

امسح الرمز ضوئياً للحصول على المزيد من المعلومات



مرحباً! يُرجى التكرم بإكمال حزمة طلب واحدة لكل طفل وإرفاق المستندات المطلوبة.
تُحدّد الأهلية لبرامجنا حسب عمر الطفل ودخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب.
نتلقّى الكثير من الطلبات للانضمام إلى برامجنا، ومن ثمّ، بادر بالتقديم في أقرب وقت ممكن!
تظل المعلومات المُقدّمة في طلبك سرية وتُستخدم فقط لتحديد أهلية طفلك لبرامج التعلم المبكر لدينا.

لا تطلب التعرّف على حالة الهجرة أو وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services, DSHS) أو التحقق منها أو الإبلاغ عنها.

المستندات المطلوبة لإرفاقها مع الطلب: يُرجى الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب أو إذا لم يتوفّر لديك أي من المستندات المطلوبة المذكورة أعلاه. يرجى ملء الطلب بالحرر الأزرق أو الأسود.

استخدم أي مستند سار:

- منحة الرعاية البديلة
- إعانة الطفل المستلمة لمدة 12 شهراً
- خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال آخر 12 شهراً

- مستندات الدخل:
 - إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي
 - نموذج (نماذج) W-2 للعام الماضي
 - كشوف الرواتب لآخر 12 شهراً
- خطابات استحقاقات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) / المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الحالية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

1 إثبات الدخل: أرفق نسخة من إثبات دخل أسرته.



استخدم أي من هذه المستندات:

- سجلات المدرسة
- مستند قضائي أو قانوني

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي
- مستند الإيجار أو السكن
- خطاب الاستحقاقات (أي TANF أو SSI أو SNAP أو غير ذلك)

2 إثبات عدد أفراد الأسرة: أرفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.



استخدم أي من هذه المستندات:

- خطاب تفويض الرعاية البديلة
- سجل التطعيم الحالي
- قائمة التربية المشتركة في السكن التابعة لإدارة الخدمات المساندة (Department of Corrections, DOC)

- شهادة ميلاد الطفل
- جواز السفر / التأشيرة
- أوراق التبني

3 إثبات عمر الطفل: أرفق نسخة من إثبات تاريخ ميلاد طفلك.



استخدم أي من هذه المستندات:

- اتفاقية مكتوبة موقعة ومؤرخة من قبل أولياء الأمور والشخص المسؤول عن الحضانة

- شهادة الميلاد
- جواز السفر / التأشيرة
- أوراق التبني
- سجل الرعاية البديلة

4 إثبات الوصاية القانونية: أرفق نسخة من إثبات الوصاية القانونية.



- سجل التطعيم الحالي
- خطة التعليم الفردية الحالية (Individualized Education Plan, IEP) / خطة الخدمة العائلية الفردية (Individualized Family Service Plan, IFSP)
- أحدث فحص لصحة الطفل
- أحدث فحص للأسنان
- إثبات العضوية القبلية

5 مستندات إضافية حسبما يقتضي الأمر

يُرجى إعادة طلبك والمستندات المكتملة إلى:
عنوان المركز / الموقع:

- يُرجى الحرص على تضمين إثبات الدخل الخاص بك. يتعدّد علينا معالجة طلبك بدون تلقّي هذه المعلومات.
- اتصل بمكتبنا إذا تلقّيت مستندات أخرى بخلاف المذكورة أعلاه.

معلومات الاتصال:

تطبيق التعلم المبكر 2025-2026 Early Learning Application 2025-2026

Staff Only - ChildPlus ID:	ELMS ID:	Date Received:
----------------------------	----------	----------------

معلومات الطفل - عام | Child Information – General

الاسم الأول First Name	الحرف الأول من الاسم الأوسط Middle Initial
الاسم المفضل Preferred Name	اسم العائلة Last Name
تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Date of Birth (month/day/year)	
نوع Gender	ذكر M ☐ أنثى F ☐
الهوية الجنسية للطفل (اختياري) Child's Gender Identity (optional)	
الضمائر المفضلة للطفل (اختياري) Child's Preferred Pronouns (optional)	

