

신청 학년 \_\_\_\_\_

보낼 곳: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**섹션 1: 아동 정보**

법적 이름 \_\_\_\_\_

중간 이름 \_\_\_\_\_

법적 성 \_\_\_\_\_

아동 생년월일 \_\_\_\_\_

별명 \_\_\_\_\_

성별 정체성 \_\_\_\_\_

이 아동은 부족민입니까?  예  아니요

**IEP** - 이 아동은 개별화 교육 프로그램(IEP)을 받고 있습니까?  예  아니요

아동은 학구 또는 부족 학교의 평가를 통해 특수 교육 서비스를 받을 자격이 있는 것으로 확인되었지만 부모/보호자가 서비스를 거절했습니다  예  아니요

**CPS** - 이 아동의 가족은 아동보호서비스(CPS), 가족평가반응(FAR), 인디언아동복지(ICW), 이와 유사한 부족 서비스 또는 아동 학대, 방치, 또는 성폭행에 관한 법집행/법원 시스템을 포함해 부족 또는 주 시스템에 적극적으로 참여하고 있거나 그러한 시스템으로부터 지원을 받고 있습니까?  예  아니요

**위탁 양육** - 이 아동은 공식적인 위탁 양육을 받고 있습니까? 이는 주 또는 부족으로부터 양육자 인증을 받아 **위탁 양육 배치**가 이루어졌다는 뜻입니다  예  아니요

**친족 양육** - 이 아동은 보조금이 있든 없든 친척 또는 다른 적절한 사람으로부터 친족 양육을 받고 있습니까?  예  아니요

**위탁/친족 양육 후 입양됨** - 이 아동은 위탁 양육, 친족 양육 후에 또는 다른 나라 고아원에 들이간 후에 입양되었습니까(여기에 다른 입양은 포함되지 않습니다)?  예  아니요

**주거지**(하나를 선택하십시오)

- 적절한 주거지를 임대 또는 소유
- 친척이나 친구와 함께 협동 생활 형태로 주거지를 공유하고 있음
- 주거지 상실, 경제적 어려움 또는 이와 유사한 사유로 다른 가족의 주거지를 공유하고 있음
- 응급 대피소 또는 임시 쉼터
- 호텔, 모텔, 차량, 공원, 캠프장, 기타 유사 장소에서 숙박
- 장소를 옮겨다님(카우치 서핑)
- 수도, 난방, 전기가 없거나 곰팡이가 너무 많거나 요리 설비가 없는 등 부적절한 주거지

**언어** 이 아동은 다음과 같은 언어를 사용합니다(하나만 선택하십시오)

- 영어만
- 영어를 주로 사용, 모국어를 약간 사용
- 영어를 약간 사용, 모국어를 주로 사용
- 연령 수준에서 영어와 다른 언어(2 개 국어 사용)
- 영어 외 모국어만

아동의 모국어: \_\_\_\_\_

아동의 제 2 언어: \_\_\_\_\_

**이 아동은 히스패닉/라티노입니까?  예  아니요**

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 아르헨티나인 | <input type="checkbox"/> 과테말라인            | <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인        |
| <input type="checkbox"/> 볼리비아인  | <input type="checkbox"/> 온두라스인            | <input type="checkbox"/> 살바도르인          |
| <input type="checkbox"/> 칠레인    | <input type="checkbox"/> 멕시코인 또는 멕시코계 미국인 | <input type="checkbox"/> 스페인인           |
| <input type="checkbox"/> 콜롬비아인  | (치카노)                                     | <input type="checkbox"/> 우루과이인          |
| <input type="checkbox"/> 코스타리카인 | <input type="checkbox"/> 니카라과인            | <input type="checkbox"/> 베네수엘라인         |
| <input type="checkbox"/> 쿠바인    | <input type="checkbox"/> 파나마인             | <input type="checkbox"/> 라틴 아메리카인       |
| <input type="checkbox"/> 도미니카인  | <input type="checkbox"/> 페루인              | <input type="checkbox"/> 기타 히스패닉 또는 라티노 |
| <input type="checkbox"/> 에쿠아도르인 |   |   |

