

2024-2025 Đánh giá tính đủ điều kiện và Ứng dụng ECEAP (Hình thức kết hợp)

2024-2025 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)

Năm Học Đang Nộp Đơn Xin cho: _____

Gửi đến: _____

Mục 1: Thông Tin Trẻ

Tên Họp Pháp _____ Tên Lót _____ Họ Họp Pháp _____

Ngày Sinh Của Trẻ _____ Biệt Danh _____ Nhận Dạng Giới Tính _____

Trẻ này có là một Trẻ Mỹ Da Đỏ, như được định nghĩa theo WAC 110-425-0030 không? Có Không

IEP - Trẻ này có tên trong một Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (Individualized Education Program - IEP) không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ đã được xác định đủ điều kiện hưởng các dịch vụ giáo dục đặc biệt thông qua quá trình đánh giá của khu học chánh hoặc trường học của bộ lạc, nhưng phụ huynh/người giám hộ đã từ chối các dịch vụ	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
CPS - Gia đình của trẻ này có tích cực tham gia và/hoặc nhận hỗ trợ từ Hệ Thống Bộ Lạc hoặc Tiểu Bang bao gồm Dịch Vụ Bảo Vệ Trẻ Em (CPS), Phản Hồi Thẩm Định Gia Đình (FAR), Phúc Lợi Trẻ Em Người Mỹ Da Đỏ (ICW), các dịch vụ có thể tương đương hoặc Hệ Thống Thực Thi Pháp Luật/tòa án liên quan đến tình trạng lạm dụng, bỏ bê hoặc tấn công tình dục trẻ không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Chăm Sóc Nuôi Dưỡng - Trẻ này có đang được chăm sóc nuôi dưỡng chính thức không? <i>Điều này có nghĩa là có sự cho phép của nhân viên chăm sóc từ một tiểu bang hoặc bộ lạc nói đây là việc gọi <u>chăm sóc nuôi dưỡng</u></i>	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Quan hệ họ hàng - Trẻ này có đang được chăm sóc thông qua bà con họ hàng với một người thân hoặc người khác thích hợp không, có hay không có trợ cấp?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Được nhận nuôi sau khi chăm sóc nuôi dưỡng/chăm sóc thông qua bà con họ hàng - Trẻ này có được nhận nuôi sau khi chăm sóc nuôi dưỡng, chăm sóc thông qua bà con họ hàng, hoặc sau khi sống trong trại trẻ mồ côi ở một quốc gia khác không (<i>Điều này không bao gồm các trường hợp nhận nuôi con nuôi khác</i>)?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
SNAP - Trẻ này có đến từ một gia đình hội đủ điều kiện đối với Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, hoặc SNAP, được gọi là Thực phẩm Cơ bản ở Washington	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không

Nhà ở (chọn một)

<input type="checkbox"/>	Thuê hoặc sở hữu nhà ở đầy đủ
<input type="checkbox"/>	Chia sẻ hoàn cảnh chung sống hợp tác với thân nhân hoặc bạn bè
<input type="checkbox"/>	Chia sẻ với một gia đình khác do mất nhà ở, khó khăn về kinh tế hoặc một lý do tương tự
<input type="checkbox"/>	Trong trường hợp khẩn cấp hoặc nhà tạm chuyển tiếp
<input type="checkbox"/>	Ngủ trong khách sạn, nhà trọ, xe hơi, công viên, chỗ cắm trại hoặc địa điểm tương tự
<input type="checkbox"/>	Chuyển từ nơi này sang nơi khác (lướt ghé)
<input type="checkbox"/>	Nhà ở không đầy đủ như không có nước, lò sưởi hoặc điện; nấm mốc quá mức; hoặc không có chỗ nấu nướng

Ngôn ngữ Trẻ này nói (chọn chỉ một)

