

Предварительный отбор и заявление на участие в программе ECEAP 2023—2024 гг. (Совмещенная форма) 2023-2024 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 племени? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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 патронатное воспитание (foster care).* 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 Второй язык ребенка: _____
- Немного говорит по-английски, но дома преимущественно разговаривает на другом языке
- Английский и другой язык, на уровне, соответствующем его возрасту (билингв) _____
- Только язык домашнего общения, отличный от следующего _____

Этот ребенок — латиноамериканец/испаноязычный? Да Нет

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Аргентинец (-ка) | <input type="checkbox"/> Гватемалец (-ка) | <input type="checkbox"/> Пуэрториканец (-ка) |
| <input type="checkbox"/> Боливиец (-йка) | <input type="checkbox"/> Гондурасец (-ка) | <input type="checkbox"/> Сальвадорец (-ка) |
| <input type="checkbox"/> Чилиец (-йка) | <input type="checkbox"/> Мексиканец (-ка) или мексиканский (-ая) американец (-ка) (Чикано) | <input type="checkbox"/> Испанец (-ка) |
| <input type="checkbox"/> Колумбиец (-йка) | <input type="checkbox"/> Никарагуанец (-ка) | <input type="checkbox"/> Уругваец (-йка) |
| <input type="checkbox"/> Костариканец (-ка) | <input type="checkbox"/> Панамец (-ка) | <input type="checkbox"/> Венесуэлец (-ка) |
| <input type="checkbox"/> Кубинец (-ка) | <input type="checkbox"/> Перуанец (-ка) | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец (-ка) |
| <input type="checkbox"/> Доминиканец (-ка) | | <input type="checkbox"/> Другая латиноамериканская или испаноязычная национальность |
| <input type="checkbox"/> Эквадорец (-ка) | | |

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Белый (-ая) | <input type="checkbox"/> Американские индейцы | <input type="checkbox"/> Коренной (-ая) житель (-ница) Гавайев или других островов Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка) | <input type="checkbox"/> Чехалис | <input type="checkbox"/> Фиджийцы |
| <input type="checkbox"/> Коренной (-ая) житель (-ница) Аляски | <input type="checkbox"/> Чинуки | <input type="checkbox"/> Коренные жители острова Гуам |
| <input type="checkbox"/> Алеуты (Унанган) | <input type="checkbox"/> Колвилл | <input type="checkbox"/> Коренные жители острова Куаие |
| <input type="checkbox"/> Алутиик | <input type="checkbox"/> Коултиц | <input type="checkbox"/> Коренные жители Марианских островов |
| <input type="checkbox"/> Атабаски | <input type="checkbox"/> Дувамиш | <input type="checkbox"/> Коренные жители Маршалловых островов |
| <input type="checkbox"/> Эскимосы (Инупиак или Юпик) | <input type="checkbox"/> Хох | <input type="checkbox"/> Меланезийцы |
| <input type="checkbox"/> Эяки | <input type="checkbox"/> Джеймстаун | <input type="checkbox"/> Микронезийцы |
| <input type="checkbox"/> Хайда | <input type="checkbox"/> Калиспел | <input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайев |
| <input type="checkbox"/> Тлингиты | <input type="checkbox"/> Кикикаллус | <input type="checkbox"/> Палау |
| <input type="checkbox"/> Цимшианы | <input type="checkbox"/> Лоуэр-Элва | <input type="checkbox"/> Коренные жители Папуа-Новой Гвинеи |
| <input type="checkbox"/> Другие коренные народы Аляски | <input type="checkbox"/> Лумми | <input type="checkbox"/> Коренные жители острова Понапе (Понпеи) |
| | <input type="checkbox"/> Маках | <input type="checkbox"/> Самоанцы |
| | <input type="checkbox"/> Маклшут | <input type="checkbox"/> Коренные жители Соломоновых островов |
| | <input type="checkbox"/> Нискуалли | <input type="checkbox"/> Таитяне |
| | <input type="checkbox"/> Нуксак | <input type="checkbox"/> Коренные жители атолла Тарава |
| | <input type="checkbox"/> Порт-Гэмбл-Клэллэм | <input type="checkbox"/> Коренные жители Токелау |
| | <input type="checkbox"/> Пьюаллап | <input type="checkbox"/> Тонганцы |
| | <input type="checkbox"/> Килеут | <input type="checkbox"/> Трукцы (Чуукцы) |
| | <input type="checkbox"/> Куино | <input type="checkbox"/> Вануатцы/Коренные жители Новых Гебридов |
| | <input type="checkbox"/> Самиш | <input type="checkbox"/> Япцы |
| | <input type="checkbox"/> Саук-Суаттл | <input type="checkbox"/> Коренные жители других островов Тихого океана |
| | <input type="checkbox"/> Шолуотер | |
| | <input type="checkbox"/> Скокомиш | |
| | <input type="checkbox"/> Снохомиш | |
| | <input type="checkbox"/> Снокуалми | |
| | <input type="checkbox"/> Снокуалму | |
| | <input type="checkbox"/> Спокан | |
| | <input type="checkbox"/> Скуасин-Айленд | |
| | <input type="checkbox"/> Стилакум | |
| | <input type="checkbox"/> Стиллагамиш | |
| | <input type="checkbox"/> Сукуамиш | |
| | <input type="checkbox"/> Суиномиш | |
| | <input type="checkbox"/> Тулалип | |
| | <input type="checkbox"/> Аппер-Скаджит | |
| | <input type="checkbox"/> Якама | |
| | <input type="checkbox"/> 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