زبان مادري اين طفل چيست؟ What is this child's home language?	زبان دوم 2nd language
هذا الطفل يتحدث This child speaks:	اللغة الإنجليزية فقط Only English ☐ اللغة الإنجليزية في الغالب بالإضافة إلى لغة أخرى Mostly English and another language ☐ بعض اللغة الإنجليزية، ولكن في الغالب لغة أخرى *Some English, but mostly another language ☐ كل من اللغة الإنجليزية ولغة أخرى بنفس الدرجة (ثنائي اللغة) Both English and another language the same (bilingual) ☐ فقط لغة أخرى غير الإنجليزية *Only a language other than English ☐

هل هذا الطفل من أصل إسباني / لاتيني؟ Is this child Hispanic/Latino?	Decline to report رفض الإبلاغ ☐ No لا ☐ Yes نعم ☐
ما عرق هذا الطفل؟ اختر كل الخيارات السارية. What is this child's race? Check all that apply.	
إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black ☐ من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ الآسيويون Asian ☐ من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian ☐ أبيض White ☐ رفض الإبلاغ Decline to report ☐ غير مدرج أعلاه Not listed above ☐	
ما تراث أسرته / قبيلته / دولته الأصلية؟ What is your family's heritage/tribe/country of origin?	
هل هذا الطفل جزء من قبيلة إما عن طريق العضوية أو السلالة / النسب؟ Is this child part of a tribe either by membership or by ancestry/lineage?	No لا ☐ Yes نعم ☐

هل تم تسجيل هذا الطفل سابقًا في هذه البرامج؟ Has this child been previously enrolled in these programs?	
الدعم المبكر للرضع والأطفال حديثي المني أو قانون تعليم الأفراد المعاقين الجزء ج أو ECLIPSE أو أي تدخل مبكر من الولادة إلى سن الثالثة Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE, or any Birth-to-Three Early Intervention ☐	برنامج Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP في مقاطعة King أو Pierce، ولاية واشنطن أو برنامج PSESD Head Start / Early Head Start / ECEAP / Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State or a PSESD Program ☐ برنامج Head Start للمهاجرين / الموسمي في أي مكان في ولاية واشنطن Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State ☐ التسجيل السابق في مرحلة ما قبل المدرسة للأعمار من 3 إلى 5 سنوات Previous preschool enrollment (ages 3-5) ☐ لا شيء None ☐
متى حضر هذا الطفل آخر When did this child last attend?	اسم البرنامج وموقعه Name and location of program
هل هذا الطفل مسجل حاليًا في فئة مجتمعية في هذا الموقع؟ Is this child currently enrolled in a community slot at this site? ☐ No لا ☐ Yes نعم ☐	
هل هذا الطفل شقيق لطفل مسجل حاليًا في البرنامج الذي تقدم طلبًا للانضمام إليه؟ Is this child a sibling of a child currently enrolled in the program you are applying to? ☐ No لا ☐ Yes نعم ☐	



Child's First Name:

Child's Last Name:

No لا	Yes نعم	هل هذا الطفل يخضع لرعاية التبني الرسمية أو رعاية الأقارب بمبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in official foster care or kinship care with a grant amount? إذا كانت الإجابة بنعم، فما رقم الحالة أو رقم معرف العميل؟ If yes, what is the Case Number or Client ID Number?
قسم الخدمات الاجتماعية الصحية	What is the monthly grant/payment amount and source? ما قيمة المنحة / الدفعة الشهرية ومصدرها؟ \$	
دخل الضمان الاجتماعي	# of children covered by grant amount: عدد الأطفال المشمولين بمبلغ المنحة	
Tribe القبيلة		
Other غير ذلك		
No لا	Yes نعم	هل هذا الطفل يخضع لرعاية الأقارب بدون مبلغ مخصص كمنحة؟ Is this child in kinship care without a grant amount?
No لا	Yes نعم	هل تم تبني هذا الطفل بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب أو من دار للأيتام من دولة أخرى؟ Was this child adopted after foster care or kinship care or from orphanage from another country?
No لا	Yes نعم	هل تم لم شمل هذا الطفل مع والده (والديه) مؤخرًا بعد رعاية التبني أو رعاية الأقارب؟ Was this child recently reunited with their parent(s) after foster care or kinship care?