<input type="checkbox"/>	Chỉ Tiếng Anh	Ngôn ngữ mẹ đẻ của trẻ:
<input type="checkbox"/>	Hầu hết là Tiếng Anh và một ít là ngôn ngữ khác sử dụng tại nhà	
<input type="checkbox"/>	Một ít là Tiếng Anh, nhưng hầu hết là một ngôn ngữ khác sử dụng tại nhà	Ngôn ngữ thứ hai của trẻ:
<input type="checkbox"/>	Tiếng Anh và một ngôn ngữ khác ở độ tuổi (song ngữ)	
<input type="checkbox"/>	Ngoài ra, chỉ có một ngôn ngữ khác sử dụng tại nhà	

Trẻ này là người có nguồn gốc Tây Ban Nha/La-tinh không? Có Không

- Argentina
- Bolivia
- Chile
- Colombia
- Costa Rica
- Cuba
- Dominica
- Ecuadoria (Ecuadoria)

- Guatemala
- Hondura
- Mễ hoặc Mỹ gốc Mễ (Chicano)
- Nicaragua
- Panama
- Peru

- Puerto Rica
- Salvador
- Tây Ban Nha
- Uruguay
- Venezuela
- Mỹ La-tinh
- Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc La-tinh khác

Quý vị xem trẻ này thuộc (các) chủng tộc nào? (Đánh dấu tất cả mục thích hợp)

- Da Trắng**
- Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi**
- Bản Xứ Alaska**
 - Aleut (Unangan)
 - Alutiq
 - Athabaska
 - Eskimo (Inupiaq hoặc Yupik)
 - Eyak
 - Haida
 - Tlingit
 - Tsimshi
 - Bản Xứ Alaska khác

- Châu Á**
 - Mỹ Da Đỏ Châu Á
 - Bangladesh
 - Bhutan
 - Miến Điện
 - Campuchia/ Kampuchea
 - Trung Quốc
 - Filipino
 - Hmong
 - Indonesia
 - Nhật Bản
 - Hàn Quốc
 - Lào
 - Madagasca
 - Malay
 - Maldivi
 - Mông Cổ
 - Nepal
 - Pakistan
 - Singapore
 - Sri Lanka
 - Đài Loan
 - Thái
 - Việt Nam
 - Châu Á khác

- Mỹ Da Đỏ**
 - Chehalis
 - Chinook
 - Colville
 - Cowlitz
 - Duwamish
 - Hoh
 - Jamestown
 - Kalispel
 - Kikiallus
 - Lower Elwha
 - Lummi
 - Makah
 - Muckleshoot
 - Nisqually
 - Nooksack
 - Port Gamble Klallam
 - Puyallup
 - Quileute
 - Quinault
 - Samish
 - Sauk-Suiattle
 - Shoalwater
 - Skokomish
 - Snohomish
 - Snoqualmie
 - Snoqualmoo
 - Spokane
 - Squaxin Island
 - Steilacoom
 - Stillaguamish
 - Suquamish
 - Swinomish
 - Tulalip
 - Upper Skagit
 - Yakama
 - Mỹ Da Đỏ khác

- Thổ Dân Hawaii hoặc Dân Đảo Thái Bình Dương Khác**
 - Fiji
 - Guam
 - Kosrae
 - Dân Đảo Mariana
 - Dân Đảo Marshall
 - Melanesia
 - Micronesia
 - Thổ Dân Hawaii
 - Palau
 - Papua New Guinea
 - Ponapea (Pohnpeia)
 - Samoa
 - Dân Đảo Solomon
 - Tahiti
 - Dân Đảo Tarawa
 - Tokelau
 - Tongan
 - Truk (Chuuk)
 - Vanuatu/New Hebrides
 - Yap
 - Dân Đảo Thái Bình Dương khác

 Từ chối báo cáo sắc tộc của trẻ **Từ chối báo cáo chủng tộc của trẻ**

Mục 2: Các Thành Viên Hộ Gia Đình

Xin liệt kê tất cả mọi người sống trong hộ gia đình có thể được tính vào cỡ gia đình.

Đối với các gia đình đang sống tạm thời với người thân hoặc những người khác, không liệt kê chủ nhà.