**이 아동의 인종이 무엇이라고 생각하십니까? (해당되는 모든 사항에 체크하십시오)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 백인                 | <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언      | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인    | <input type="checkbox"/> 치첸족           | <input type="checkbox"/> 피지인                    |
| <input type="checkbox"/> 알래스카 원주민           | <input type="checkbox"/> 치누크족          | <input type="checkbox"/> 괌 주민                   |
| <input type="checkbox"/> 알류트족               | <input type="checkbox"/> 쿨빌족           | <input type="checkbox"/> 코스라에인                  |
| <input type="checkbox"/> 알루티키족              | <input type="checkbox"/> 카울리츠족         | <input type="checkbox"/> 마리아나 섬 주민              |
| <input type="checkbox"/> 애서배스카족             | <input type="checkbox"/> 두와미시족         | <input type="checkbox"/> 마셜 제도 주민               |
| <input type="checkbox"/> 에스키모인(이누피악 또는 유티크) | <input type="checkbox"/> 호족            | <input type="checkbox"/> 멜라네시아인                 |
| <input type="checkbox"/> 에야크족               | <input type="checkbox"/> 제인스타운족        | <input type="checkbox"/> 마이크로네시아인               |
| <input type="checkbox"/> 하이다족               | <input type="checkbox"/> 칼리스펜족         | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민                |
| <input type="checkbox"/> 틀링기트족              | <input type="checkbox"/> 키키알루스족        | <input type="checkbox"/> 팔라우인                   |
| <input type="checkbox"/> 침산족                | <input type="checkbox"/> 로어엘화족         | <input type="checkbox"/> 파푸아뉴기니인                |
| <input type="checkbox"/> 기타 알래스카 원주민        | <input type="checkbox"/> 루미족           | <input type="checkbox"/> 폰페이인                   |
|   | <input type="checkbox"/> 마카족           | <input type="checkbox"/> 사모아인                   |
|   | <input type="checkbox"/> 머클슈트족         | <input type="checkbox"/> 솔로몬제도인                 |
|   | <input type="checkbox"/> 니스팔리족         | <input type="checkbox"/> 타히티인                   |
|   | <input type="checkbox"/> 누크색족          | <input type="checkbox"/> 타라와 섬 주민               |
|   | <input type="checkbox"/> 포트 갬블 클라람족    | <input type="checkbox"/> 토켈라우인                  |
|   | <input type="checkbox"/> 퓨엘립족          | <input type="checkbox"/> 통가인                    |
|   | <input type="checkbox"/> 킬류트족          | <input type="checkbox"/> 추크족                    |
|   | <input type="checkbox"/> 퀴놀트족          | <input type="checkbox"/> 바누아투인/뉴헤브리데스 제도 주민     |
|   | <input type="checkbox"/> 사미시족          | <input type="checkbox"/> 예프인                    |
|   | <input type="checkbox"/> 사우크-수아이틀족     | <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민            |
|   | <input type="checkbox"/> 솔위터족          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스코코미시족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스노호미시족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스노쿠알미족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스노쿠알무족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스포카네족         |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스키투아식 제도 섬 주민 |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스테일라콴족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스탈라과미시족       |   |
|   | <input type="checkbox"/> 수쿠아미시족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 스위노미시족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 틀라립족          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 어퍼스캐짓족        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 야카마족          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 기타 아메리카 인디언   |   |

- 아동의 민족성 보고를 거절함  
 아동의 인종 보고를 거절함

## 섹션 2: 가족 구성원

가족 수 계산에 포함시킬 수 있는 동일 가구 거주인을 모두 나열하십시오.

친척이나 기타 인물과 임시로 함께 사는 가족의 경우에 집주인은 나열하지 마십시오.