الأسئلة أدناه مخصصة للمعلومات فقط. لن تؤثر الإجابة بـ "نعم" على أهليتك أو تسجيلك في البرنامج. The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program.		
No لا	Yes نعم	هل تتلقى أسرته حاليًا خدمات / دعمًا من خلال خدمات حماية الطفل (Child Protective Services, CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (Family Assessment Response, FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (Indian Child Welfare, ICW)، أو الخدمات القبلية المماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم؟ Does your family currently receive services /support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system?
No لا	Yes نعم	هل تلقت أسرته خدمات / دعمًا من خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)، أو رعاية الطفل الهندي (ICW)، أو خدمات قبلية مماثلة، أو نظام تطبيق القانون / نظام المحاكم في الماضي؟ Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past?
No لا	Yes نعم	هل تمت الموافقة على أسرته حاليًا لتلقي رعاية الأطفال من خلال خدمات حماية الطفل (CPS) أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR? نعم - كم عدد الساعات المعتمدة في الأسبوع؟ Yes - How many approved hours per week?
No لا	Yes نعم	هل سبق أن طلب من هذا الطفل مغادرة برنامج التعلم المبكر بسبب مشكلات سلوكية؟ Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior issues?

معلومات الطفل - الصحة | Child Information - Health

No لا	Yes نعم	هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟ Does this child have medical insurance? إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟ If yes, what type?
التغطية الطبية العسكرية Military	Washington Apple Health/ProviderOne	تأمين خاص Private Insurance
Medical Coverage		تأمين قبلي
هل لدى هذا الطفل طبيب منتظم أو عيادة طبية منتظمة؟ Does this child have a regular doctor or medical clinic? نعم - اسم العيادة / موفر الرعاية Yes - Name of clinic/provider اسم الطبيب المختص Name of medical professional		
No لا	Yes نعم	هل خضع هذا الطفل لفحص صحة الطفل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ Did this child have a well-child exam within the last 12 months? نعم - تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام) Yes - Date of last exam (month/day/year) التاريخ غير معروف Date Unknown



Child's First Name:

Child's Last Name:

هل لدى هذا الطفل تأمين طبي؟ Does this child have dental insurance?	
☐ لا No ☐ نعم Yes ☐ Military Medical Coverage ☐ ABCD ☐ تأمين خاص Private Insurance ☐ Washington Apple Health/ProviderOne	إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعه؟ If yes, what type?
هل لدى هذا الطفل طبيب أسنان أو عيادة أسنان منتظمة؟ Does this child have a regular dentist or dental clinic?	
اسم طبيب الأسنان Name of dental professional ☐ لا No	نعم - اسم العيادة / موفر الرعاية Yes - Name of clinic/provider ☐ تاريخ آخر اختبار (شهر / يوم / عام) Yes - Date of last exam (month/day/year) ☐ التاريخ غير معروف Date Unknown

ما حالة تطعيمات طفلك؟ What is your child's immunization status?	
☐ غير حاصل على التطعيمات الكاملة أو غير مُعفى Not fully immunized or exempt ☐ مُعفى Exempt ☐ حاصل على التطعيمات الكامل Fully immunized ☐ غير متأكد Not sure	

هل يعاني هذا الطفل من حالة صحية مزمنة (قد يشمل ذلك الصحة العقلية، أو الربو، أو السرطان، أو السكري، أو النوبات، أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، أو السنسنة المشقوقة، أو مرض فقر الدم المنجلي، أو الحساسية التي تهدد الحياة)؟ Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?	
الحالة الصحية تعتبر: The health condition is considered: ☐ خطيرة Severe ☐ متوسطة Moderate ☐ خفيفة Mild هل قام موفر رعاية صحية بتشخيص هذه الحالة؟ Has a Health Care Provider diagnosed this condition? ☐ لا No ☐ نعم Yes	نعم - يرجى التوضيح Yes - Please describe

معلومات الطفل - النمو | Child Information - Development

هل لديك مخاوف بشأن صحة هذا الطفل؟ Do you have concerns about this child's health?	
☐ لا No ☐ نعم - حدد كل ما ينطبق أدناه Yes - check all that apply below	
☐ متأثر بالمخدرات / الكحوليات Drug/alcohol affected ☐ ألم الأسنان / تسوسها / نزيف اللثة Tooth pain/decay/bleeding gums	☐ الولادة المبكرة قبل أقل من 37 أسبوعاً Preterm birth less than 37 weeks ☐ الحركة الدقيقة / الحركة الإجمالية Fine motor/gross motor
☐ السمع Hearing ☐ البصر Vision	☐ انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من 5.5 أرطال / 5 أرطال و 8 أونصات) Low birth weight (less than 5.5 lbs/5 lbs 8 oz.) ☐ عدم القدرة على تحمل الطعام / نظام غذائي خاص - يرجى التوضيح Food intolerance/special diet - Please describe