Đối với các gia đình có hai hộ khi có quyền nuôi dưỡng chung mà không có cha/mẹ chính và không có cấp dưỡng con:

- Ghi các thành viên trong hộ gia đình cho cả hai hộ vào bảng dưới đây.
- Đánh dấu các thành viên trong hộ gia đình thứ hai.
- Sau đó, trả lời các câu hỏi về hỗ trợ tài chính và mối quan hệ.

❖ **Nhân viên sẽ sử dụng thông tin này để tính cỡ hộ gia đình nhằm xác định Thu Nhập Trung Bình Của Tiểu Bang (SMI)**

Tên	Họ	Ngày sinh	Mối quan hệ với Trẻ ECEAP	Cha/mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ECEAP có hỗ trợ tài chính cho người này không? * Xem ghi chú dưới đây dành cho những người từ 19 tuổi trở lên.	Người này có quan hệ huyết thống, kết hôn hay nhận nuôi con nuôi với cha hoặc mẹ/người giám hộ của trẻ ECEAP không?
Trẻ ECEAP:			Trẻ ECEAP	Có	Có
Cha hoặc mẹ/Người giám hộ:				Có	Có
Cha hoặc mẹ/Người giám hộ:				Có	Có

*Trả lời Không đối với một người từ 19 tuổi trở lên có thu nhập kiếm được hoặc thu nhập không làm việc mà có, thu nhập này đủ để trả hơn một nửa chi phí của họ. Trả lời Có nếu cha mẹ của trẻ ECEAP chi trả nhiều hơn một nửa chi phí của họ.

Chỉ dành nhân viên sử dụng:

Cỡ hộ gia đình cho bảng SMI _____

Đối với trẻ em đang được chăm sóc nuôi dưỡng, bà con họ hàng chăm sóc hoặc nhận nuôi sau khi chăm sóc nuôi dưỡng hoặc chăm sóc thông qua bà con họ hàng, hãy tính cỡ gia đình là 1.

Đối với tất cả những người khác, hãy tính những người trả lời là Có cho cả hai câu hỏi trên đây.

Mục 3: Thông Tin Liên Hệ Gia Đình				
Người liên hệ 1:	Mối quan hệ với Trẻ:			
Ngày Sinh của Cha/Mẹ:	Quý vị có cần một phiên dịch viên để giao tiếp với những người nói Tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị nói (các) ngôn ngữ nào?			
Địa Chỉ Thực Sự	Số Căn Hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Địa Chỉ Gửi Thư	Số Căn Hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Email	Điện Thoại	Điện Thoại Khác		
Người liên hệ 2:	Mối quan hệ với Trẻ:			
Ngày Sinh của Cha/Mẹ:				
Người liên hệ 3:	Mối quan hệ với Trẻ:			
Ngày Sinh của Cha/Mẹ:				
Người liên hệ 4:	Mối quan hệ với Trẻ:			
Ngày Sinh của Cha/Mẹ:				

Mục 4: Trẻ sống với

Cha hoặc mẹ/người giám hộ (Tên): _____ **Bỏ qua mục 5**

Cả cha mẹ/người giám hộ trong cùng một hộ gia đình (Tên): _____

Cả cha mẹ/người giám hộ trong hai hộ gia đình

Nếu mục này được đánh dấu, hãy trả lời các câu hỏi này để xác định thu nhập của cha mẹ được tính là bao nhiêu để hội đủ điều kiện hưởng chương trình ECEAP.

Một hộ gia đình có quyền nuôi dưỡng hợp pháp chính không? Có Không

Nếu **có**, cha hoặc mẹ có quyền nuôi dưỡng chính? _____

Vợ/chồng của cha/mẹ này, nếu có _____

Bỏ qua mục 5

Nếu **không**, ECEAP sẽ tính thu nhập từ cha hoặc mẹ/người giám hộ hợp pháp cho mỗi hộ gia đình. Không bao gồm vợ/chồng của họ. Nhập tên cha mẹ hợp pháp ở đây:

Hộ gia đình 1:

Hộ gia đình 2:

Hộ gia đình 2:	Mối quan hệ với Trẻ:			
Ngày Sinh của Cha/Mẹ:	Quý vị có cần một phiên dịch viên để giao tiếp với những người nói Tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị nói (các) ngôn ngữ nào?			
Địa Chỉ Thực Sự	Số Căn Hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Địa Chỉ Gửi Thư	Số Căn Hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Email	Điện Thoại	Điện Thoại Khác		

Mục 5: Việc Làm, Huấn Luyện và Các Hoạt Động Khác của Cha/Mẹ

Trả lời các câu hỏi sau đây dành cho mỗi cha hoặc mẹ/người giám hộ được liệt kê ở câu hỏi #3.

