальну кількість годин на тиждень		
Чи має батько або матір з інвалідність, через яку він/вона не може піклуватися про дитину, коли інші батьки працюють?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо загальна кількість годин для будь-кого з батьків перевищує 55 на тиждень, наведіть пояснення:		

Розділ 6: Як ви дізналися про програму ECEAP

- Веб-сайт DCYF На заходах в громаді Реклама Від співробітника ECEAP Від інших
 Від соціального співробітника У ЗМІ то соціальних медіа У громадській організації - зазначити назву організації:

 Інше

Розділ 7: Опитування для планування на рівну штату

Виберіть тривалість дня перебування вашої дитини в дошкільному закладі, яка підходить для вашої дитини та родини?

Пам'ятайте! Вибрані вами опції можуть бути недоступні у вашій громаді цього року.

- Частина дня – близько трьох годин, три або чотири дня на тиждень.
 Шкільний день – близько шести годин, чотири або п'ять днів на тиждень.
 Робочий день – цілий день, увесь рік, як у центрі догляду за дітьми.

Розділ 8: Ситуація в домогосподарстві

- Чи отримує ваше домогосподарство субсидії на проживання, наприклад ваучер або грошову допомогу? Так Ні
- Чи отримує ваше домогосподарство наразі субсидію на догляд за дітьми за програмою Working Connections для цієї дитини? Так Ні

Розділ 9: Дохід, який отримує(-ють) батько/матір (батьки) або опікун(и)

За наявності дітей на патронатному вихованні, на вихованні родичів або усиновлених після патронатного виховання або виховання родичів, заповніть це поле та *перейдіть до Розділу 10*.

- Місячна виплата за патронатне виховання, виховання родичами або підтримку усиновителів, \$ _____
- Кількість дітей, на яких поширюється ця виплата _____
- Номер досьє або ідентифікаційний номер клієнта, якщо такий є: _____
- Від кого надходять виплати (відмітити): DSHS SSI Плем'я Інше джерело _____

Чи отримували ви дохід в останній календарний рік або упродовж попередніх 12 місяців? Так Ні

Якщо ні, зазначте причину відсутності доходу та поясніть, яким чином ви забезпечуєте основні потреби:

Зазначте загальний дохід родини за рік в наведеній нижче таблиці.

Оберіть один із варіантів: Попередній календарний рік Попередні 12 місяців

Особа(-и) з доходом	Тип	Щотижнева сума	Кількість тижнів, в які суму було отримано	Щомісячна сума	Кількість місяців, в які суму було отримано	Щорічна сума
	W-2					\$
	W-2					\$
	Податкова декларація (1040) або виписка Внутрішньої податкової служби (IRS)					\$
	Податкова декларація (1040) або виписка Внутрішньої податкової служби (IRS)					\$
	Корінці квитанцій про виплату заробітної платні за 12 місяців					\$
	Корінці квитанцій про виплату заробітної платні за 12 місяців					\$
	Отримані аліменти за умовами постанови про допомогу дитині			\$		\$
	Дохід особи з інвалідністю, включаючи SSI			\$		\$
	Заява про відпустки та заробіток (LES) військових. Врахуйте всі плати та допомогу/пільги, окрім BAH, BAS, FSH і HFP/IDP.			\$		\$
	Чистий дохід від діяльності самозайнятої особи					\$
	Соціальне страхування та інша пенсійна допомога			\$		\$
	Виплати TANF від штату або племені			\$		\$
	Допомога безробітним	\$				\$
	Страхування від нещасних випадків на роботі (L&I)	\$				\$
	Племінні надходження (які оподатковуються)					\$
	Грошові виплати у рамках екстреної допомоги			\$		\$
	Регулярні (не одноразові) страхові виплати			\$		\$
	Пенсійні плани					
	Стипендія за участь у навчально-підготовчих заходах					
	Шкільні гранти, виплати або стипендії на покриття витрат на проживання					
Відрахуйте	Аліменти, які виплачуються в інше домогосподарство, за обов'язковою до виконання постановою про утримання дітей			\$		\$

Ви ще отримуєте зазначений вище дохід? Так Ні **Якщо так, перейдіть до розділу 10.**

Якщо ні, і ваші обставини нещодавно змінилися, наведіть пояснення:

- Втрата годувальника Розірвання шлюбу або розлучення Незапланована втрата роботи
- Скорочення робочих годин
- Здоров'я/травми Втрата допомоги/пільг
- Втрата роботи – втрата доступу до послуг з догляду за дітьми або спроможності забезпечити догляд за немовлям**
- Аналогічні несподівані обставини (наведіть пояснення)

Який ваш щомісячний дохід? \$

За який місяць?