Отказываюсь сообщать о национальной принадлежности ребенка

Отказываюсь сообщать о расовой принадлежности ребенка

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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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. Если да, укажите номер телефона или адрес электронной почты работодателя		
Учитесь в учебном заведении или проходите профессиональную подготовку?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
a. Если да, то укажите количество часов в неделю (максимум 10)		
Часы ухода за ребенком по программам CPS/FAR/ICW, не учтенные выше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
a. Дополнительные часы в неделю по уходу за ребенком, одобренные CPS		
Одобрены часы WorkFirst, которые не были учтены выше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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 VAN, 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					
Вычет	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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Утрата лица, получающего зарплату | <input type="checkbox"/> Развод или раздельное проживание |
| <input type="checkbox"/> Незапланированная потеря работы | <input type="checkbox"/> Снижение количества рабочих часов |
| <input type="checkbox"/> Состояние здоровья/Травма | <input type="checkbox"/> Утрата права на пособия |
| <input type="checkbox"/> Потеря работы — недоступность ухода за новорожденным или неспособность оплатить такой уход | |
| <input type="checkbox"/> Подобные неожиданные обстоятельства (поясните) | |
- Каков ваш ежемесячный доход? \$ _____ За какой месяц?

Раздел 10: Предыдущее участие в программах

Этот ребенок ранее был зачислен в:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Head Start в вашем агентстве | <input type="checkbox"/> ECLIPSE |
| <input type="checkbox"/> Head Start в другом агентстве | <input type="checkbox"/> ESIT – Услуги ранней помощи новорожденным
Наименование поставщика услуг ESIT: _____ |
| <input type="checkbox"/> Head Start для мигрантов/сезонных работников в любом месте в штате Вашингтон | |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Часть С Программа раннего вмешательства IDEA в другом штате
Название штата и поставщика: _____ |
| <input type="checkbox"/> Любая программа домашнего посещения детей от рождения до трех лет | |
| <input type="checkbox"/> Early ECEAP | |
| Имя подрядчика программы Early ECEAP: _____ | |

