



برنامه Head Start زودهنگام/تأیید ثبتنام زودهنگام در ECEAP
CCSP Early Head Start/Early ECEAP Enrollment Verification

هدف این فرم این است این امکان برای متقاضیان فراهم شود که به ارائه‌دهندگان اجازه دهند ثبتنام فرزند(ان) خود در برنامه ECEAP زودهنگام/Head Start زودهنگام را تأیید کنند.

اداره محلی _____ شماره تلفن _____

شماره پرونده _____ تاریخ _____

ویژه متقاضی

اجازه انتشار اطلاعات

بدین وسیله به ارائه‌دهنده خدمات ذکرشده در زیر اجازه می‌دهم به‌منظور تعیین واجد شرایط بودن فرزندم برای برنامه کمک‌هزینه مراقبت از کودک (CCSP)، اطلاعات را در اختیار اداره کودکان، جوانان و خانواده‌ها (DCYF) قرار دهد.

نام ارائه‌دهنده _____

امضای متقاضی ظ _____ نام متقاضی (با حروف مجزای انگلیسی) _____ تاریخ _____

ویژه ارائه‌دهنده

ثبتنام در برنامه

لطفاً تأیید کنید آیا متقاضی فرزندی دارد که در یکی از برنامه‌های زیر ثبتنام شده باشد یا خیر:

ECEAP زودهنگام (برای کودکان از بدو تولد تا 3 سالگی) Head Start زودهنگام

کودکان ثبتنام‌شده

نام تمام کودکان ثبتنام‌شده را در زیر وارد کنید. در صورت نیاز، برگه‌های بیشتری پیوست کنید.

امضای ارائه‌دهنده _____ نام ارائه‌دهنده (با حروف مجزای انگلیسی) _____ تاریخ _____