일차 양육 부모가 없고 아동 양육비를 지급하는 부모 없이 공동 양육권을 가진 두 가구로 구성된 가족의 경우에는 다음과 같이 하십시오.

- 두 가구의 가족 구성원을 아래 그래프에 입력하십시오.
- 제 2 가구의 구성원들에 표시하십시오.
- 그런 다음, 재정 지원과 관계에 대한 질문에 답하십시오.

❖ **직원은 이 정보를 이용해 가족 수를 계산하고 국가 중위 소득(SMI)을 결정할 것입니다**

이름	성	생년월일	ECEAP 아동과의 관계	ECEAP 아동의 부모 또는 보호자는 이 사람에게 재정 지원을 하고 있습니까?* 19 세 이상이면 아래 참고를 확인하십시오.	이 사람은 혈연, 결혼, 또는 입양이라는 형태로 ECEAP 아동의 부모/보호자와 관련이 있는 사람입니까?
ECEAP 아동:			ECEAP 아동	예	예
부모/보호자				예	예
부모/보호자				예	예

\*지출의 절반 이상을 부담하는 근로 소득 또는 블로 소득이 있는 사람의 나이가 19 세 이상이라면 아니오라고 답하십시오.

ECEAP 아동의 부모가 지출의 절반 이상을 지불한다면 예라고 답하십시오.

**직원만 사용:**  
 SMI 차트를 위한 가족 수 \_\_\_\_\_  
 위탁 양육이나 친족 양육을 받고 있는 아동이나 위탁 또는 친족 양육 후 입양된 아동의 경우에는 가족 수를 1 로 계산하십시오.  
 그 외의 경우에는 위 두 질문 모두에 예라고 답한 사람들을 계산에 넣으십시오.



### 섹션 5: 부모의 고용, 훈련, 및 기타 활동 상태

3번 질문에 나열된 각 부모/보호자에 대한 다음 질문에 답하십시오.

두 개 이상의 카테고리에서 동일한 시간을 계산에 넣지 마십시오. 예를 들어:

- 고용과 WorkFirst 둘 모두에서 동일한 주당 시간을 계산에 넣지 마십시오.
- 두 부모인 경우에 동일한 CPS 아동 양육 시간을 따로 계산하지 마십시오.

	부모/보호자 1 이름:	부모/보호자 2 이름:
직장이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
a. 예라고 답하셨다면, 주당 평균 유급 근로 시간을 입력하십시오		
b. 예라고 답하셨다면, 고용주 이름을 입력하십시오(모름 또는 해당 없음을 입력하지 마십시오)		
c. 예라고 답하셨다면, 고용주 전화번호 또는 이메일을 입력하십시오		
학교에 다니거나 직업 훈련을 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
a. 예라고 답하셨다면, 주당 수업 시간을 입력하십시오		
b. 예라고 답하셨다면, 주당 공부 시간을 입력하십시오(최대 10 시간)		
c. 예라고 답하셨다면, 학교 이름이나 훈련 기관의 이름을 입력하십시오.		
d. 예라고 답하셨다면, 목표나 전공을 입력하십시오.		
아동 양육 장소에서 직장/학교까지 이동해야 합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
a. 예라고 답하셨다면, 주당 시간을 입력하십시오(최대 10 시간)		
위에서 계산에 넣지 않은 CPS/FAR/ICW 아동 양육 시간은?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
a. CPS 에서 승인한 아동 양육 주당 추가 시간		
위에서 계산에 넣지 않은 승인된 WorkFirst 시간이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
a. 예라고 답하셨다면, 활동 이름을 입력하십시오.		
b. 예라고 답하셨다면, 주당 총 시간을 입력하십시오		
장애 부모, 즉 다른 부모가 일하러 간 사이 아동을 돌볼 수 없고 일도 할 수 없는 부모입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
어느 한쪽 부모의 주당 총 시간이 55 시간을 넘는다면 자세히 설명하십시오.		