Không tính cùng số giờ trong nhiều hơn một hạng mục. Ví dụ:

- Không tính cùng số giờ trong tuần cho cả việc làm và WorkFirst.
- Không tính cùng số giờ giữ trẻ CPS riêng rẽ cho cả cha mẹ

	Cha hoặc mẹ/Người giám hộ #1 Tên:	Cha hoặc mẹ/Người giám hộ #2 Tên:
Có việc làm?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a. Nếu có, bình quân số giờ được trả lương mỗi tuần		
b. Nếu có, ghi tên sở làm (không ghi không biết hoặc N/A)		
c. Nếu có, ghi số điện thoại hoặc email sở làm		
Học ở trường hoặc huấn luyện việc làm?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a. Nếu có, số giờ học ở lớp mỗi tuần		
b. Nếu có, số giờ nghiên cứu mỗi tuần (tối đa 10)		
c. Nếu có, ghi tên trường hoặc tổ chức huấn luyện.		
d. Nếu có, ghi mục tiêu hoặc chuyên ngành.		
Đi lại giữa chỗ giữ trẻ và nơi làm việc/trường học?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a. Nếu có, số giờ mỗi tuần (tối đa 10)		
Số giờ giữ trẻ CPS/FAR/ICW không được tính trên đây?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a. Thêm số giờ giữ trẻ mỗi tuần được CPS chấp thuận		
Số giờ WorkFirst chấp thuận không được tính trên đây?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a. Nếu có, tên hoạt động.		
b. Nếu có, tổng số giờ mỗi tuần		
Cha/mẹ bị khuyết tật không thể đi làm và không thể chăm sóc trẻ trong khi đó cha/mẹ còn lại đi làm?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu cha/mẹ có tổng số hơn 55 giờ mỗi tuần, hãy giải thích:		

Mục 6: Cách thức quý vị đã hãy tìm hiểu về ECEAP

- Trang web DCYF Sự kiện cộng đồng Tờ rơi Nhân viên ECEAP Truyền miệng
 Nhân viên phụ trách hồ sơ Truyền thông Cơ quan cộng đồng - Tên cơ quan: _____
 Khác

Mục 7: Khảo sát về Kế Hoạch Toàn Tiểu Bang

Nếu quý vị có thể chọn khoảng thời gian trong ngày cho trường mầm non của con quý vị, thời gian nào tốt nhất cho con quý vị và gia đình quý vị?

Xin lưu ý, tất cả các tùy chọn này có thể không hiện có trong cộng đồng của quý vị vào năm nay.

- Nửa Ngày – khoảng ba giờ, ba hoặc bốn ngày mỗi tuần.
 Ngày Học – khoảng sáu giờ, bốn hoặc năm ngày mỗi tuần.
 Ngày Làm Việc – hiện có cả ngày, cả năm, giống như một trung tâm giữ trẻ.

Mục 8: Tình Hình Gia Đình

- Hộ gia đình quý vị có nhận nhà ở được trợ cấp, như phiếu chi trả tiền thuê nhà ở hoặc trợ cấp tiền mặt cho nhà ở không? Có Không
- Hộ gia đình quý vị hiện có nhận trợ cấp giữ trẻ Working Connections dành cho trẻ này không? Có Không

Mục 9: Thu Nhập mà (Cha Mẹ) Cha/Mẹ hoặc (các) Người Giám Hộ Nhận Được

Đối với trẻ em đang được chăm sóc nuôi dưỡng, chăm sóc thông qua bà con họ hàng hoặc được nhận nuôi, hãy đánh dấu vào ô này và bỏ qua Mục 10

