معلومات عن الطفل- عام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الاسم الأخير: | الاسم المفضل: | الاسم الأول:       الحرف الأول من الاسم الثاني: |
| تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة):       النوع:  ذكر  أنثى | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ما هي اللغة المُتكلَم بها في منزل الطفل؟       ماهي اللغة الثانية: | | | |
| \*بعض الإنجليزية، ولكن لغة أخرى في أغلب الأوقات  \*لغة أخرى فقط غير الإنجليزية | الإنجليزية في الغالب ولغة أخرى | الإنجليزية فقط | اللغة التي يتكلمها الطفل: |
| الإنجليزية ولغة أخرى بنفس القدر (ثنائي اللغة) | |

|  |  |
| --- | --- |
| هل للطفل جذور إسبانية أو لاتينية؟  نعم  لا | |
| ما هو عرق الطفل؟ حدد كل ما ينطبق. | |
| من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين  أبيض  غير مدرج أعلاه: | إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود  آسيوي  من سكان آلاسكا / أمريكا الأصليين / أمريكي هندي |
| ما هو تراث عائلتك / عشيرتك/ بلدك الأصلي؟ | |
| هل هذا الطفل جزء من قبيلة إما عن طريق العضوية أو النسب / النسب؟؟  نعم  لا | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هل سُجل الطفل سابقًا في هذه البرامج؟ حدد الأكثر حداثة فقط**.** | | | |
| برنامج هيد ستارت Head Start للمهاجرين / الموسميين في أي مكان بولاية واشنطن | برنامج هيد ستارت / هيد ستارت المبكر /برنامج تعليم ومساعدة الطفولة المبكرة / البرنامج المبكر لتعليم ومساعدة الطفولة في إقليم كينج أو بيريس، ولاية واشنطن  برنامج هيد ستارت/ هيد ستارت المبكر/برنامج تعليم ومساعدة الطفولة المبكرة / البرنامج المبكر لتعليم ومساعدة الطفولة في ولاية أخرى غير واشنطن | | لا يوجد  الدعم المبكر للرضع والأطفال الصغار (ESIT) ، IDEA الجزء C ، ECLIPSE أو أي برنامج من الولادة إلى سن الثالثة / زيارة منزلية |
| متى كانت آخر مرة حضر فيها هذا الطفل؟ | | اسم وموقع البرنامج: | |
| هل الطفل مسجل حاليًا في أي موقع مجتمعي بهذا الموقع؟  نعم  لا | | | |
| هل لدى الطفل أي  **شقيق** مسجل مسجل حاليًا في البرنامج الذي تتقدم إليه؟  نعم  لا | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الأسئلة أدناه للحصول على معلومات فقط. لن تؤثر الإجابة "بنعم" على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج. | | |
| هل هذا الطفل في رعاية تبني رسمية أو رعاية الأقارب  **مقابل**  مبلغ موهوب؟  نعم  لا | | |
| **إن كانت الإجابة بنعم،**  ما هو رقم الحالة أو الرقم التعريفي للعميل؟ | | |
| Department of Social and Health Services DSHS  supplemental security income SSI  القبيلة  أخرى | ما هو مبلغ المنحة/ العطاء الشهري ومصدره؟      **$**  ما هو عدد الأطفال الذين يغطيهم مبلغ المنحة: | |
| هل هذا الطفل في رعاية الأقارب **دون** مقابل ممنوح؟  نعم  لا | | |
| هل كان هذا الطفل متبنيًا بعد أن كان في رعاية التبني أو الأقارب أو من دار الأيتام من دولة أخرى؟  نعم  لا | | |
| هل تم لم شمل هذا الطفل بوالديه مؤخرًا بعد أن كان في رعاية التبني أو الأقارب؟  نعم  لا | | |
| هل تتلقى عائلتك حاليًا خدمات Child Protective Services CPS)) أو Family Assessment Response FAR)) أو Indian Child Welfare ICW)) أو الخدمات القبلية المشابهة أو بموجب تنفيذ القانون / نظام المحكمة؟  نعم  لا | | |
| هل تلقت عائلتك خدمات / دعمًا من خدمات حماية الطفل أو استجابة تقييم الأسر أو رعاية الطفل الهندي (CPS/FAR/ICW) أو الخدمات القبلية المشابهة أو بموجب تنفيذ القانون / نظام المحكمة؟  نعم  لا | | |
| هل عائلتك معتمدة حاليًا لرعاية الطفل عبر خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسر (FAR)؟ | | |
| لا | | نعم- كم عدد الساعات المعتمدة في الأسبوع؟ |
| هل طُلب من الطفل سابقًا ترك أي برنامج تعلم مبكر بسبب مشكلات سلوكية؟  نعم  لا | | |