هل لدى هذا الطفل خطة تعليم فردية (IEP) (Individual Education Plan) حالية ونشطة أو خطة خدمة عائلية فردية (IFSP)؟ Does this child have a current and active Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Plan (IFSP)?	
☐ نعم - يرجى تقديم نسخة مع طلبك Yes - Please provide a copy with your application ☐ لا - اختر ما إذا كان أي من هذه الأمور يسري على الطفل No - Check if any of these apply	
☐ خضع طفلي للتقييم وتم تحديد أنه مؤهل للحصول على برنامج التعليم الفردي (IEP)، ولكننا ننتظر إصدار برنامج التعليم الفردي (IEP) أو رفض الخدمات. My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services. ☐ حصل طفلي على خطة خدمة عائلية فردية (IFSP) في الماضي ولكنه لم ينتقل إلى خطة تعليم فردية (IEP) مع المنطقة التعليمية. My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district. ☐ تم تشخيص معاناة طفلي من تأخر في النمو أو إعاقة، أو ليس لديه خطة تعليم فردية (IEP)، أو تتم إحالته للتقييم. My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation. ☐ يشبه في أن طفلي يعاني من تأخر في النمو أو إعاقة. My child has a suspected developmental delay or disability ☐ لدي مخاوف بشأن نمو طفلي. I have concerns about my child's development ☐ لا شيء None	



Child's First Name:

Child's Last Name:

معلومات الوالد / الوصي Parent/Guardian Information

هذا الطفل يعيش مع This child lives with ☐ أحد الوالدين / الوصي (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1) One parent/guardian (complete Parent/Guardian 1) والدان / اثنان من الأوصياء في نفس المنزل (أكمل معلومات الوالد / الوصي 1 و 2) Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2) ☐ والدان / اثنان من الأوصياء في منزلين مختلفين (الوالد / الوصي 1 و 2) Two parents/guardians in two households (complete Parent/Guardian 1 & 2)		
	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2
الاسم الأول First Name		
اسم العائلة Last Name		
العلاقة بالطفل Relationship to child	☐ بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent ☐ عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle ☐ Foster Parent ☐ Grandparent جد ☐ غير ذلك Other	☐ بيولوجي / متبني / زوجة الأب أو زوج الأم Biological/Adopted/Stepparent ☐ عمّة / خالة / عم / خال Aunt/Uncle ☐ Foster Parent ☐ Grandparent جد ☐ غير ذلك Other
الجنس Gender	M ☐ F ☐	M ☐ F ☐
الهوية الجنسية (اختياري) Gender Identity (optional)		
الضمائر المفضلة (اختياري) Preferred Pronouns (optional)		
تاريخ الميلاد (شهر / يوم / عام) Date of Birth (month/day/year)		
العنوان (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي) Address (including City, State, Zip)		
الهاتف Phone	☐ المنزل Home ☐ الخليوي Cell ☐ العمل Work	☐ المنزل Home ☐ الخليوي Cell ☐ العمل Work
الهاتف البديل Alternate Phone	☐ المنزل Home ☐ الخليوي Cell ☐ العمل Work	☐ المنزل Home ☐ الخليوي Cell ☐ العمل Work
عنوان البريد الإلكتروني Email		
هل كنت أقل من عمر 18 عامًا عندما وُلد هذا الطفل؟ Were you under age 18 when this child was born?	☐ نعم Yes ☐ لا No	☐ نعم Yes ☐ لا No
ما اللغات التي تتحدثها؟ What language(s) do you speak?		
هل تحتاج إلى مترجم لهذه اللغة؟ Do you need an interpreter for this language?	☐ نعم Yes ☐ لا No	☐ نعم Yes ☐ لا No



