

Форма для записи ребенка в ECEAP (CEF)

Учебный год _____

1. Имя ребенка: Имя _____ Инициал второго имени _____ Фамилия _____
2. Дата рождения (мм/дд/гггг) _____ возраст на 31 августа учебного года 3 4 пол: М Ж
3. Имя 1 родителя/опекуна (P1): Имя _____ Фамилия _____
4. Имя 2 родителя/опекуна (P2): Имя _____ Фамилия _____
5. Адрес _____ кв. № _____ город _____ почтовый индекс _____
6. Почтовый адрес (если отличается): _____ кв. № _____ город _____ почтовый индекс _____
7. Округ _____ Учебный округ (если известен) _____
8. Телефон (_____) _____ Другой номер (_____) _____
9. Адрес эл. почты _____

Поставьте X во все квадратики, где текст соответствует действительности. "Родитель" подразумевает биологического или приемного родителя или мачеху/отчима, а также родителя, временно взявшего ребенка на воспитание, или опекуна.

10. В настоящее время ребенок в IEP.
11. Семья бездомная.
12. Ребенок живет с: *отметьте все, что применимо.*
 одним родителем
 двумя родителями
 родственником (*воспитание родственником*)
 в семье, временно взявшей на воспитание
13. Ребенку обеспечен уход в те часы, когда он не в ECEAP.
 Оплачивается с помощью субсидии «Working Connections Child Care»
 Другая субсидия для оплаты ухода за детьми
14. У ребенка есть постоянный врач или клиника, где хранятся медицинские записи ребенка.
15. Медицинская страховка ребенка:
 Медицинские купоны
 Washington Basic Health
 Медицинская страховка для военнослужащих
 Частная медицинская страховка
 Нет медицинской страховки
16. Дата последнего профилактического медосмотра «well-child»
 (мм/дд/гггг) _____
Дата медосмотра в период посещения ECEAP _____
17. У ребенка есть постоянный стоматолог или стоматологическая клиника.
18. Стоматологическая страховка ребенка
 Медицинские купоны
 ABCD (*не предоставляется во всех округах*)
 Washington Basic Health Plus
 Стоматологическая страховка для военнослужащих
 Частная стоматологическая страховка
 Нет стоматологической страховки
19. Дата последнего стоматологического осмотра ребенка
 (мм/дд/гггг) _____
Дата стоматологической проверки в период посещения ECEAP _____
20. Статус получения ребенком прививок
 Ребенок получил все прививки
 Ребенок освобожден
 Ребенок в процессе получения всех необходимых прививок
Дата получения всех прививок в период посещения ECEAP _____
21. Раса и этническое происхождение ребенка
 Ребенок испаноязычный/латиноамериканского происхождения. *Этот вопрос относится к этническому происхождению, а не к расе. Пожалуйста, отметьте также один или несколько нижеследующих квадратиков, чтобы указать расу ребенка.*
 Белый
 Черный или афро-американец
 Американский индеец или уроженец Аляски
 Уроженец Азии
 Уроженец Гаваев или островов Тихого океана
 Другая раса _____
22. Основной язык, на котором говорят дома:
 английский
 испанский
 другой язык _____
 Второй язык, на котором говорят дома _____
23. Информация о родителях *Отметьте все, что применимо.*
 P1 P2 P1=Родитель 1, P2= Родитель 2
 Работает
 Учится в учебном заведении
 Мигрант/сезонный рабочий на ферме
 В тюрьме
 Младше 20 лет на момент рождения этого ребенка
 Есть постоянный врач или клиника
 Есть медицинская страховка
 Есть стоматологическая страховка
 Окончил 6 классов или меньше
 Окончил 7-12 классов
 Получил аттестат зрелости или свидетельство о среднем образовании
 Несколько курсов в колледже
 Диплом об окончании двухгодичного курса (степень ассоциата)
 Степень бакалавра или магистра или доктора

For staff use only

Notification to EMS data entry staff

New enrollment Return from last year Child exit Transfer/return Child never attended class Health Info Update

Eligibility *If child is eligible, choose 24, 25, 26 or 27. Use ECEAP Performance Standards, section B, for guidance.*

24. Eligible - Returning from the previous school year. *Complete the placement section below and sign.*

25. Eligible - Child is qualified for special education services by their school district. *Income does not impact eligibility.*
For statistical purposes only, enter Family size _____ Annual income \$ _____

26. Income eligible: *Mark a, b, c or d below and fill in all information for that item.*

a. Family is on TANF. Staff verified client ID number and grant amount. Monthly Amount \$ _____ # of people on grant _____

b. Child is in foster care. Staff verified case number and grant amount. Monthly Amount \$ _____ # of children on grant _____

c. Annual family income *Complete this annual income section for all families, unless you checked #24, 25, 26a or 26b above.*
Family size _____ Annual income \$ _____ Percent of FPL _____ %

Type of documentation verified by staff: *Mark all that apply.*

- Tax return W-2 forms
- Pay stubs Military Leave and Earnings Statements
- Written statement from employer
- Child support order
- Benefits letter(s) *Enter types* _____
- Other _____
- Statement signed by parent (last resort)

Documentation was verified for twelve months based on last calendar year previous 12 months

d. Monthly family income, for families who do not qualify by annual income and have special circumstances.
See Standard B-14. Verify annual income, before choosing monthly income. Complete section 26c also.

Family size _____ Month's income \$ _____ Percent of FPL _____ %

Reason for allowing eligibility by monthly income _____

27. Eligible with risk factors - Over-income: Choose one. *Complete section 26c also.*

Child has a developmental disability or delay. Describe: _____

There are environmental risk factors. Describe: _____

Placement *Choose one. Use mm/dd/yyyy format for dates.*

Waitlisted (date) _____ Prioritization rating (*optional, do not enter in EMS*) _____

Assigned to a class (date) _____ Site code _____ Class code _____
First day attended _____ Last day attended _____

Name of assigned family support staff _____ FS specialist FS aide

Child never attended class.

Transfers/Returns

New Site code _____ Class code _____ First day attended _____ Last day attended _____

New Site code _____ Class code _____ First day attended _____ Last day attended _____

Signature of ECEAP staff member who verified eligibility:

I certify that, to the best of my knowledge, the information on this form is true and correct. I viewed and verified documentation establishing this child's eligibility for ECEAP.

Staff Signature _____ Date _____

Signature of parent/guardian, after staff eligibility verification:

I certify that the information on this form is true and correct. I understand that this information may be reported to other state agencies or research firms. The Department of Early Learning keeps the identity of individual children and families confidential to the extent allowed by state and federal law.

Parent Signature _____ Date _____