معلومات عن الطفل- الصحة

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟  نعم  لا | | | | | |
| تغطية تأمينية عسكرية | | قبلي | تأمين خاص | Washington Apple Health/ProviderOne | **إن كانت الإجابة بنعم**، ما نوع التأمين؟ |
| هل لهذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة طبية؟ | | | | | |
| نعم- اسم العيادة/ المزود:       اسم المهني الطبي:  لا | | | | | |
| هل خضع هذا الطفل لفحص أطفال جيد خلال الاثني عشر شهرًا السابقة؟ | | | | | |
| نعم- تاريخ آخر فحص (شهر / يوم / سنة): | | | | | |
|  | لا  التاريخ غير معروف | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هل لدى هذا الطفل تأمين على الأسنان؟  نعم  لا | | | | | |
| تغطية تأمينية عسكرية | | قبلي | تأمين خاص | Washington Apple Health/ProviderOne | **إن كانت الإجابة بنعم**، ما نوع التأمين؟ |
| هل لهذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة طبية؟ | | | | | |
| نعم- اسم العيادة/ المزود:       اسم المهني الطبي:  لا | | | | | |
| هل خضع هذا الطفل لفحص أطفال جيد خلال الاثني عشر شهرًا السابقة؟ | | | | | |
| نعم- تاريخ آخر فحص (شهر / يوم / سنة): | | | | | |
|  | لا  التاريخ غير معروف | | | | |

|  |
| --- |
| ما هي حالة تطعيم الطفل؟  مطعم بالكامل  معفي  غير مطعم بالكامل أو معفي  غير متأكد |

|  |  |
| --- | --- |
| هل لدى هذا الطفل حالة صحية مزمنة (قد تشمل الصحة العقلية أو الربو أو السرطان أو السكري أو النوبات أو فرط الحركة ونقص الانتباه أو السنسنة المشقوقة أو مرض فقر الدم المنجلي أو الحساسية المهددة للحياة)؟ | |
| تعتبر الحالة الصحية:  شديدة  معتدلة  بسيطة | نعم - يرجى الوصف: |
| لا هل شخص مزود الرعاية الصحية هذه الحالة؟  نعم  لا | |

معلومات عن الطفل- التطور

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| هل لديك أية مخاوف حول صحة هذا الطفل؟  نعم - حدد كل ما ينطبق أدناه.  لا | | |
| التأثر بالمخدرات / الكحول  ألم بالأسنان / تسوس الأسنان/ نزيف اللثة | ولادة مبكرة أقل من 37 أسبوع  الحركة الدقيقة / الحركة الكلية  عدم تحمل الطعام/ نظام غذائي خاص-  يرجى الوصف: | الولادة بوزن منخفض (أقل من 2.5 كيلو جرام / 5.5 أرطال / 5 أرطال 8 أونصات.)  السمع  الرؤية |
|  | |

|  |
| --- |
| هل لدى هذا الطفل **خطة تعليمية** فردية حالية ونشطة أو خطة خدمة أسرية فردية؟  نعم- يرجى تقديم نسخة منها مع طلبك. |
| لا – حدد ما إن كان أي مما يلي ينطبق: |
| تم تشخص طفلي بتأخر في التطور أو بإعاقة، وليس لديه خطة تعلم فردية **أو** يتم إحالته للتقييم.  لدى طفلي تأخر مشتبه به في التطور أو إعاقة مشتبه بها. |