Child's First Name:		Child's Last Name:
هل لديك أنت أو أي فرد من أفراد عائلتك احتياجات ADA أو احتياجات إمكانية الوصول الأخرى التي يمكننا دعمها؟ Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?	الوالد / الوصي 1 Parent/Guardian 1 Yes نعم ☐ No لا ☐	الوالد / الوصي 2 Parent/Guardian 2 Yes نعم ☐ No لا ☐
هل أنت من أصل إسباني / لاتيني؟ Are you Hispanic/Latino?	رفض الإبلاغ Decline to report ☐ لا ☐ نعم ☐ Yes	رفض الإبلاغ Decline to report ☐ لا ☐ نعم ☐ Yes
ما عرقك؟ اختر كل الخيارات السارية. What is your race? Check all that apply.	☐ إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black ☐ الآسيويون Asian ☐ من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian ☐ من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ أبيض White ☐ رفض الإبلاغ Decline to report ☐ غير مدرج أعلاه Not listed above	☐ إفريقي / أمريكي إفريقي / أسود African/African American/Black ☐ الآسيويون Asian ☐ من سكان ألاسكا الأصليين / الأمريكيين الأصليين / الهنود الأمريكيين Alaska Native/Native American/American Indian ☐ من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ أبيض White ☐ رفض الإبلاغ Decline to report ☐ غير مدرج أعلاه Not listed above
ما أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه؟ What is the highest level of education you completed?	☐ الصف السادس أو أقل 6th grade or less ☐ الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) ☐ 7th to 12th grade, no diploma or GED ☐ شهادة الدراسة الثانوية High school diploma ☐ شهادة التعليم العام (GED) ☐ درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training ☐ شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate ☐ درجة الزمالة Associate degree ☐ درجة البكالوريوس Bachelor's degree ☐ درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree ☐ لا شيء None	☐ الصف السادس أو أقل 6th grade or less ☐ الصف السابع إلى الثاني عشر، بدون شهادة دبلوم أو شهادة التعليم العام (GED) ☐ 7th to 12th grade, no diploma or GED ☐ شهادة الدراسة الثانوية High school diploma ☐ شهادة التعليم العام (GED) ☐ درست لبعض الوقت في الجامعة / التدريب المتقدم Some college/advanced training ☐ شهادة جامعية / مهنية College/professional certificate ☐ درجة الزمالة Associate degree ☐ درجة البكالوريوس Bachelor's degree ☐ درجة الماجستير أو الدكتوراه Master's or doctorate degree ☐ لا شيء None
هل أنت موظف حاليًا؟ Are you currently employed?	☐ نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? ☐ اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: ☐ لا No ☐ لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled ☐ عمل موسمي Seasonal	☐ نعم - لكم ساعة في الأسبوع تعمل (بما في ذلك السفر)؟ Yes – How many hours per week (including travel)? ☐ اسم صاحب العمل ورقم الهاتف: Employer name & phone #: ☐ لا No ☐ لا، متقاعد أو معاق No, retired or disabled ☐ عمل موسمي Seasonal
هل تشارك حاليًا في تدريب وظيفي أو تدرس في مدرسة؟ Are you currently in job training or school?	☐ نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? ☐ اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: ☐ لا No	☐ نعم - لكم ساعة في الأسبوع (بما في ذلك وقت الدراسة في الفصول ووقت المذاكرة والسفر)؟ Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)? ☐ اسم المدرسة والتخصص / الهدف School name & major/goal: ☐ لا No



Child's First Name:

Child's Last Name:

	Parent/Guardian 1 الوالد / الوصي 1	Parent/Guardian 2 الوالد / الوصي 2
هل تشارك في نشاط WorkFirst معتمد؟ Are you in an approved WorkFirst activity?	☐ نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ لا No	☐ نعم - صف النشاط وعدد الساعات المعتمدة في الأسبوع Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week: ☐ لا No
هل أنت منخرط في الجيش الأمريكي أو كنت منخرطاً به من قبل؟ Are you or have been in the U.S. military?	☐ نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member ☐ نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran ☐ لا	☐ نعم، أنا عضو نشط في الخدمة حالياً Yes, current service member ☐ نعم، تم نشري حالياً أو تم نشري في آخر 12 شهراً / لمدة 19 شهراً بشكل إجمالي Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months ☐ نعم، أنا من المحاربين القدامى Yes, veteran ☐ لا