Розділ 10: Попередня реєстрація

Ця дитина раніше була зареєстрована у програмах:

- Head Start у вашій агенції ECLIPSE
- Head Start в іншій агенції ESIT – Рання підтримка дітей
- Head Start для мігрантів/сезонних робітників, у будь-якому місці штату Вашингтон. Зазначте постачальника послуг за програмою ESIT:
- Early Head Start Програма раннього розвитку за частиною C у відповідності до закону IDEA в іншому штаті
- Ім'я та прізвище отримувача гранту EHS: Зазначте назву штату та постачальника послуг:
- Будь яка програма контролю дітей від народження до трьох років на дому
- Early ECEAP
- Назва підрядника за програмою Early ECEAP:

Розділ 11: Програма IEP або ймовірна затримка

- Дитина бере участь в Індивідуальній освітній програмі (Individualized Education Program, IEP)
- Дитина має діагностовану затримку розвитку або інвалідність без IEP.
- Дитина пройшла скринінг щодо її розвитку, за яким її рекомендовано направити для подальшої оцінки
- Дитина має ймовірну затримку розвитку або інвалідність.
(Без IEP, діагнозів або скринінгів, зокрема без скринінгів з метою контролю розвитку з результатом «потрібен повторний скринінг»)
Наведіть пояснення: _____

❖ **Якщо дитина має IEP, відмітьте всі категорії IEP. Якщо ні, перейдіть до розділу 12.**

- Аутизм Затримка розумового розвитку Окремі труднощі під час навчання
- Глухота-сліпота Кілька ознак інвалідності Порушення мовлення
- Затримка розвитку Ортопедичні дефекти ЧМТ
- Нервові порушення Інші проблеми зі здоров'ям Проблеми зору
- Проблеми зі слухом

Дата початку IEP _____

Дата закінчення IEP _____

У якому шкільному окрузі була підготовлена програма IEP дитини? _____

Дитина отримуватиме послуги за IEP:

- Лише на класних заняттях за програмою ECEAP
- Під час програми ECEAP, але поза класними заняттями за програмою ECEAP
- Поза програмою ECEAP

Розділ 12:

Чи виключали дитину з будь-якої програми раннього розвитку або установи щодо догляду за дітьми через поведінку? Так Ні

Програма ECEAP обслуговує дітей з проблемами поведінки. Якщо ви відмітите «так», це не призведе до автоматичного виключення з програми вашої дитини.

Розділ 13: Додаткові питання

Ми використовуємо цю інформацію для вибору дітей, які якнайбільше потребують включення до програми ECEAP. Конфіденційність усіх відповідей гарантована.

Чи мешкає у домогосподарстві дитини людина з хронічною фізичною або психічною хворобою, яка: (якщо так, виберіть один варіант відповіді)	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
• Дуже сильно впливає на їхню здатність працювати, навчатися або брати участь у сімейному житті?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
• Помірно впливає на їхню здатність працювати, навчатися або брати участь у сімейному житті?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи має дитина батька або матір, якому на момент народження дитини не виповнилося 18 років?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи має дитина батька або матір, який(-а): (якщо так, виберіть один варіант)	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
• є мігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником? (частка родинного доходу від сільськогосподарської діяльності складає від 51%)	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
• Переїжджає разом із дитиною, щоб брати участь у традиційних культурних заходах або з метою працевлаштування (сезонний або тимчасовий працівник у сільськогосподарській або риболовній галузі)?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи несе будь-який з батьків активну військову службу у Військових силах США?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи несе будь-який з батьків дитини наразі службу в Національній гвардії або чи є він/вона військовим запасу?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи є один з батьків дитини військовим, який наразі перебуває, або впродовж останніх 12 місяців або загалом не менше 19 місяців за життя дитини перебував(-ла) на військовій службі?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи відвідував один з батьків дитини інтернат для дітей індіанців?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи має дитина батька, який (яка) перебуває у місцях позбавлення волі (у в'язниці або в центрі для затриманих)?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи пережила дитина втрату батька/матері основного опікуна, який (яка) помер(-ла), пішов(-ла) з родини або був(-ла) депортований(-на)	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи пережила дитина розлучення або розставання батьків?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи мала дитина досвід безхатченка впродовж останніх 12 місяців?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи мешкала дитина в родині, де мали місце прояви побутового насильства, зокрема до народження?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи мешкала дитина в родині, де мало місце зловживання психоактивними речовинами, зокрема до народження?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи отримувала ця родина в минулому підтримку або чи брала ця родина участь у системах на рівні племені або штату, зокрема чи отримувала вона послуги CPS/FAR/ICW або аналогічні послуги на рівні племені, або чи брала вона участь у заходах системи правоохоронних органах/судової системи у зв'язку з жорстоким поведінням з дітьми, нехтуванням обов'язками щодо дитини або з сексуальними домаганнями щодо дитини?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Чи возз'єдналася дитина з батьками після перебування на патронатному вихованні або на вихованні родичами упродовж останніх 12-и місяців?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Програма ECEAP отримала спеціальне направлення щодо цієї родини.	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні
Якщо так, яка агенція дала направлення?				