- Trợ cấp hoặc khoản chi trả hàng tháng để hỗ trợ chăm sóc nuôi dưỡng, chăm sóc thông qua bà con họ hàng hoặc nhận nuôi con nuôi \$ _____
- Số trẻ em được bao trả bởi trợ cấp hoặc khoản chi trả này _____
- Số hồ sơ hoặc số ID Thân Chủ, nếu có: _____
- Nguồn chi trả (đánh dấu): DSHS SSI Bộ Lạc Khác _____

Quý vị đã có nhận được thu nhập trong năm dương lịch vừa qua hay trong 12 tháng trước không? Có Không

Nếu không, hãy đưa ra lý do không có thu nhập và giải thích cách thức đáp ứng các nhu cầu cơ bản:

Ghi tắt cả thu nhập gia đình cho một năm trong bảng dưới đây.

Chọn một trong hai: Năm dương lịch trước 12 tháng trước

(Các) Cá Nhân có Thu Nhập	Loại	Số Tiền Hàng Tuần	# của Số Tuần Đã Nhận	Số Tiền Hàng Tháng	# của Số Tháng Đã Nhận	Số Tiền Hàng Năm
	W-2					\$
	W-2					\$
	Tờ khai thuế (1040) hoặc mẫu khai thuế của IRS					\$
	Tờ khai thuế (1040) hoặc mẫu khai thuế của IRS					\$
	Cùi lương cho 12 tháng					\$
	Cùi lương cho 12 tháng					\$
	Cấp Dưỡng Con đã nhận, nếu được yêu cầu theo lệnh cấp dưỡng con			\$		\$
	Thu nhập dành cho người khuyết tật, bao gồm SSI			\$		\$
	Báo Cáo Thu Nhập & Phép Nghỉ Trong Quân Đội (LES). Tính tất cả tiền lương và trợ cấp ngoại trừ BAH, BAS, FSH và HFP/IDP.			\$		\$
	Thu nhập thực về việc tự làm chủ.					\$
	Phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc phúc lợi hưu khác			\$		\$
	Trợ Cấp TANF của Tiểu Bang hoặc Bộ Lạc			\$		\$
	Thất nghiệp	\$				\$
	Khoản Bồi Thường Cho Người Lao Động (L&I)	\$				\$
	Thu nhập bộ lạc (có thể phải đóng thuế)					\$
	Khoản Chi Trả Tiền Mặt Về Trợ Giúp Khẩn Cấp			\$		\$
	Khoản Chi Trả Bảo Hiểm thường xuyên (không phải 1 lần)			\$		\$
	Chương trình lương hưu hoặc trợ cấp					
	Kinh Phí Huấn Luyện					
	Học Bổng, Trợ Cấp hoặc Học Bổng Nghiên Cứu Sinh để chi trả chi phí sinh hoạt					
Trừ	Cấp dưỡng con đã chi trả cho một hộ gia đình khác, nếu được yêu cầu theo lệnh cấp dưỡng con ràng buộc về mặt pháp lý			\$		\$

Quý vị vẫn còn nhận được thu nhập trên đây không? Có Không **Nếu có, bỏ qua mục 10.**

Nếu không, và hoàn cảnh của quý vị mới vừa thay đổi, xin giải thích:

- Mất người làm công ăn lương Ly hôn hoặc ly thân Mất việc ngoài ý muốn Giảm giờ làm việc
 Sức khỏe/Chấn thương Mất phúc lợi
 Mất việc – thiếu khả năng tiếp cận hoặc không có khả năng chi trả việc giữ trẻ sơ sinh
 Hoàn cảnh ngoài dự kiến tương tự (giải thích)

Thu nhập hàng tháng của quý vị là bao nhiêu? \$

Cho tháng nào?

