Early Childhood Education and Assistance Program

ECEAP

兒童加入申請表

這是一份兩頁紙的表。請填寫這兩頁表。

請提供在申請時與該兒童和家人有關的資料。

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
雙線框僅供合同/實地工作人員使用

兒童有關資料 *提供與該兒童有關的資料。*

1. 兒童姓名: 姓:_____ 名:_____ 中間名: _____
2. 兒童社會安全號碼:_____-_____-_____ ☐ 沒有社會安全號碼 3. 兒童出生日期: _____/_____/_____ 4. 性別:☐ 男 ☐ 女
5. 住址: _____ 城市: _____
   州: _____ 郵政編碼: _____-_____ 6. 縣: _____
7. 所在學區 (*如果知道*): _____
8. 家庭電話號碼: (_____)_____-_____ 工作/留言電話號碼: (_____)_____-_____ **緊急情況聯絡號碼**: (_____)_____-_____
9. 血統/種族: 您屬於有拉丁美洲血統的人嗎? ☐ 是 ☐ 否
   牽涉到西班牙語種人/拉丁美洲人的問題是關於血統的問題，不是種族的問題。請繼續回答以下問題，可以在一個或一個以上的您認爲符合您所屬種族的框裏打鉤。
   - ☐ 白人
   - ☐ 黑人或美籍非洲人
   - ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著
   - ☐ 亞裔
   - ☐ 夏威夷土著/太平洋島嶼人
   - ☐ 其他種族： _____
10. 在家說話語種： 第一種 _____ 第二種 _____
11. 兒童有個別教育計划 (IEP): ☐ 如果打了鉤，學區是： _____
12. 兒童與以下人同住 (祇選擇一項)：
    a) ☐祇與母親同住 ☐ 祇與父親同住 ☐ 與雙親同住
       ☐與寄養父母同住 ☐ 與祖父母同住 ☐ 其他：_____
       ☐與母親和繼父同住 ☐ 與父親和繼母同住
    b) 如果無家可歸，請打鉤： ☐

父母有關資料 *提供與該兒童同住的父母方/繼父母方的有關資料。*

13.	與兒童的關係：	☐ 母親 ☐ 繼母	☐ 父親 ☐ 繼父
14.	姓：		
15.	名，中間名：		
16.	社會安全號碼：	_____-____-_____ ☐ 沒有社會安全號碼	_____-____-_____ ☐沒有社會安全號碼
17.	出生日期 (月/日/年):		
18.	在受過最多年限教育上打圈：	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 高中畢業 13 14 15 16 17 18	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 高中畢業 13 14 15 16 17 18
19.	在父母最近還在參加的教育或培訓項目上打圈 (如果是其他培訓，請說明)：	高中畢業班 /高中/ 文化 / 社區學院 / 高等教育 / 技校 / 英文 / 初學/ 沒有 / 其他	高中畢業班 /高中/ 文化 / 社區學院 / 高等教育 / 技校 / 英文 / 初學/ 沒有 / 其他
20.	現有工作：	☐ 全天 ☐ 正在找工作 ☐ 半天 ☐ 沒有找工作	☐ 全天 ☐ 正在找工作 ☐ 半天 ☐ 沒有找工作
21.	家長是：:	☐ 流動人口/季節性農工	☐流動人口/季節性農工

家庭有關資料 *提供供應該兒童吃住的全家情況，不限於以上的父母有關資料。*

22. 過去 12 個月的總收入： $ _____ 目前每月總收入： $ _____
23. 靠該收入生活的家庭人口： _____

a) Check if family is over income: ☐ FPL _____%

b) If child is from over income family, please check risk factors for why child qualifies for ECEAP:
- ☐ Child is at risk due to environmental factors.
- ☐ Child is at risk due to developmental factors.

