

Попередній скринінг та заява на участь у ЕСЕАР, 2025-2026 рр. (Об'єднана форма) 2025-2026 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 є ця дитина членом федерально визнаного племені Сполучених Штатів або має право на членство? ☐ Так ☐ Ні

IEP - Чи бере учень участь в Індивідуальній освітній програмі (IEP)?	☐	Так	☐	Ні
Після оцінювання шкільним округом або племінною школою було визначено, що дитина має право на послуги спеціальної освіти, але батьки/опікуни відмовилися від послуг	☐	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? <i>Означає наявність доручення піклувальнику, виданого племенем або штатом, у якому зазначено, що дитина розміщена на патронатне виховання</i>	☐	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 (<i>питання не поширюється на інші випадки всиновлення</i>)?	☐	Так	☐	Ні
SNAP – чи походить ця дитина з сім'ї, яка має право на участь у Програмі додаткового харчування Міністерства сільського господарства США (SNAP), яка у штаті Вашингтон має назву "Базове харчування".	☐	Так	☐	Ні

Житло (виберіть один варіант відповіді)

☐	Оренда адекватного житла або володіння адекватним житлом
☐	Сумісне проживання разом з родичами або друзями
☐	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	Рідна мова дитини:
☐	Здебільшого англійська мова, а також, певною мірою, мова, на якій говорять в домі	
☐	Трохи англійська мова, утім, здебільшого інша мова, на якій говорять вдома	Друга мова дитини:
☐	Англійська мова та інша мова на рівні володіння згідно віку (двомовність)	
☐	Лише мова, на якій говорять вдома, інша за	

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

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

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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Білошкірий | ☐ Американський індіанець | ☐ Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів |
| ☐ Чорний чи афроамериканець | ☐ Чехаліс | ☐ Фіджієць |
| ☐ Корінний аляскінець | ☐ Чіну | ☐ Гуаманієць |
| ☐ Алеут (унанан) | ☐ Колвілл | ☐ Косрає |
| ☐ Алуїт | ☐ Кауліц | ☐ Мешканець Маріанських островів |
| ☐ Атабаск | ☐ Дуваміш | ☐ Мешканець Маршаллових островів |
| ☐ Ескімос (інуїт або юпік) | ☐ Хох | ☐ Меланезієць |
| ☐ Ейак | ☐ Джеймстаун | ☐ Мікронезієць |
| ☐ Гайда | ☐ Каліспел | ☐ Корінний гваєць |
| ☐ Тлінкіт | ☐ Кікіаллус | ☐ Мешканець Палау |
| ☐ Цимшіан | ☐ Нижня Елха | ☐ Мешканець Папуа Нової Гвінеї |
| ☐ Інші корінні народи Аляски | ☐ Ламмі | ☐ Мешканець острова Понпеї |
| | ☐ Мака | ☐ Самоанець |
| | ☐ Маклшут | ☐ Мешканець Соломонових островів |
| | ☐ Нісволі | ☐ Мешканець Таїті |
| | ☐ Нуксак | ☐ Мешканець атолу Тарава |
| | ☐ Порт Гембл Каллам | ☐ Мешканець Токелау |
| | ☐ Пайаллап | ☐ Мешканець Тонга |
| | ☐ Квіліут | ☐ Мешканець островів Трук |
| | ☐ Квінолт | ☐ Мешканець Вануату/Нових Гвінеї |
| | ☐ Саміш | ☐ Мешканець островів Яп |
| | ☐ Сок-Суїатл | ☐ Інший представник народів Тихоокеанських островів |
| | ☐ Шоулуотер | |
| | ☐ Скокоміш | ☐ Відмовляється повідомити етнічну приналежність дитини |
| | ☐ Снохоміш | ☐ Відмовляється повідомити расу дитини |
| | ☐ Снокуалмі | |
| | ☐ Снокуалму | |
| | ☐ Спокан | |
| | ☐ Острів Скуаксин | |
| | ☐ Стілакум | |
| | ☐ Стілагуаміш | |
| | ☐ Сукваміш | |
| | ☐ Свіноміш | |
| | ☐ Тулаліп | |
| | ☐ Верхній Скаджит | |
| | ☐ Якама | |
| | ☐ 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 ЕСЕАР	Чи забезпечує цій особі батько/мати або опікун дитини з програми ЕСЕАР 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 ЕСЕАР через кровну спорідненість, шлюб або всиновлення?
Дитина з програми ЕСЕАР:			Дитина з програми ЕСЕАР	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 ЕСЕАР 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? ☐ Так ☐ 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? ☐ Так ☐ 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)?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ 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.		
На навчанні або проходить професійну підготовку?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ 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?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ 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?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
a. Кількість додаткових годин догляду за дітьми на тиждень, затверджена CPS		
Чи є ще години, затверджені WorkFirst, не враховані вище?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
a. Якщо так, зазначте діяльність.		
b. Якщо так, зазначте загальну кількість годин на тиждень		
Чи має батько або матір з інвалідністю, через яку він/вона не може піклуватися про дитину, коли інші батьки працюють?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ 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			\$		\$