معلومات حول الوالدين/ الوصيين

|  |
| --- |
| يعيش هذا الطفل مع: |
| أحد الوالدين/ الوصي  **(مع أحد الوالدين / الوصي بشكل كامل 1)** |
| كلا الوالدين/ الوصيين في نفس المنزل **(مع كلا الوالدين / الوصيين بشكل كامل 1 و2)** |
| كلا الوالدين/ الوصيين في منزلين  **(مع كلا الوالدين / الوصيين بشكل كامل 1 و2)** |

| **الوالد / الوصي 2** | | | **الوالد / الوصي 1** | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | الاسم |
| بيولوجي / بالتبني / زوج أم أو زوجة أب | | | بيولوجي / بالتبني / زوج أم أو زوجة أب | | | العلاقة بالطفل |
| العمة/ العم، الخال/ الخال  أخرى: | | أب بالتبني  الجد | العمة/ العم، الخال/ الخال  أخرى: | | أب بالتبني  الجد |
| ذكر  أنثى  غير محدد | | | ذكر  أنثى  غير محدد | | | النوع |
|  | | |  | | | تاريخ الميلاد  (شهر / يوم / سنة): |
|  | | |  | | | العنوان (أدرج المدينة والولاية والرمز البريدي) |
| المنزل  الجوال  العمل |  | | المنزل  الجوال  العمل |  | | رقم الهاتف |
| المنزل  الجوال  العمل |  | | المنزل  الجوال  العمل |  | | رقم الهاتف البديل |
|  | | |  | | | البريد الإلكتروني |
| نعم  لا  لا ينطبق | | | نعم  لا  لا ينطبق | | | هل كنت تحت عمر الثمانية عشر عند ولادة هذا الطفل؟ |
|  | | |  | | | ما هي اللغات التي تتحدثها؟ |
| نعم  لا | | | نعم  لا | | | هل تحتاج إلى مترجم لهذه اللغة؟ |
| إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود  آسيوي  من سكان آلاسكا / أمريكا الأصليين / أمريكي هندي  من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين  أبيض  غير مدرج أعلاه: | | | إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود  آسيوي  من سكان آلاسكا / أمريكا الأصليين / أمريكي هندي  من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين  أبيض  غير مدرج أعلاه: | | | ما هو عرق الطفل؟ حدد كل ما ينطبق. |
| الصفالسادس أو أقل  من الصف السابع إلى الثانيعشر لا يوجد دبلومة أو تطوير التعليم العام  شهادة المدرسة الثانوية العليا  شهادة التعليم العام (GED) General Educational Development  بعض التدريب بالكلية / المتقدم  شهادة كلية/ مهنية  شهادة جامعية  درجة بكالوريوس  درجة ماجستير أو دكتوراه  لا يوجد | | | الصفالسادس أو أقل  من الصف السابع إلى الثانيعشر لا يوجد دبلومة أو تطوير التعليم العام  شهادة المدرسة الثانوية العليا  شهادة التعليم العام (GED) General Educational Development  بعض التدريب بالكلية / المتقدم  شهادة كلية/ مهنية  شهادة جامعية  درجة بكالوريوس  درجة ماجستير أو دكتوراه  لا يوجد | | | ما هو **أعلى** مستوى تعليمي أكملته؟ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الوالد / الوصي 2** | **الوالد / الوصي 1** |  |
| نعم- كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك السفر)؟    اسم صاحب العمل ورقم هاتفه:    لا  لا، متقاعد أو معاق  موسمي | نعم- كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك السفر)؟    اسم صاحب العمل ورقم هاتفه:    لا  لا، متقاعد أو معاق  موسمي | هل أنت موظف حاليًا؟ |
| نعم- كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك وقت  الفصل الدراسي ووقت الدراسة والسفر)؟    اسم المدرسة والتخصص / الهدف:    لا | نعم- كم عدد الساعات في الأسبوع (بما في ذلك وقت  الفصل الدراسي ووقت الدراسة والسفر)؟    اسم المدرسة والتخصص / الهدف:    لا | هل أنت حاليًا قيد التدريب بوظيفة أو في مدرسة؟ |
| نعم- صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع:  لا | نعم- صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع:  لا | هل أنت مشترك في نشاط معتمد من أنشطة وورك فيرست WorkFirst؟ |
| نعم، رقم الخدمة الحالية  نعم، تم تركيزي في الوقت الحالي أو خلال الاثني عشر شهرًا الماضية / لإجمالي 19 شهرًا  نعم، محارب قديم  لا | نعم، رقم الخدمة الحالية  نعم، تم تركيزي في الوقت الحالي أو خلال الاثني عشر شهرًا الماضية / لإجمالي 19 شهرًا  نعم، محارب قديم  لا | هل تخدم أو خدمت في العسكرية الأمريكية؟ |