24. 收入來源 (在所有來源上打鉤)：
    - ☐ 工資/薪水
    - ☐ 兒童贍養費
    - ☐ 養老金，退休金，以及/或社會安全金
    - ☐ 社會補助金 (SSI)
    - ☐ 失業金
    - ☐ 生活費/配偶贍養費
    - ☐ 工作第一/TANF 現金補助 (客戶檔案號碼： _____)
    - ☐工作第一非現金公共補助
    - ☐ 其他： _____
25. 家庭接受兒童贍養補助： ☐ 有 ☐ 沒

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
雙線框僅供 合同/實地工作人員使用

ECEAP 兒童加入申請表

(*接上頁*)

26. 家庭接受以下補助/生活費項目（在所有適用的框裏打鉤）：
☐ 食品券 ☐ **食品贈送中心** ☐ WIC ☐ 住房 ☐ **無家可歸者避護處**
☐ 能源補助 ☐ 家庭暴力 ☐ 其他 (*請說明*): _____

27. 請回答以下 "a"和"b"的問題。
a) 家庭參加以下醫藥/牙保險項目（選擇所有符合申請要求的項目）：
☐ 醫藥選擇 ☐ 醫藥補助 ☐ 華盛頓州基本醫藥保險 ☐ 私營醫藥保險
☐ 私營牙保險 ☐ 其他醫藥保險計划，醫藥/牙保險：_____
☐ 沒有保險
b) 家庭現在接受以下家庭醫藥保險項目（選擇所有符合申請要求的項目）：
☐ 第一步 ☐ 家庭計划生育 ☐ 化學品中毒治療項目
☐ 其他家庭健康項目：_____ ☐ 沒有

28. 家庭有家庭醫生： ☐ 有 ☐ 沒有

兒童的醫藥/牙/健康有關資料 *提供在加入時與**兒童的醫藥/牙/健康有關的資料**。 .*

29. 兒童已經加入以下醫藥/牙保險以及/或者兒童健康項目 *(選擇所有適用的項目)*:
☐ 健康兒童 ☐ 醫藥補助 ☐華盛頓州基本醫藥保險 ☐ 兒童健康保險項目(CHIP)
☐ 私營醫藥保險 ☐ 私營牙保險
☐ 其他健康保險計划，醫藥/牙保險： _____ ☐ 沒有保險

30. 兒童有家庭醫生： ☐ 有 ☐ 沒有

31. 第一次服務之日前的最後一次身體檢查日期： ___/___/___

If date of last medical exam is greater than one year prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (***MUST** be completed within 90 days of the first service date*): ___/___/___

32. 第一次服務之日前的最後一次牙檢查日期： ___/___/___

If date of last dental exam is greater than six months prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP *(**MUST** be completed within 90 days of the first service date)*: ___/___/___

33. 兒童打了全部按年齡要求而進行的免疫針(按 DOH 免疫注射時間表)：*(華盛頓州法律條款 RCW 28A.210.160，要求所有兒童在他們的學校，學前班，或幼稚園有全部免疫狀況證明 的檔案)*： ☐ 有 ☐ 沒有
a) 如果兒童還沒有完全打完免疫針，請指出還要打哪一類免疫針：
☐ B 型黃膽肝炎 ☐ 白喉 ☐ 破傷風 ☐ 百日咳 ☐ B 型流行性肝炎 ☐ 小兒麻痹癥 ☐ 麻疹，腮腺炎，風疹

b) If child not fully immunized at time of enrollment, date child became fully immunized while in ECEAP: ___/___/___
c) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: ☐ Yes ☐ No
Provide date exemption submitted: ___/___/___

我證明以上所提供的資料均是事實且準確。兒童早期教育和補助(ECEAP)是州和聯邦政府資助的；因此，提供了的一些或者全部資料必須向其他州或聯邦機構匯報。除此以外，所提供了的資料可以提供給非政府的研究機構，這些機構在社會貿易經濟發展部合同下工作。以上資料將保密，除非有州和聯邦的法律規定或授權指定。

以下三行必須有簽名。

34. _____ _____
家長或監護人簽名 *日期*

35. _____ _____
審查者簽名 *日期*

36. _____ _____
證明收入符合要求之申請者簽名 *日期*

Enrollment Information

37. Enrollment date: ___/___/___
38. Was child enrolled last year? ☐ Yes ☐ No
39. Child will be transported by ECEAP: ☐ One way ☐ Both ways ☐ Not transported by ECEAP
40. Site code:_____ First service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___

Transfers/Returns

41. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
42. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
43. Form type: ☐ New enrollment ☐ Update medical-dental ☐ Update transfer or return ☐ Notify that child exited