Розділ 10: Попередня реєстрація

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?

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 ☐ Не відвідував(-ла) дошкільний навчальний заклад раннього розвитку
Назва підрядника за програмою Early ECEAP:

Розділ 11: Програма IEP або ймовірна затримка

- ☐ Дитина бере участь в Індивідуальній освітній програмі (Individualized Education Program, IEP)
☐ Після оцінювання шкільним округом або плеємною школою було визначено, що дитина має право на послуги спеціальної освіти, але наразі очікується надання IEP або батьки/опікуни відмовилися від послуг
☐ 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 якнайнагальніше 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)	☐	Так	☐	Ні
Дуже сильно впливає на їхню здатність працювати, навчатися або брати участь у сімейному житті?	☐	Так	☐	Ні
Помірно впливає на їхню здатність працювати, навчатися або брати участь у сімейному житті?	☐	Так	☐	Ні
Чи має дитина батька або матір, якому на момент народження дитини не виповнилося 18 років?	☐	Так	☐	Ні
Чи має дитина батька або матір, який(-а): (якщо так, виберіть один варіант)	☐	Так	☐	Ні
є мігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником? (частка родинного доходу від сільськогосподарської діяльності складає від 51%)	☐	Так	☐	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)?	☐	Так	☐	Ні
	☐	Так	☐	Ні
	☐	Так	☐	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?	☐	Так	☐	Ні
Чи відвідував один з батьків дитини інтернат для дітей індіанців?	☐	Так	☐	Ні
Чи мала ця дитина батька/мати, який (яка) перебували у місцях позбавлення волі, наприклад у слідчому ізоляторі або у в'язниці?	☐	Так	☐	Ні
Чи пережила дитина втрату батька/матері або основного опікуна, який (яка) помер(-ла) або пішов(-ла) з родини?	☐	Так	☐	Ні
Чи пережила дитина розлучення або розставання батьків?	☐	Так	☐	Ні
Чи мала дитина досвід безхатченка впродовж останніх 12 місяців?	☐	Так	☐	Ні
Чи мешкала дитина в родині, де мали місце прояви побутового насильства, зокрема до народження?	☐	Так	☐	Ні
Чи мешкала дитина в родині, де мало місце зловживання психоактивними речовинами, зокрема до народження?	☐	Так	☐	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 органів/судової системи у зв'язку з жорстоким поводженням з дітьми, нехтуванням обов'язками щодо дитини або з сексуальними домаганнями щодо дитини?	☐	Так	☐	Ні
Чи воз'єдналася дитина з батьками після перебування на патронатному вихованні або на вихованні родичами упродовж останніх 12-и місяців?	☐	Так	☐	Ні
Програма ECEAP отримала спеціальне направлення щодо цієї родини.	☐	Так	☐	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	☐	☐
7 - 12 класів, без атестату або свідоцтва про закінчення альтернативної програми середньої школи (GED)	☐	☐

Диплом про закінчення середньої школи/проходженні програми, альтернативної програмі середньої школи (GED)	☐	☐
Еквівалент коледжу	☐	☐
Свідоцтво про закінчення курсів професійної підготовки (у тому числі професійно-технічних навчальних закладів)	☐	☐
Ступінь молодшого спеціаліста	☐	☐
Ступінь бакалавра	☐	☐
Ступінь магістра або доктора	☐	☐

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

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

Підпис батька (матері) /опікуна

Я підтверджую, що інформація, наведена в цій формі, є вірною та точною. Я маю право захищати цю дитину та 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 занять.
- Дати початку або закінчення занять.
- Послуги, які насправді не надавалися.
- Родина, яка надає неправдиву інформацію, щоб зареєструватися в програмі ECEAP.

Ім'я та прізвище (розбірливо) _____

Посада _____

Підпис _____ Дата _____