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 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.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Аутизм | <input type="checkbox"/> Задержка умственного развития | <input type="checkbox"/> Специфическая неспособность к обучению |
| <input type="checkbox"/> Слепоглухота | <input type="checkbox"/> Множественная инвалидность | <input type="checkbox"/> Нарушение речи или языка |
| <input type="checkbox"/> Отставание в развитии | <input type="checkbox"/> Ортопедическое нарушение | <input type="checkbox"/> Травматическое повреждение головного мозга |
| <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство | <input type="checkbox"/> Другие нарушения здоровья | <input type="checkbox"/> Нарушение зрения |
| <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
• Сильно влияет на способность участвовать в работе, учебе или семейной жизни?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
• Умеренно влияет на способность участвовать в работе, учебе или семейной жизни?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, которому на момент его рождения не исполнилось 18 лет?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, который: (если да, выберите один вариант)	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
• является мигрантом или сезонным сельскохозяйственным работником? (51% или более семейного дохода поступает от сельскохозяйственных работ)	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
• Переезжает с ребенком для участия в традиционных культурных практиках или работы (сезонной или временной на сельскохозяйственных работах или на рыболовном промысле)?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, который в настоящее время находится на действительной военной службе в вооруженных силах США?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Есть ли у этого ребенка родитель, который в настоящее время является членом Национальной гвардии или военного резерва?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Есть ли у этого ребенка родственники, которые учились в индейской школе-интернате?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Пережил ли этот ребенок заключение родителя в тюрьму, колонию или центр содержания под стражей?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Пережил ли этот ребенок потерю родителя или основного опекуна, например, в результате смерти, оставления или депортации	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Пережил ли этот ребенок развод или раздельное проживание родителей?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Сталкивался ли этот ребенок с бездомностью в течение последних 12 месяцев?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Жил ли этот ребенок в семье, где имело место домашнее насилие, в том числе до родов?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Жил ли этот ребенок в семье, где злоупотребляли наркотиками, в том числе до родов?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
Был ли этот ребенок воссоединен с родителями после воспитания в патронатной семье или на родственной опеке в течение последних 12 месяцев?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
ECEAP получил направление от специалиста для этой семьи.	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
от 7 до 12 классов, без диплома или аттестата об общем среднем образовании (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диплом об окончании средней школы или GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эквивалент колледжа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Профессиональный сертификат (включая профессионально-технические училища)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Диплом младшего специалиста (Associate degree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Степень бакалавра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Степень магистра или доктора наук	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Есть ли у этого ребенка хроническое физическое или психическое заболевание, которое:	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
<ul style="list-style-type: none"> Сильно влияет на развитие ребенка или его посещаемость? Умеренно влияет на развитие ребенка или его посещаемость? 	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
❖ Если да, опишите:						
Родился ли этот ребенок недоношенным (менее 37 недель) или весил при рождении менее 5,5 фунтов?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
Есть ли у этого ребенка медицинская страховка или страховое покрытие?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
<input type="checkbox"/> Программа Washington Apple Health для детей/ карта обслуживания Provider One Services <input type="checkbox"/> Военное страхование <input type="checkbox"/> Частное медицинское страхование <input type="checkbox"/> Племенное страховое покрытие						
Есть ли у этого ребенка постоянный врач или медицинская клиника?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
<ul style="list-style-type: none"> Название клиники или поставщика услуг: Имя и фамилия медицинского специалиста: 	Телефон:					
Получила ли программа ECEAP копию результатов обследования благополучия ребенка (EPSDT)?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
❖ Дата последнего обследования благополучия ребенка перед подачей заявления в ECEAP:			<input type="checkbox"/>	Дата неизвестна		
Есть ли у этого ребенка стоматологическая страховка или страховое покрытие?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
<input type="checkbox"/> Программа Washington Apple Health для детей/ карта обслуживания Provider One Services <input type="checkbox"/> Военное страхование <input type="checkbox"/> Частное стоматологическое страхование <input type="checkbox"/> Племенное страховое покрытие <input type="checkbox"/> ABCD (доступно не во всех округах)						
Есть ли у этого ребенка постоянный врач или стоматологическая клиника?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Неизвестно
<ul style="list-style-type: none"> Название клиники или поставщика услуг: _____ Имя и фамилия стоматолога: 	Телефон:		_____			
Получила ли программа ECEAP копию результатов стоматологического обследования?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
❖ Дата последнего стоматологического обследования перед подачей заявления в ECEAP:			<input type="checkbox"/>	Дата неизвестна		

Подпись родителя / опекуна

Вышеизложенные сведения являются правдивыми и точными. Я 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 _____