

**Child Enrollment Form**  
**Форма для записи ребенка**

**Double-Boxed Areas are for  
Program Staff Use Only**

**Информация о ребенке**

1. Полное имя ребенка: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Второе имя: \_\_\_\_\_
2. Дата рождения ребенка (месяц/день/год): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. Пол:  Ж  М
4. Адрес места проживания: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_
5. Почтовый адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_
6. Округ: \_\_\_\_\_ 7. Школьный округ (если известен): \_\_\_\_\_
8. Телефон для звонков в дневное время: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Телефон для звонков в вечернее время: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
9. Является ли ребенок испаноговорящим/латиноамериканцем по происхождению (ответьте обязательно):  Да  Нет *Этот вопрос касается этнического, а не расового происхождения. Пожалуйста, ответьте также на вопрос №10, отметив 1 квадратик или больше, чтобы указать к какой расе вы относите ребенка.*
10. Раса (ответить обязательно):  Белый  Американский индеец или уроженец Аляски  Черный или афроамериканец  
 Азиатского происхождения  Уроженец Гаваев/Тихоокеанских островов  Другое: \_\_\_\_\_
11. Языки, на которых говорят дома: Основной: \_\_\_\_\_ Второй: \_\_\_\_\_
12. Ребенок состоит в Программе индивидуализированного обучения (IEP):  Если отмечено, укажите школьный округ: \_\_\_\_\_
13. Семья получает на этого ребенка помощь от DSHS для оплаты ухода за ребенком:  Да  Нет
14. Ребенок является бездомным согласно Закону МакКинни-Венто (McKinney-Vento Act):  Да  Нет (Если вам нужна дополнительная информация, см. «ECEAP Performance Standard (Требования для программы)», параграф B-7)
15. Ребенок проживает с (отметьте одно):  
 Одним родителем\* (в случаях совместного попечения указывайте родителя, получающего помощь на содержание ребенка)  
 Двумя родителями\*  
 \*»Родитель» подразумевает естественного родителя, родителя, осуществляющего попечение, приемного родителя, законного опекуна или другое лицо, несущее ответственность за благополучие ребенка по закону.  
 Другое: \_\_\_\_\_ (пожалуйста, уточните)

**Информация о родителях**

16. Полное имя (Фамилия, имя, инициал второго имени):	_____	_____
17. Пол:	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М
18. Отношение к ребенку:	<input type="checkbox"/> Родитель (биологический/усыновивший) <input type="checkbox"/> Родитель (законный отчим/мачеха) <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Родитель, взявший ребенка на воспитание (если да, переходите к вопросу номер 30) <input type="checkbox"/> Другой родственник: _____ <input type="checkbox"/> Другой законный опекун	<input type="checkbox"/> Родитель (биологический/усыновивший) <input type="checkbox"/> Родитель (законный отчим/мачеха) <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Родитель, взявший ребенка на воспитание (если да, переходите к вопросу номер 30) <input type="checkbox"/> Другой родственник: _____ <input type="checkbox"/> Другой законный опекун
19. Возраст:	<input type="checkbox"/> До 18 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 25-35 <input type="checkbox"/> Старше 55	<input type="checkbox"/> До 18 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 25-35 <input type="checkbox"/> Старше 55
20. Уровень образования:	<input type="checkbox"/> 6-й класс или ниже <input type="checkbox"/> Несколько курсов колледжа <input type="checkbox"/> 7-й-9-й класс <input type="checkbox"/> Свидетельство об окончании 2-годового колледжа <input type="checkbox"/> 10-й-12-й классы <input type="checkbox"/> Диплом об окончании 4-летнего колледжа <input type="checkbox"/> Аттестат зрелости <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 6-й класс или ниже <input type="checkbox"/> Несколько курсов колледжа <input type="checkbox"/> 7-й-9-й класс <input type="checkbox"/> Свидетельство об окончании 2-годового колледжа <input type="checkbox"/> 10-й-12-й классы <input type="checkbox"/> Диплом об окончании 4-летнего колледжа <input type="checkbox"/> Аттестат зрелости <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> GED
21. Отметьте курс обучения, которое вы проходите в настоящее время (Отметьте все, что подходит):	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Окончание программы средней школы <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Проф.-тех. программа <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Колледж <input type="checkbox"/> Ничего	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Окончание программы средней школы <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Проф.-тех. программа <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Колледж <input type="checkbox"/> Ничего
22. Статус трудоустройства:	<input type="checkbox"/> Полное время <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Неполное время <input type="checkbox"/> Не ищу работу	<input type="checkbox"/> Полное время <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Неполное время <input type="checkbox"/> Не ищу работу
23. Мигрант/сезонный рабочий на ферме:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Родитель записан в медицинский/зубоврачебный страховой план (отметьте все, что приложимо):	<input type="checkbox"/> Медикейд <input type="checkbox"/> Медикер <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем медицинская страховка <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем зубоврачебная страховка <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки <input type="checkbox"/> Нет зубоврачебной страховки <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Медикейд <input type="checkbox"/> Медикер <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем медицинская страховка <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем зубоврачебная страховка <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки <input type="checkbox"/> Нет зубоврачебной страховки <input type="checkbox"/> Другое
25. У родителя есть медработник, предоставляющий основное обслуживание/медицинское учреждение, предоставляющее обслуживание:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## ECEAP Форма для записи ребенка (продолжение)