Mục 10: Đăng Ký Trước

Trẻ này đã được đăng ký trước trong:

- Head Start tại cơ quan quý vị ECLIPSE
 Head Start với một cơ quan khác ESIT – Hỗ Trợ Sớm hoặc Trẻ Nhỏ
 Head Start dành cho Dân Nhập Cư/Theo Mùa ở WA Tên Nhà Cung Cấp ESIT:
 Early Head Start Phần C Chương trình Can Thiệp Sớm IDEA trong
Tên Người Hưởng Trợ Cấp EHS: một tiểu bang khác tiểu bang
 Bất kỳ chương trình thăm nhà nào dành cho trẻ từ sơ Tên tiểu bang và nhà cung cấp:
 sinh đến ba tuổi
Early ECEAP Không đăng ký trường mầm non học sớm trước đó
Tên nhà thầu Early ECEAP:

Mục 11: IEP hoặc Nghi Ngờ Chậm Phát Triển

- Trẻ này có một Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP)
 Trẻ này đã được xác định đủ điều kiện hưởng các dịch vụ giáo dục đặc biệt thông qua quá trình đánh giá của khu học chánh hoặc trường học của bộ lạc, nhưng chờ IEP được ban hành hoặc phụ huynh/người giám hộ đã từ chối các dịch vụ.
 Trẻ này bị chậm phát triển hoặc khuyết tật theo chẩn đoán mà không có IEP.
 Trẻ này đã hoàn tất sàng lọc quá trình phát triển được đề nghị giới thiệu để đánh giá thêm
 Trẻ này bị nghi ngờ chậm phát triển hoặc khuyết tật.
(*Không IEP, chẩn đoán, hoặc sàng lọc, hoặc sàng lọc khả năng phát triển đã hoàn tất có kết quả, "cần sàng lọc lại".*)
Xin Giải Thích : _____

❖ *Nếu trẻ này có một chương trình IEP thì hãy đánh dấu tất cả hạng mục của IEP. Nếu không, bỏ qua Mục 12.*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chứng tự kỷ | <input type="checkbox"/> Thiếu năng trí tuệ | <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập cụ thể |
| <input type="checkbox"/> Điếc mù | <input type="checkbox"/> Nhiều khuyết tật | <input type="checkbox"/> Suy giảm phát âm hoặc ngôn ngữ |
| <input type="checkbox"/> Chậm phát triển | <input type="checkbox"/> Suy giảm chỉnh hình | <input type="checkbox"/> Chấn thương sọ não |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn cảm xúc | <input type="checkbox"/> Suy giảm sức khỏe khác | <input type="checkbox"/> Khiếm thị |
| <input type="checkbox"/> Khiếm thính | | |

Ngày Bắt Đầu IEP _____

Ngày Kết Thúc IEP _____

Khu học chánh nào đã cấp chương trình IEP của trẻ này? _____

Trẻ này sẽ nhận được các dịch vụ IEP:

- Chỉ trong phòng học ECEAP Chỉ trong các giờ ECEAP, nhưng bên ngoài lớp học ECEAP
 Ngoài số giờ ECEAP

Mục 12:

Trẻ này đã có bị rời khỏi bất kỳ chương trình học sớm nào hay giữ trẻ do hành vi không? Có Không

*ECEAP phục vụ trẻ em có các vấn đề về hành vi. **Đánh dấu có sẽ không loại trừ con quý vị.***

Mục 13: Các Câu Hỏi Bổ Sung

Chúng tôi sử dụng thông tin này để chọn trẻ em cần ECEAP nhiều nhất. Tất cả các câu trả lời sẽ được lưu giữ tuyệt mật.