Розділ 14: Рівень освіти батьків – відмітьте все, що вас стосується

Найвищий здобутий рівень освіти	Один з батьків/опікун 1 Ім'я та прізвище _____	Один з батьків/опікун 2 Ім'я та прізвище _____
Максимум 6 класів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - 12 класів, без атестату або свідоцтва про закінчення альтернативної програми середньої школи (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диплом про закінчення середньої школи/проходженні програми, альтернативної програми середньої школи (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Еквівалент коледжу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Свідоцтво про закінчення курсів професійної підготовки (у тому числі професійно-технічних навчальних закладів)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ступінь молодшого спеціаліста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ступінь бакалавра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ступінь магістра або доктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Розділ 15: Інформація про стан здоров'я - додайте копію карти щеплень дитини

Чи має ця дитина хронічну фізичну або психічну хворобу, яка:	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
• Серйозно впливає на її розвиток або навчання?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
• Помірно впливає на її розвиток або навчання?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
❖ Якщо «Так», поясніть.						
Чи народилася дитина передчасно (раніше 37 тижнів) або з вагою, меншою за 2,5 кг (5,5 фунтів)?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
Чи є в дитини медична страховка або покриття?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/ картка обслуговування Provider One						
<input type="checkbox"/> Страхове покриття для військовослужбовців	<input type="checkbox"/>	Приватне медичне страхування				
<input type="checkbox"/> Страхове покриття, забезпечене племенем						
Чи відвідує ця дитина закріпленого лікаря або клініку?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
• Назва клініки або постачальника послуг:	Телефон: _____					
• Ім'я та прізвище медичного спеціаліста:	_____					
Чи отримувала програма ECEAP копію результатів профілактичного огляду (EPSDT) дитини?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
❖ Дата останнього профілактичного огляду дитини перед поданням заяви до програми ECEAP:						
			<input type="checkbox"/>	Дата невідома		
Чи є в дитини стоматологічна страховка або покриття?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/ картка обслуговування Provider One						
<input type="checkbox"/> Страхове покриття для військовослужбовців						
<input type="checkbox"/> Приватне стоматологічне страхування						
<input type="checkbox"/> Страхове покриття, забезпечене племенем						
<input type="checkbox"/> ABCD (доступне не в усіх округах)						
Чи відвідує ця дитина закріпленого стоматолога або стоматологічну клініку?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
• Назва клініки або постачальника послуг: _____	Телефон: _____					
• Ім'я та прізвище стоматолога:	_____					
Чи отримувала програма ECEAP копію результатів стоматологічного скринінгу дитини?	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Невідомо
❖ Дата останнього стоматологічного скринінгу дитини перед поданням заяви до програми ECEAP:						
			<input type="checkbox"/>	Дата невідома		

Підпис батька (матері) /опікуна

Я підтверджую, що інформація, наведена в цій формі, є вірною та точною. Я передав(-ла) всю інформацію щодо мого доходу та складу родини у відповідності до вимог програми ECEAP. Якщо я свідомо передав(-ла) неправдиву інформацію, я розумію, що моя родина може втратити право на подальше отримання послуг ECEAP. Крім того я можу бути змушений(-а) повернути гроші, які були витрачені у зв'язку з участю моєї дитини в програмі ECEAP.

Я розумію, що інформацію, яку я надаю в цій заяві, буде внесено до системи управління ранніми методиками навчання (Early Learning Management System, ELMS), оперованої Департаментом у справах дітей, молоді та сімей (Department of Children, Youth, and Families, DCYF). Департамент DCYF зобов'язаний захищати конфіденційну й персональну інформацію, за якою можна ідентифікувати дитину та родину. Інформація про статус іммігранта не вноситься до системи ELMS та не передається до компетентних агенцій рівня штату або федерального рівня. Інформація в системі ELMS може використовуватися в таких цілях:

- Для досліджень, які визначають, чи допомогла дітям їхня участь у програмі ECEAP пізніше.
- Для підтвердження доцільності витрат штату Вашингтон на фінансування програм для родин, що потрібно для отримання коштів на Тимчасову допомогу бідним родинам (TANF) від федерального уряду.

Ім'я та прізвище (розбірливо) _____

Підпис _____ Дата _____

Ім'я та прізвище (розбірливо) _____

Підпис _____ Дата _____

Підпис співробітника програми ECEAP, який перевіряв наявність прав участі

Я підтверджую, що, наскільки мені відомо, інформація, наведена в цій формі, є вірною та повною. Я переглянув(-ла) та перевіряв(-ла) документацію, надану на підтвердження наявності у дитини права на участь у програмі ECEAP. Я розумію, що стандарти реалізації програми ECEAP вимагають, аби я повідомляв(-ла) Департамент у справах дітей, молоді та сімей (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) про будь-яке ймовірне шахрайське використання коштів ECEAP, зокрема пов'язане із свідомим внесенням співробітниками оманливої або неправдивої інформації в систему ELMS щодо такого:

- Критерії наявності в дитини прав участі.
- Дати фактичного початку та закінчення дитиною класних зайнять.
- Дати початку або закінчення зайнять.
- Послуги, які насправді не надавалися.
- Родина, яка надає неправдиву інформацію, щоб зареєструватися в програмі ECEAP.

Ім'я та прізвище (розбірливо) _____

Посада _____

Підпис _____ Дата _____