مخاوف أسرية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| يرجى تحديد مجالات مخاوفك لنفسك / لأسرتك في منزلك. | | |
| مهاجر / لاجئ حديث (الخمس سنوات الماضية)  والد الطفل / الوصي عليه مسجون  فقدان الطفل (الوفاة أو الترك أو الترحيل)  والدا الطفل/ الوصيان عليه مطلقين أو منفصلين خلال حياة الطفل  كانت الأسرة دون مأوى سابقًا (في الاثني عشر شهرًا الماضية)  مخاوف الأسرة مع السكن | الأسرة منعزلة اجتماعيًا مع نقص كامل أو أقرب للكامل في التواصل مع الآخرين  مخاوف والد الطفل / الوصي عليه للحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها  لدى الأسرة مخاوف قانونية  لدى الطفل فرد من أفراد الأسرة الذين ذهبوا لمدرسة داخلية هندية  والد الطفل / الوصي عليه مهاجر أو عامل موسمي بأكثر من نصف دخل الأسرة يأتي من العمل الزراعي  انتقل الأب والطفل للمشاركة في الممارسات الثقافية التقليدية أو العمل (الموسمي أو المؤقت في الزراعة أو الصيد) | لدى أحد أفراد الأسرة إعاقة **أو** حالة صحية جسدية أو عقلية مزمنة **وهو** :  غير قادر على المشاركة في العمل / المدرسة/ الحياة الأسرية  قادر إلى حد ما على المشاركة في العمل / المدرسة/ الحياة الأسرية  قادر في الغالب على المشاركة في العمل / المدرسة/ الحياة الأسرية  والد الطفل / الوصي عليه لديه صعوبات تعلم وليس إعاقة  العنف المنزلي الأسري (في الماضي أو الحاضر)، بما في ذلك *قبل الميلاد*  مشكلات المخدرات / الكحول أو تعاطي العقاقير المنزلية (في الماضي أو الحاضر) بما في ذلك  *قبل الميلاد* |

الوضع المعيشي للأسرة

|  |
| --- |
| هل تتلقى هذه الأسرة إسكانًا مدعومًا مثل قسيمة الإسكان أو المساعدة النقدية للإسكان؟  نعم  لا |

|  |  |
| --- | --- |
| ما هو الوضع السكني الحالي لأسرتك؟يوفر قانون ماكيني فينتو **McKinney-Vento Act** الخدمات والدعم للأطفال والشباب ممن يواجهون التشرد. قد تساعدنا إجاباتك على تحديد الخدمات التي قد يكون طفلك مؤهلًا لتلقيها. | |
| في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى:   * بالاختيار (عل سبيل المثال لمشاركة المسؤولية، للقرب من العائلة، إلخ) | ملكية  إيجار |
| * بسبب خسارة السكن أو الصعوبات الاقتصادية أو لسبب مشابه   السكن الانتقالي  الانتقال من مكان لآخر / الاستضافة  في محل إقامة مع مرافق غير كافية (لا يوجد مياه أو تدفئة أو كهرباء) | في فندق صغير  في مأوى  سيارة أو موقف سيارات أو مخيم أو موقع مشابع |
| أخرى - يرجى الوصف: | |

