

Đơn Ghi Danh Trẻ Em (CEF) Vào Chương Trình ECEAP

Niên Khóa _____

1. Tên Của Trẻ: Tên _____ Tên lót viết tắt ____ Họ _____
2. Ngày Sinh (tháng/ngày/năm) _____ Tuổi vào ngày 31 tháng Tám của niên khóa: 3 4 Giới Tính: Nam Nữ
3. Tên Phụ Huynh/Giám Hộ 1 (P1): Tên _____ Họ _____
4. Tên Phụ Huynh/Giám Hộ 2 (P2): Tên _____ Họ _____
5. Địa Chỉ _____ Chung Cư # _____ Thành Phố _____ Mã Số Bưu Chính _____
6. Địa Chỉ Thư Tín (nếu khác): _____ Chung Cư # _____ Thành Phố _____ Mã Số Bưu Chính _____
7. Hạt _____ Khu Học Chánh (nếu biết) _____
8. Số Điện Thoại () _____ Số Điện Thoại Khác () _____
9. Địa Chỉ Điện Thư _____

Đánh dấu X vào tất cả các ô thích hợp dưới đây. “Phụ Huynh” có nghĩa là cha mẹ ruột, cha mẹ nuôi hoặc cha mẹ kế, cha mẹ bảo dưỡng hoặc giám hộ.

10. Trẻ hiện ở trong chương trình IEP.
11. Gia đình vô gia cư.
12. Trẻ sống với: *Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.*
 Cha mẹ độc thân
 Cả hai cha mẹ
 Thân nhân (thân nhân chăm sóc)
 Gia đình bảo dưỡng
13. Trẻ ở nhà trẻ ngoài những giờ ECEAP.
 Trợ cấp của chương trình Working Connections Child Care
 Trợ cấp giữ trẻ khác
14. Trẻ có bác sĩ hoặc y viện chính thức giữ hồ sơ sức khỏe của trẻ.
15. Bảo hiểm y tế của trẻ:
 Phiếu trợ cấp y tế
 Washington Basic Health
 Bảo hiểm y tế quân đội
 Bảo hiểm y tế tư nhân
 Không có bảo hiểm y tế
16. Ngày khám sức khỏe trẻ em lần cuối (tháng/ngày/năm) _____
Ngày khám sức khỏe trong lúc tham gia ECEAP _____
17. Trẻ có nha sĩ hoặc y viện nha khoa chính thức.
18. Bảo hiểm nha khoa của trẻ
 Phiếu trợ cấp y tế
 ABCD (không có sẵn cho tất cả các hạt)
 Washington Basic Health Plus
 Bảo hiểm nha khoa quân đội
 Bảo hiểm nha khoa tư nhân
 Không có bảo hiểm nha khoa
19. Ngày khám nha khoa lần cuối (tháng/ngày/năm) _____
Ngày khám nha khoa trong lúc tham gia ECEAP _____
20. Tình trạng chủng ngừa của trẻ
 Trẻ được chủng ngừa đầy đủ
 Trẻ được miễn
 Trẻ đang xúc tiến hoàn tất các chủng ngừa
Ngày hoàn tất trong lúc tham gia ECEAP _____
21. Chủng tộc và dân tộc của trẻ
 Trẻ là Người Tây Ban Nha/La Tinh. *Câu này hỏi về dân tộc, không phải chủng tộc. Xin đánh dấu một hoặc nhiều ô sau đây để chỉ rõ chủng tộc của trẻ.*
 Da Trắng
 Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi
 Thổ Dân Da Đỏ hoặc Alaska
 Á Châu
 Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương
 Chủng tộc khác _____
22. Ngôn ngữ chính dùng ở nhà:
 Tiếng Anh
 Tiếng Tây Ban Nha
 Ngôn ngữ khác _____
 Ngôn ngữ thứ nhì dùng ở nhà _____
23. Thông Tin Về Phụ Huynh *Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.*
 P1 P2 P1=Phụ Huynh 1, P2= Phụ Huynh 2
 Có công việc làm
 Đang đi học
 Di dân/Công nhân theo thời vụ
 Đang ở tù
 Dưới 20 tuổi khi trẻ ra đời
 Có bác sĩ hoặc y viện chính thức
 Có bảo hiểm y tế
 Có bảo hiểm nha khoa
 Học xong lớp 6 hoặc thấp hơn
 Học xong từ lớp 7 đến lớp 12
 Học xong bằng trung học hoặc GED
 Học xong một phần ở đại học
 Học xong bằng 2 năm (Bằng Cao Đẳng)
 Học xong bằng cử nhân hoặc cao hơn

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 _____