### 섹션 6: ECEAP 에 대해 어떻게 아셨습니까?

- DCYF 웹사이트     지역사회 이벤트     전단지     ECEAP 직원     입소문  
 사례별 사회복지사     미디어     지역사회 기관 - 기관명: \_\_\_\_\_  
 기타

### 섹션 7: 주 전체 계획 수립을 위한 설문조사

귀하 자녀의 유치원 등원 일수를 선택할 수 있다면, 어떤 것이 귀하의 자녀와 가족에게 가장 적합하겠습니까?  
 올해 귀하의 지역사회에서는 이 모든 옵션들을 이용할 수 없다는 점에 유의해주시요.

- Part Day – 주당 3~4 일 약 3 시간.  
 등교일 – 주당 4~5 일 약 6 시간.  
 근무일 – 아동 양육 센터처럼 일년 내내 하루 종일 이용 가능.

**섹션 8: 가구 상황**

- 귀하의 가구는 주거지 바우처나 주거지 현금 지원과 같은 주거지 마련 보조금을 받았습니까?  
 예  아니요
- 귀하의 가구는 현재 이 아동을 위한 Working Connections 아동 양육 보조금을 받고 있습니까?  
 예  아니요

**섹션 9: 아동의 부모 또는 보호자가 받은 소득**

위탁 양육이나 친족 양육을 받고 있거나 위탁이나 친족 양육 후 입양된 아동의 경우에는 이 박스에 체크 표시하고 **섹션 10**로 건너뛰십시오

- 위탁 양육, 친족 양육, 또는 입양 지원비로 받는 월간 보조금 또는 지불금 \$ \_\_\_\_\_
- 이 보조금이나 지불금의 혜택을 받는 아동들의 수 \_\_\_\_\_
- 사례 번호 또는 의뢰자/수혜자 ID 번호(해당된 경우): \_\_\_\_\_
- 지불 출처(수표):  DSHS  SSI  부족  기타 \_\_\_\_\_

귀하는 작년 한 해 동안에 또는 지난 12 개월 동안에 소득을 받았습니까?  예  아니요

아니요로 답하셨다면, 소득이 없는 사유를 적어주시고 기초 생활비를 어떻게 충족했는지 설명해주시시오.

한 해 동안 모든 가족의 소득을 아래 차트에 입력하십시오.

둘 중 하나를 선택하십시오.  작년 한 해  지난 12 개월

소득이 있는 사람	유형	주간 금액	수령된 주 수	월간 금액	수령된 개월 수	연간 금액
	W-2					\$
	W-2					\$
	소득 신고서(1040) 또는 IRS(미국국세청) 소득 신고서					\$
	소득 신고서(1040) 또는 IRS(미국국세청) 소득 신고서					\$
	12 개월 동안의 급여 명세서					\$
	12 개월 동안의 급여 명세서					\$
	아동 양육비 명령에서 요구할 경우 수령된 아동 양육비			\$		\$
	장애인 소득(SSSI 포함)			\$		\$
	군 휴가 및 급여 명세서(LES), BAH, BAS, FSH, HFP/IDP 를 제외한 모든 급여와 수당을 계산에 넣으십시오.			\$		\$
	자영업 순소득					\$
	사회보장비 또는 기타 퇴직 급여			\$		\$
	주 또는 부족 TANF 교부금			\$		\$
	실직	\$				\$
	산업재해보상금(L&I)	\$				\$
	부족 소득(과세)					\$
	응급 지원 현금 지불금			\$		\$
	정기 보험 지급금(1 회 아님)			\$		\$
	퇴직금 또는 연금					
	훈련 봉급					
	장학금, 교부금, 또는 생활비를 위한 장학금					
공제	법적 구속력이 있는 아동 양육비 명령에 따라 필요하다면 다른 가구에 지급되는 아동 양육비			\$		\$

위의 소득을 지금도 받고 계십니까?  예  아니요 *예라도 답하셨다면, 섹션 10 으로 건너뛰십시오.*  
 아니요라고 답하셨지만 귀하의 상황이 최근에 달라졌다면 자세히 설명해 주십시오.