Family Concerns | مخاوف الأسرة

Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household | يرجى اختيار مجالات المخاوف الماثرة لديك أنت / لدى أسرتك في المنزل

☐ انتقل الوالد والطفل إلى ممارسات ثقافية تقليدية أو عمل موسمي أو مؤقت في مجالي الزراعة أو صيد الأسماك Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agricultural or fishing) ☐ والد/وصي الطفل مسجون أو تم سجنه Child's parent/guardian is/has been incarcerated ☐ فقدان أحد الوالدين (الموت أو الهجر أو الترحيل) Loss of a parent (death, abandonment, or deportation) ☐ والد الطفل / الأوصياء عليه مطلقان أو منفصلان خلال حياة الطفل Child's parents/guardians divorced or separated during child's life ☐ أسرة بلا مأوى سابقاً (في آخر 12 شهراً) Family previously homeless (in the last 12 months) ☐ الأسرة لديها مخاوف تتعلق بالسكن Family concerns with housing ☐ لا أحد None	☐ مشاكل المخدرات / الكحوليات المنزلية أو تعاطي المخدرات (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة / قبل Household drug/alcohol issues or substance abuse (past or current), including in utero ☐ الأسرة منعزلة اجتماعياً، مع انعدام الاتصال بشكل كامل أو بشكل شبه كامل مع الآخرين Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others ☐ والد الطفل / الوصي عليه يشعر بالقلق حيال الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها Child's parent/guardian concern for getting or keeping a job ☐ الأسرة لديها مخاوف قانونية Family has legal concerns ☐ أحد أفراد أسرة الطفل التحق بالمدرسة الداخلية الهندية Child has a family member who attended Indian Boarding School ☐ الوالد / الوصي على الطفل عامل مهاجر أو عامل موسمي بحيث يأتي أكثر من نصف دخل الأسرة من العمل الزراعي Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work	☐ فرد الأسرة يعاني من إعاقة أو يعاني من حالة صحية بدنية أو عقلية مزمنة، وهو Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is: ☐ غير قادر على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Unable to engage in work/school/family life ☐ قادر إلى حد ما على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Somewhat able to engage in work/school/ family life ☐ قادر في الغالب على الانخراط في العمل / المدرسة / الحياة الأسرية Mostly able to engage in work/school/family life ☐ الوالد / الوصي على الطفل لديه صعوبات في التعلم، ولكن ليس لديه إعاقة Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability ☐ العنف المنزلي (في الماضي أو حالياً)، بما في ذلك قبل الولادة قبل الولادة Household domestic violence (past or current), including in utero
--	--	---



Child's First Name:

Child's Last Name:

Family Living Situation | الحالة المعيشية للأسرة

هل تتلقى هذه الأسرة إسكاناً مدعوماً مثل قسيمة الإسكان أو المساعدة النقدية للإسكان؟ |
 Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing?
 No | لا ☐ Yes | نعم ☐

ما الوضع السكني الحالي لأسرتك؟ يوفر قانون McKinney-Vento الخدمات ووسائل الدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. قد تساعدنا إجاباتك في تحديد الخدمات التي قد يكون طفلك مؤهلاً لتلقيها. |

What is your family's current housing situation? The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive.

Own | سكن مملوك ☐
 Military – waiting for permanent housing | عسكري - في انتظار سكن دائم ☐
 Rent | إيجار ☐
 في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى (حدد خياراً واحداً أدناه) | ☐

In someone else's house or apartment with another family (select one option below):

عن طريق الاختيار (على سبيل المثال، لتقاسم المسؤوليات، لتكون قريباً من الأسرة، وما إلى ذلك) | ➤

By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)

بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لسبب مماثل | ➤

Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason

Transitional Housing | الإسكان الانتقالي ☐

Moving from place to place/couch | الانتقال من مكان إلى آخر / التنقل بين أماكن السكن ☐

surfing

في مسكن مرافقه غير كافية (بدون ماء، تدفئة، كهرباء) | ☐

In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)

In a motel | في نزل ☐

In a shelter | في ملجأ ☐

في سيارة أو موقف سيارات أو موقع تخييم أو مكان مشابه

A car, park, campsite, or similar location

Other – Please describe: | غير ذلك - يرجى التوضيح ☐

Family Income and Family Size | دخل الأسرة وعدد أفراد الأسرة

الوصي في أسرتك نفقة الطفل الملزمة قانوناً لأسرة أخرى؟ / هل يدفع أحد الوالدين

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household?
 No | لا ☐ Yes | نعم ☐