دخل الأسرة وحجمها

|  |
| --- |
| حدد كل ما ينطبق إذا كنت أنت أو هذا الطفل أو شخص آخر يعيش معك في منزلك وذو صلة بك بالدم أو الزواج أو التبني، يتلقى هذه الأنواع من المساعدة العامة.  الدخل التأميني الإضافي للإعاقة ويتلقاه:  الطفل  الوالد/ الوصي  أخرى – علاقته بالطفل:  المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة نقدًا Temporary Assistance for Needy Families TANF))  برنامج المساعدة الغذائية التكميلية |
| حدد كل ما ينطبق إذا كانت أسرتك تتلقى ما يلي:  الطفل فقط من المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة  وورك فيرست  إعانة رعاية الطفل من روابط العمل  للمرأة والرضع والأطفال |

|  |  |
| --- | --- |
| لا | هل أحالتك وكالة إلى هذا البرنامج؟  نعم - الاسم: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| من فضلك أدرج الأشخاص الذين يعيشون في منزل الطفل الأساسي أدناه، ولا تشمل نفسك أو هذا الطفل. | | | | |
| هل هذا الشخص ذو صلة بك بالدم أو زواج أو التبني؟ | هل تدعم ماليًا هذا الشخص؟ | العلاقة بالطفل | تاريخ الميلاد  (شهر / يوم / سنة): | الاسم (الأول والأخير) |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |
| نعم  لا | نعم  لا |  |  |  |

|  |
| --- |
| ما هو إجمالي عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما في ذلك أنت وهذا الطفل؟ |
| ما هو إجمالي دخلك الأسري المقدر للعام الميلادي السابق أو الاثني عشر شهرًا الماضية؟ |

أتعهد بأن المعلومات في هذا النموذج حقيقية وصحيحة. وقد ذكرت دخلي بأكمله وحجم الأسرة حسب متطلبات برامج التعليم المبكر. إذا قدمت عن عمد معلومات خاطئة، أفهم أن أسرتي قد تكون غير قادرة على الاستمرار في خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا سُجل ابني في برنامج تعليم ومساعدة الطفولة المبكرة، فعليّ أن أسدد المبلغ المصروف على ابني.

أفهم أن المعلومات من هذا الطلب قد تم إدخالها في قواعد بيانات التعلم المبكر المختلفة والتي تشغلها إدارة الأطفال والشباب الأسرDepartment of Children, Youth, and Families DCYF)) ومقاطعة بوجيت ساوند للخدمات التعليمية Puget Sound Educational Service District (PSESD). وتلتزم إدارة الأطفال والشباب الأسر (DCYF) ومقاطعة بوجيت ساوند للخدمات التعليمية (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي قد تحدد الطفل أو الأسرة. لا يتم إدخال معلومات تتعلق بحالة الهجرة في قواعد البيانات ولا يتم مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. قد تُستخدم المعلومات في قواعد البيانات لما يلي:

* دراسات الأبحاث لتحديد ما إن كانت المشاركة في التعليم المبكر تساعد الأطفال فيما بعد في الحياة.
* إثبات أن ولاية واشنطن Washington تنفق بعض من دولاراتها الخاصة على البرامج للعائلات، مما يتطلب تلقي مساعدة مؤقتة لدولارات الأسر المحتاجة من الحكومة الفيدرالية.

توقيع الوالد/ الوصي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.** | |
| **Reviewed and received verbal verification on (date):** | **Staff Initials:** |
| (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSESD Early Learning Staff Only** | | | | | | | |
| **Section 1:** Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer | | | | | | | |
| Child’s Age: | Total Verified Family Size: | | | Total Verified Income: | | | Total Points: |
| Site Name/ID: | | | | Date received:  (This date will determine eligibility timeframe) | | | |
| Date staff reviewed application with family: | | | | Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites): | | | |
| **EHS Only** - Is this child a newborn taking the family’s slot?  Yes  No | | | If yes, family’s name: | | | | |
| **Section 2:** For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours. | | | | | | | |
| Childcare resources  Clothing resources  School supplies  Medical/dental referral  Housing/shelter referral | | Immunization/medical records  Vision referral  Hygiene products/toiletries  Food resources  Birth certificate | | | Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF | | |
| College/vocational/technical resources | | |
| School transportation (if site provides) | | |
| Other: | | |
|  | | |
| **Staff Name & Signature:** | | | | | | **Date:** | |