- 임금 노동자 상실     이혼 또는 별거     계획에 없던 실직     근로 시간 단축  
 건강/상해     수당 상실  
 실직 - 신생아 양육비를 지불할 능력이 없거나 이를 이용할 능력이 없음  
 이와 유사한 예상치 못한 상황(설명)  
 귀하의 월소득은 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_    어떤 달의 소득입니까? \_\_\_\_\_

**섹션 10: 이전에 등록한 프로그램**

이 아동은 이전에 다음 같은 프로그램에 등록하였습니다.

- 귀하 기관의 헤드 스타트     ECLIPSE - 아동 조기 개입 및 예방 서비스  
 다른 기관의 헤드 스타트     ESIT - 조기 지원 또는 유아 ESIT 제공자의 이름: \_\_\_\_\_  
 워싱턴주 전역의 이민자/계절 헤드 스타트  
 Part C 다른 주의 IDEA 조기 개입 프로그램 주 이름과 제공자 이름: \_\_\_\_\_  
 조기 헤드 스타트 EHS 보조금 수령자의 이름: \_\_\_\_\_  
 신생아부터 생후 3 살 유아에 대한 가정 방문 프로그램  
 조기 ECEAP  
 조기 ECEAP 계약자의 이름: \_\_\_\_\_

**섹션 11: IEP 또는 발달 지연 의심**

- 이 아동은 개별화 교육 프로그램(IEP)을 받고 있습니다.  
 이 아동은 학구 또는 부족 학교의 평가를 통해 특수 교육 서비스를 받을 자격이 있는 것으로 확인되었지만 부모/보호자가 서비스를 거절했습니다.  
 이 아동은 발달 지연 또는 발달 장애 진단을 받았으나 IEP 에 가입되어 있지 않습니다.  
 이 아동은 발달 검사를 완료하였고 추가 평가 의뢰를 권고 받았습니다.  
 이 아동은 발달 지연 또는 발달 장애 의심 아동입니다.  
*(IEP, 진단, 또는 검사 없음, 또는 발달 검사를 완료했고 그 결과로 "재검사 요망"이 나왔음.)*  
 설명해 주십시오. \_\_\_\_\_

❖ 이 아동이 IEP 을 받고 있다면 IEP 의 모든 카테고리에 체크 표시를 하십시오. 그렇지 않다면, 섹션 12 로 건너뛰십시오.

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 자폐증      | <input type="checkbox"/> 지적 장애    | <input type="checkbox"/> 특정 학습 장애 |
| <input type="checkbox"/> 청각-시각 장애 | <input type="checkbox"/> 중복 장애    | <input type="checkbox"/> 언어 발달 지연 |
| <input type="checkbox"/> 발달 지연    | <input type="checkbox"/> 정형외과적 장애 | <input type="checkbox"/> 외상성 뇌손상  |
| <input type="checkbox"/> 정서 장애    | <input type="checkbox"/> 기타 건강 장애 | <input type="checkbox"/> 시각 장애    |
| <input type="checkbox"/> 청각 장애    |                                   |                                   |

IEP 시작일 \_\_\_\_\_ IEP 종료일 \_\_\_\_\_  
 어떤 학구가 이 아동의 IEP 를 발부했습니까? \_\_\_\_\_

이 아동은 다음 환경에서 IEP 서비스를 받을 것입니다.