حدد كل ما ينطبق إذا تلقيت أنت أو هذا الطفل أو أي شخص آخر يعيش في منزلك ومرتبك بك بصفة الدم أو الزواج أو التبني هذه الأنواع من المساعدة العامة |
 Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance:

مباحث أمن الدولة للإعاقة التي تتلقاها | SSI for disability received by ☐ Child | طفل ☐ Parent/Guardian | الوالد / الوصي ☐

أخرى - العلاقة بالطفل | Other – relationship to child: ☐

المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) نقداً | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash ☐ TANF للأطفال فقط | Child-only TANF ☐

الغذاء الأساسي | Basic Food (SNAP/FAP) ☐ WorkFirst ☐ إعانة رعاية الأطفال في مجال اتصالات العمل | WIC ☐ لا شيء | None ☐ Working Connections Child Care subsidy ☐

هل تمت إحالتك إلى هذا البرنامج من قبل وكالة؟ | Were you referred to this program by an agency?

Yes - Name | نعم - اسم الوكالة ☐ No | لا ☐

كيف تعرفت على هذا البرنامج؟ | How did you find out about this program?



Child's First Name:

Child's Last Name:

Please list all people living in this child's primary household لطفاً تمام افرادی که در فامیل اصلی این طفل زندگی می کنند را مشخص نمایید			
هل هذا الشخص مدعوم ماليًا من قبل أحد الوالدين / الوصي على الطفل؟ Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?	هل هذا الشخص مدعوم ماليًا من قبل أحد الوالدين / الوصي على الطفل؟ Is this person financially supported by parent/guardian of child?	العلاقة بالطفل Relationship to child	تاريخ الميلاد (شهر / يوم) Birthdate (عام / month/day/year)
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐	طفل Applying Child	طفل Applying Child
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐	الوالد/الوصي Parent/Guardian	الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐	الوالد/الوصي Parent/Guardian	الوالد/الوصي Parent/Guardian
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		
No لا ☐ Yes نعم ☐	No لا ☐ Yes نعم ☐		

وأتعهد بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وصحيحة. لدي صلاحية تسجيل هذا الطفل وسوف أقوم بالإبلاغ عن كل دخلي وحجم أسرتي، كما هو مطلوب في برامج التعلم المبكر. إذا قدمت معلومات كاذبة عن عملي، فأنا أفهم أن عائلتي قد لا تتمكن من مواصلة خدمات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان طفلي مسجلًا في برنامج ECEAP، فقد أضطر إلى سداد المبلغ الذي أنفقته على طفلي.

أفهم أن المعلومات الواردة من هذا الطلب يتم إدخالها في العديد من قواعد بيانات التعليم المبكر التي تديرها إدارة الأطفال والشباب والأسر (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بوجيت ساوند (Puget Sound Educational Service District, PSESD). تلتزم كل من إدارة الأطفال والشباب والأسر (DCYF) ومنطقة الخدمات التعليمية في بوجيت ساوند (PSESD) بحماية المعلومات السرية والشخصية التي يمكن أن تحدد هوية الطفل أو الأسرة. ولا يتم إدخال أي معلومات تتعلق بوضع الهجرة في قواعد البيانات أو مشاركتها مع الوكالات الحكومية أو الفيدرالية. يمكن استخدام المعلومات الواردة في قواعد البيانات لما يلي:

- الدراسات البحثية لتحديد ما إذا كانت المشاركة في برامج التعليم المبكر تساعد الأطفال في وقت لاحق في الحياة.
- لإثبات أن ولاية واشنطن تنفق بعض الأموال الخاصة بها على برامج للأسر، وهو أمر مطلوب لتلقي أموال المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) من الحكومة الفيدرالية.

I promise that the information on this form is true and correct. I have authority to enroll this child and will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child.

I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in the databases or shared with state or federal agencies. Information in the databases may be used for the following:

- Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.
- To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.

توقيع ولي الأمر / الوصي | Parent/Guardian Signature

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS) Date | التاريخ

***Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.**

Reviewed and received verbal verification on (date):

Staff Initials:

(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)