Trẻ này có một thành viên gia đình trong hộ bị tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc thể chất mãn tính: (nếu có thì chọn một)	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<ul style="list-style-type: none"> Ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tham gia vào công việc, trường học hoặc đời sống gia đình của họ? 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<ul style="list-style-type: none"> Ảnh hưởng vừa phải đến khả năng tham gia vào công việc, trường học hoặc đời sống gia đình của họ? 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có cha/mẹ dưới 18 tuổi khi trẻ được sinh ra không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có cha/mẹ: (nếu có thì chọn một)	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<ul style="list-style-type: none"> là một công nhân nông nghiệp nhập cư hoặc thời vụ? (mức thu nhập gia đình 51% trở lên từ công việc nông nghiệp) 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<ul style="list-style-type: none"> Đi với trẻ để tham gia vào các hoạt động văn hóa truyền thống hoặc việc làm (theo thời vụ hoặc tạm thời trong công việc nông nghiệp hoặc đánh bắt cá)? 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có cha/mẹ hiện đang tại ngũ trong Quân Đội Hoa Kỳ không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có cha/mẹ hiện đang là quân nhân của đơn vị Vệ Binh Quốc Gia hoặc Lực Lượng Dự Bị Động Viên không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có cha/mẹ là quân nhân hiện đang triển khai hoặc trong vòng 12 tháng vừa qua, hay tổng cộng 19 tháng trở lên trong cuộc đời của trẻ này không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có một gia đình đã học trường nội trú của Người Mỹ Da Đỏ không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã có trải qua tình trạng cha/mẹ đang bị giam giữ trong nhà giam, nhà tù hay trại tạm giam không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã trải qua trường hợp mất cha/mẹ hoặc nhân viên chăm sóc chính, như qua đời, bị ruồng bỏ hoặc bị trục xuất	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã có trải qua việc cha mẹ của trẻ ly hôn hoặc ly thân không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã có trải qua tình trạng vô gia cư trong 12 tháng vừa qua không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã có sống trong hộ gia đình xảy ra nạn bạo hành gia đình, kể cả trước khi sinh không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này đã có sống trong hộ gia đình xảy ra tình trạng lạm dụng chất gây nghiện, kể cả trước khi sinh không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Gia đình này trước đây đã nhận được cấp dưỡng hoặc tham gia vào các hệ thống bộ lạc hay tiểu bang bao gồm các dịch vụ CPS/FAR/ICW, hoặc dịch vụ bộ lạc tương đương, hay tham gia vào hệ thống thực thi pháp luật/tòa án liên quan đến tình trạng ngược đãi, bỏ bê hoặc tấn công tình dục trẻ không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Trẻ này có được đoàn tụ với cha mẹ sau khi chăm sóc nuôi dưỡng hoặc chăm sóc thông qua bà con họ hàng trong 12 tháng vừa qua không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
ECEAP đã tiếp nhận sự giới thiệu chuyên nghiệp dành cho gia đình này.	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
Nếu có, cơ quan nào đã giới thiệu?				

Mục 14: Trình Độ Học Vấn Của Cha/Mẹ – Đánh dấu tất cả mục thích hợp

Trình độ học vấn cao nhất	Cha hoặc mẹ/Người giám hộ 1 Tên _____	Cha hoặc mẹ/Người giám hộ 2 Tên _____
Từ lớp 6 trở xuống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Từ lớp 7 đến lớp 12, không có bằng cấp hoặc GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bằng trung học hoặc GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đã học mà chưa tốt nghiệp đại học	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chứng chỉ nghề (bao gồm các trường nghề)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bằng cao đẳng liên kết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bằng cử nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mục 15: Thông Tin Sức Khỏe - Xin đính kèm một bản sao hồ sơ chủng ngừa của trẻ

Trẻ này có bị tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc thể chất mãn tính:	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<ul style="list-style-type: none"> Ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình phát triển hoặc đi học của trẻ? 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<ul style="list-style-type: none"> Ảnh hưởng vừa phải đến quá trình phát triển hoặc đi học của trẻ? 	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
❖ Nếu có, xin mô tả:						
Trẻ này có bị sinh non (dưới 37 tuần), hoặc cân nặng dưới 5.5 pound khi sinh không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
Trẻ này có bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health dành cho Trẻ Em/ Thẻ Dịch Vụ Provider One <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Quân Đội <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế Tư Nhân <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bộ Lạc						
Trẻ này có bác sĩ hoặc phòng khám chữa bệnh thông thường không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<ul style="list-style-type: none"> Tên phòng khám hoặc nhà cung cấp: Tên chuyên viên y tế: 	Điện thoại:					
ECEAP đã có nhận được một bản sao các kết quả kiểm tra trẻ khỏe (EPSDT) không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không		
❖ Ngày kiểm tra trẻ khỏe sau cùng trước khi nộp đơn xin hưởng chương trình ECEAP:		<input type="checkbox"/>	Không Biết Ngày			
Trẻ này có bảo hiểm nha khoa hoặc bảo hiểm không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health dành cho Trẻ Em/ Thẻ Dịch Vụ Provider One <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Quân Đội <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Nha Khoa Tư Nhân <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bộ Lạc <input type="checkbox"/> ABCD (không hiện có ở tất cả các quốc gia)						
Trẻ này có bác sĩ hoặc phòng khám nha khoa thông thường không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không	<input type="checkbox"/>	Không biết
<ul style="list-style-type: none"> Tên phòng khám hoặc nhà cung cấp: _____ Tên chuyên viên nha khoa: _____ 	Điện thoại:		_____			
ECEAP đã có nhận được một bản sao các kết quả kiểm tra nha khoa không?	<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không		
❖ Ngày kiểm tra nha khoa sau cùng trước khi nộp đơn xin hưởng chương trình ECEAP:		<input type="checkbox"/>	Không Biết Ngày			