- ECEAP 교실 안에서만     ECEAP 시간에만, 단 ECEAP 교실 밖에서  
 ECEAP 시간 외에

**섹션 12:**

이 아동은 행동 문제로 인해 조기 학습 프로그램 또는 아동 돌봄에서 배제되었습니까?  예  아니요  
*ECEAP 는 행동 문제가 있는 아동들에게 서비스를 제공합니다. 예라고 답하셔도 귀하의 자녀가 배제되지 않습니다.*

**섹션 13: 추가 질문**

저희는 이 정보를 이용해 ECEAP 를 가장 필요로 하는 아동들을 선정합니다. 모든 응답은 기밀로 유지됩니다.

이 아동에게 다음과 같은 만성 신체 또는 정신 건강 질환이 있는 가족 구성원이 있습니까? (예라고 답하셨다면 하나를 선택하십시오)				
• 직장, 학교, 또는 가정 생활을 이끌어갈 능력에 심각한 영향을 미치는 질환	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
• 직장, 학교, 또는 가정 생활을 이끌어갈 능력에 어느 정도 영향을 미치는 질환	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동이 태어날 당시 부모의 나이가 18 세 미만이었습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 다음과 같은 부모가 있습니까? (예라고 답하셨다면 하나를 선택하십시오)	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
• 이주민 또는 계절 농업 노동자 (농사일로 벌어들인 소득이 가족 소득의 51% 이상을 차지한다)				
• 전통적인 재배법이나 고용(농업 또는 어업 일을 하는 계절 또는 임시 근로자)에 참여하기 위해 아동과 함께 이주했습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동의 부모가 현재 미국 군대에서 현역으로 복무 중입니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동의 부모가 현재 미국 주방위군이거나 예비역입니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동의 부모가 현재 또는 지난 12 개월 내에 또는 아동이 태어난 후 총 19 개월 이상 군에 배치된 군인입니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동에게 인디언 기숙 학교에 다니는 가족이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 부모가 교도소, 감옥 또는 구치소에 감금되는 것을 경험했습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 부모나 일차 양육자를 사망, 유기, 강제추방의 형태로 잃어본 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 부모의 이혼이나 별거를 경험했습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 지난 12 개월 내에 노숙 생활을 경험했습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 자궁 내에 있을 때를 포함해 가정 폭력이 있는 가정에서 살았습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 자궁 내에 있을 때를 포함해 약물 남용이 있는 가정에서 살았습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 가족은 이전에 CPS/FAR/ICW 서비스, 또는 이와 비슷한 부족 서비스를 포함해 부족 또는 주 시스템에 참여했거나 그로부터 지원을 받았거나 아동 학대, 방치, 또는 성폭행에 관하여 법집행/법원 시스템과 관계를 맺은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
이 아동은 지난 12 개월 내에 위탁 양육 또는 친족 양육을 겪은 후 부모와 재결합했습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요
ECEAP 는 이 가족에 대한 전문가 의뢰를 받았습니다.	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요

예라고 답하셨다면 어떤 기관이 의뢰를 했습니까?

**섹션 14: 부모 교육 수준 - 해당되는 모든 사항에 체크하십시오**

최종 학력	부모/보호자 1		부모/보호자 2	
	이름 _____		이름 _____	
6 학년 이하	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7 학년 ~ 12 학년, 졸업장 또는 GED(검정고시) 없음	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
고등학교 졸업장 또는 GED(검정고시)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
대학교 입학	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
전문 자격증 취득(직업 학교 포함)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



준학사 학위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
학사 학위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
석사 또는 박사 학위	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**섹션 15: 건강 정보 - 아동의 면역접종 기록 사본을 첨부해주세요**