### Информация о семье

26. Размер семьи: \_\_\_\_\_ (Если вам нужна дополнительная информация, см. «ECEAP Performance Standard (Требования для программы)», параграф B-5)
27. Право на программу зависит от размера дохода (отметьте одно или переходите к вопросу №28, если размер дохода семьи превышает установленный предел дохода): (Посчитайте доходы из всех источников, как указано в «ECEAP Performance Standard (Требования для программы)», параграф B-5)
- Годовой доход до вычетов или доход до вычетов за предыдущие 12 месяцев: \$ \_\_\_\_\_
- Текущий месячный доход до вычетов/доход до вычетов за предыдущий месяц: \* \$ \_\_\_\_\_  
(Для использования только при единственных в своем роде обстоятельствах, как указано в «ECEAP Performance Standard (Требования для программы)», параграф B-2)
28. Размер дохода семьи превышает установленный предел дохода. Годовой доход до вычетов или доход до вычетов за предыдущие 12 месяцев: \$ \_\_\_\_\_  
Федеральные стандарты уровня бедности (FPG): \_\_\_\_\_ %  
Право на программу зависит от (отметьте одно):
- Факторов окружения
- Факторов развития
29. Источник дохода (отметьте все, что подходит):
- Зарплата/оклад  Платежи на содержание на детей  Пенсия и/или платежи социального обеспечения
- Дополнительное пособие социального обеспечения (SSI)  Пособие по безработице  Платежи на содержание супруги(а)
- TANF  Другое: \_\_\_\_\_
30. Семья имеет доступ к следующим социальным услугам (отметьте все, что подходит):
- Программа основного пособия на питание  WIC  Помощь для оплаты электроэнергии/газа  Услуги для бездомных
- Пункты выдачи питания  Субсидии на оплату жилья  Другие местные программы (пожалуйста, уточните): \_\_\_\_\_

### Информация о медицинской/зубоврачебной страховке ребенка

31. Ребенок записан в следующую медицинскую страховку и/или медицинские страховые программы (отметьте все, что подходит):
- Медикейд  Washington Basic Health Plan  Частная медицинская страховка
- Children's Health Insurance Program (CHIP)  Washington Basic Health Plan Plus  Нет медицинской страховки  Другое
32. Ребенок записан в следующую зубоврачебную страховку и/или зубоврачебные страховые программы (отметьте все, что подходит):
- Медикейд, Washington Basic Health Plan Plus или Children's Health Insurance Program (CHIP) (Эти медицинские страховые программы включают зубоврачебную страховку.)
- Частная зубоврачебная страховка  Нет зубоврачебной страховки  Другое
33. У ребенка есть медработник, предоставляющий основное обслуживание/клиника, где он(а) получает медобслуживание:  Да  Нет
34. Дата последнего медосмотра (проведенного до первого дня ребенка в классе): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- If date of last medical exam was completed over one year ago or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (must be completed within 90 days of the child's first day in class): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
35. Дата последнего стоматологического осмотра (проведенного до первого дня ребенка в классе): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- If date of last dental exam was completed over six months ago or left blank, provide date dental exam completed while in ECEAP (must be completed within 90 days of the child's first day in class): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
36. Ребенок получил все прививки в соответствии с расписанием прививок Отдела здравоохранения (DOH):  Да  Нет
- a) If child is not fully immunized at time of enrollment, an immunization schedule is in progress:  Yes  No

b) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file:  Yes  No

c) Date child became fully immunized while in ECEAP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Я понимаю, что эта информация должна быть сообщена другим учреждениям штата полностью или частично, а также может быть предоставлена негосударственным исследовательским компаниям, заключившим договор с Отделом обучения в раннем возрасте. Эта информация будет храниться конфиденциально в той мере, в какой этого требует закон штата и федеральный закон.

Я удостоверяю, что предоставленная мною в настоящей форме информация, является правильной:

37. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Подпись родителя

38. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Подпись лица, проверившего доход/установившего право на программу

#### Enrollment Information:

39. Enrollment date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Date when enrollment process is confirmed and slot is reserved.)
40. Did child receive ECEAP services in the previous year:  Yes  No
41. Has child received ECEAP services from another contractor this program year:  Yes  No If yes, what city? \_\_\_\_\_
42. Child will be transported by ECEAP:  One way  Both ways  Not transported by ECEAP
43. Site code: \_\_\_\_\_ First day in class: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Exit date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Transfers/Returns:** (To be used when child transfers from another ECEAP site, or exits the program and returns during the same program year.)
44.  Transfer/ Return Site code: \_\_\_\_\_ First day in class: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Exit date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
45.  Transfer/ Return Site code: \_\_\_\_\_ First day in class: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Exit date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Comments to State ECEAP Office:

**Form type:**  New enrollment  Update medical-dental  Update transfer or return  Notify that child exited