Chữ Ký Cha hoặc Mẹ/Người Giám Hộ

Tôi cam kết rằng thông tin trong đơn này là hoàn toàn đúng sự thật. Tôi có quyền đăng ký cho trẻ này và đã báo cáo tất cả thu nhập và cỡ gia đình của tôi, theo quy định của ECEAP. Nếu tôi cố ý cung cấp thông tin giả mạo, tôi hiểu rằng gia đình tôi có thể không có khả năng tiếp tục các dịch vụ ECEAP. Ngoài ra, tôi có thể phải trả lại số tiền đã chi cho chương trình ECEAP của con tôi.

Tôi hiểu rằng thông tin từ đơn xin này được nhập vào Hệ Thống Quản Lý Chương Trình Học Sớm (ELMS) do Sở Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình (DCYF) điều hành. DCYF cam kết bảo vệ thông tin mật và cá nhân có thể nhận dạng một trẻ hoặc gia đình. Không có thông tin nào liên quan đến tình trạng nhập cư được nhập vào hệ thống ELMS hoặc chia sẻ với các cơ quan tiểu bang hoặc liên bang. Thông tin trong hệ thống ELMS có thể được sử dụng đối với:

- Các nghiên cứu khảo sát để xác định xem việc tham gia ECEAP có trợ giúp trẻ em sau này trong cuộc sống hay không.
- Để chứng minh Tiểu Bang Washington chi tiêu một số tiền đô la của tiểu bang cho các chương trình dành cho gia đình, các chương trình này bắt buộc phải nhận được số tiền đô la về Trợ Cấp Tạm Thời dành cho Gia Đình Nghèo Khó từ chính phủ liên bang.

Viết In Tên _____

Chữ Ký _____

Ngày _____

Viết In Tên _____

Chữ Ký _____

Ngày _____

Chữ ký của Nhân Viên ECEAP đã xác nhận việc hội đủ điều kiện

Tôi chứng thực rằng, với sự hiểu biết nhất của tôi, thông tin trong mẫu đơn này là hoàn toàn đúng sự thật. Tôi đã xem và xác minh chứng từ thiết lập việc hội đủ điều kiện hưởng chương trình ECEAP của trẻ này. Tôi hiểu rằng Các Tiêu Chuẩn Thực Hiện Chương Trình ECEAP yêu cầu rằng tôi phải thông báo cho Sở Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình nếu tôi nghi ngờ bất kỳ hành vi nào sử dụng gian lận số tiền ECEAP bao gồm nhưng không giới hạn ở việc một nhân viên cố tình nhập thông tin gian lận hoặc giả mạo vào hệ thống ELMS về:

- Tiêu chuẩn hội đủ điều kiện của trẻ.
- Ngày bắt đầu và ngày cuối cùng thực sự của trẻ em trong lớp học.
- Số ngày bắt đầu hoặc kết thúc học.
- Các dịch vụ đã không được cung cấp thực sự.
- Một gia đình cung cấp thông tin giả mạo để đăng ký chương trình ECEAP.

Viết In Tên _____

Chức Vụ _____

Chữ Ký _____

Ngày _____