이 아동은 다음과 같은 만성 신체 또는 정신 건강 질환이 있습니까? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동 발달이나 등교에 심각한 영향을 미치는 질환</li> <li>• 아동 발달이나 등교에 어느 정도 영향을 미치는 질환</li> </ul> ❖ 예라고 답하셨다면 자세히 설명하십시오.	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
이 아동은 조산아로 태어났거나(37 주 이전에 출생) 출생 시 몸무게가 5.5 파운드가 안 되었습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
이 아동은 의료 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/ Provider One Services Card <input type="checkbox"/> 군인 보험 <input type="checkbox"/> 민간 의료 보험 <input type="checkbox"/> 부족 보험	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
이 아동은 담당 의사 또는 병원이 있습니까? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 또는 의료 서비스 제공자의 이름:</li> <li>• 전문 의료인의 이름:</li> </ul> ECEAP 는 아동 보건(EPSDT) 검사 결과지 사본을 받았습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
❖ ECEAP 를 신청하기 전 마지막으로 받은 아동 보건 검사 날짜:			<input type="checkbox"/>	날짜 모름		
이 아동은 치과 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> Washington Apple Health for Kids/ Provider One Services Card <input type="checkbox"/> 군인 보험 <input type="checkbox"/> 민간 치과 보험 <input type="checkbox"/> 부족 보험 <input type="checkbox"/> ABCD (모든 국가에서 이용할 수 있는 것은 아님)	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
이 아동은 담당 의사 또는 치과 병원이 있습니까? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 또는 의료 서비스 제공자의 이름: _____</li> <li>• 치과 전문의의 이름:</li> </ul> ECEAP 는 치과 검사 결과지 사본을 받았습니까?	<input type="checkbox"/>	예	<input type="checkbox"/>	아니요	<input type="checkbox"/>	모름
❖ ECEAP 를 신청하기 전에 마지막으로 받은 치과 검사 날짜:			<input type="checkbox"/>	날짜 모름		

## 부모/보호자의 서명

본인은 이 양식의 정보가 정확한 사실임을 약속합니다. 본인은 ECEAP 의 요구대로 본인의 모든 소득과 가족 수를 보고하였습니다. 본인은 거짓 정보를 고의로 제공할 경우 본인의 가족이 ECEAP 서비스를 계속 받을 수 없게 된다는 것을 잘 알고 있습니다. 또한 본인은 본인 자녀의 ECEAP 에 지출한 돈을 반환해야 할 수도 있습니다.

본인은 이 신청서의 정보가 아동, 청소년, 가족부(DCYF)가 운영하는 조기 학습 관리 시스템(ELMS)에 입력된다는 사실을 잘 알고 있습니다. DCYF 는 아동이나 가족의 신원이 밝혀질 수 있는 기밀 및 개인 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이민 상태와 관련된 어떠한 정보도 ELMS 에 입력되지 않으며 주 기관이나 연방 기관과 공유되지 않습니다. ELMS 에 입력된 정보는 다음 목적에 쓰일 수 있습니다.

- ECEAP 참여가 아동의 나중 삶에 도움이 될지 결정하기 위한 연구 조사.
- 워싱턴주가 가족 프로그램에 주정부 돈을 일부 지출했다는 것을 증명하기 위해. 이는 연방 정부로부터 빈곤 가족 임시 지원비를 받기 위해 필요함.

이름(정자체로 기입)

서명

날짜

이름(정자체로 기입)

서명

날짜

## 자격을 검증한 ECEAP 직원의 서명

본인은 이 양식의 정보가 본인이 아는 한 정확한 사실임을 인증합니다. 본인은 이 아동의 ECEAP 자격을 확인한 문서를 보았고 검증하였습니다. 본인은 직원이 다음에 관한 기만적 정보나 거짓 정보를 ELMS에 고의로 입력하는 등 ECEAP 기금을 부당하게 사용했다는 의심이 들 경우 ECEAP 성과 기준에 따라서 아동 청소년 가족부에 이를 통지해야 한다는 것을 잘 알고 있습니다.

- 아동 자격 기준.
- 아동의 수업 실제 시작일과 종료일.
- 수업 시작일 또는 종료일.
- 실제로 제공되지 않은 서비스.
- ECEAP에 가입하기 위해 거짓 정보를 제공한 가족.

이름(정자체로 기입)

직책

서명

날짜