



Denise Louie
Education Center

Early Head Start 2010-2011 Application

Denise Louie Education Center
801 S Lane St.
Seattle, WA 98104
(206) 902-6410

Information Prénatal	<p>Accomplissez cette section si vous êtes enceinte:</p> <p>Nom: _____ Échéance Estimée : _____ Date de Naissance: _____</p> <p>Des difficultés étant enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Informations d'Enfant	<p>Nom d'Enfant (Nom de Famille, Prénom) _____ Date de Naissance: _____</p>
	<p>Numéro de Téléphone de Maison: _____ Numéro de Téléphone de Travail : _____</p>
	<p>Numéro de Message: _____ Nom de Personne Pour Message: _____</p>
	<p>Adresse Personnelle: _____ (Ville/ État/ Code Postal)</p>
	<p>Nous sommes sans foyer. (Cela signifie que votre famille reste dans une voiture, un parc, un terrain de camping ou un hôtel, un abri d'urgence ou une habitation transitionnelle ou votre famille vit avec une autre famille temporairement.. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Quelle(s) langue(s) parle l'enfant ? _____</p>
	<p>Origine Ethnique: Remplissez une boîte : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non-Hispanique</p>
	<p>Race(s) d'Enfant: <input type="checkbox"/> Indien-Américain / Indigène de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Africain-Américain <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Hawaïen / Insulaire Pacifique <input type="checkbox"/> Multiracial</p>
	<p>Avez-vous des inquiétudes pour votre enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui S'il vous plait vérifiez tout qui sont significatifs. <input type="checkbox"/> Santé Dentaire <input type="checkbox"/> Difficultés d'Apprendre <input type="checkbox"/> Parler ou Ecouter <input type="checkbox"/> Conduite <input type="checkbox"/> Santé Physique <input type="checkbox"/> Nutrition/Manger <input type="checkbox"/> Abus/ Négligence <input type="checkbox"/> Problèmes de vision d'oeil <input type="checkbox"/> L'enfant était dans le système social auparavant <input type="checkbox"/> Autre _____</p>
	<p>L'enfant reçoit-il IFSP/IEP (Éducation spéciale)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>L'enfant a-t-il l'assurance médicale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nom de Plan Médical: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coupon de DSHS <input type="checkbox"/> Médical Simple <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Autre:</p>
	<p>L'enfant a-t-il l'assurance dentaire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nom de Plan Dentaire: _____</p>

Information de Famille

L'enfant vit avec: <input type="checkbox"/> Un parent <input type="checkbox"/> Deux parents Est-ce que vous êtes un parent adolescent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est : <input type="checkbox"/> Votre Enfant Biologique ou Adopté <input type="checkbox"/> Enfant de System Social (Foster) <input type="checkbox"/> Petit-Enfant <input type="checkbox"/> Autre	
Avez-vous d'autres enfants qui habitent avec vous? (autres que l'enfant de cette application)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Combien d'enfants sont 0-2.11 mo. _____ Combien sont 3-5 ans? _____ Combien sont 6 yrs ou plus? _____	
Noms d'Enfants	Genre (m/f)
Date de naissance	
Avez-vous des inquiétudes pour vous ou d'autres membres de famille ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui S'il vous plaît verifiez les boites qui sont significatives: <input type="checkbox"/> L'habitation <input type="checkbox"/> Travail/ Emploi <input type="checkbox"/> L'infirmité/ Incapable de Travailler <input type="checkbox"/> Violence dans la Famille <input type="checkbox"/> Difficultés d'Apprendre <input type="checkbox"/> Problèmes avec Alchohol/Drogues <input type="checkbox"/> Immigration <input type="checkbox"/> Santé Mentale <input type="checkbox"/> Déploiement Militaire <input type="checkbox"/> Problèmes Juridiques <input type="checkbox"/> Problèmes de Santé <input type="checkbox"/> Parent Incarcéré <input type="checkbox"/> Autre	
Agence Spéciale Resauvage:	
Autres adultes qui habitent avec vous? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<u>Nom</u>	<u>Rapport à l'Enfant</u>
Parent/Gardien 1	Parent/Gardien 2
Mere/Père /Autre (s'il vous plaît cercle) Date de Naissance _____ Race/Origine Ethnique:	Mere/Père /Autre (s'il vous plaît cercle) Date de Naisance _____ Race/Origine Ethnique:
Adresse(si différent de celle de l'enfant)	Adresse(si différent de ce de l'enfant)
Numéro de celulaire/ Numéro de la maison	Numéro de celulaire/ Numéro de la maison

L'adresse de courrier électronique	L'adresse de courrier électronique
Langues que vous parlez: Avez-vous besoin d'un interprète pour recevoir des services ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Langues que vous parlez: Avez-vous besoin d'un interprète pour recevoir des services ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Information de Famille	Niveau d'Éducation (vérifiez le plus haut accompli) <input type="checkbox"/> Classe 8 ou moins <input type="checkbox"/> Classe 9 <input type="checkbox"/> Classe 10 <input type="checkbox"/> Classe 11 <input type="checkbox"/> Classe 12/accomplis lycée <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Entraînement Technique <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA ou plus haut	Niveau d'Éducation (vérifiez le plus haut accompli) <input type="checkbox"/> Classe 8 ou moins <input type="checkbox"/> Classe 9 <input type="checkbox"/> Classe 10 <input type="checkbox"/> Classe 11 <input type="checkbox"/> Classe 12/accomplis lycée <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Entraînement Technique <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA ou plus haut
	Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Travailler à plein-temps (35 heures par semaine ou plus) à mi-temps (moins de 35 heures par semaine) Nom d'Employeur _____ Revenu par mois _____ Par an _____ Nombre des gens soutenus par ce revenu: _____ Es ce qu'il y a quelqu'un dans votre famille qui reçoit :: SSI Non Oui ID# _____ TANF Non Oui ID# _____ WIC Non Oui ID# _____	Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Travailler à plein-temps (35 heures par semaine ou plus) à mi-temps (moins de 35 heures par semaine) Nom d'Employeur _____ Revenu par mois _____ Par an _____ Nombre des gens soutenus par ce revenu: _____ Es ce qu'il y a quelqu'un dans votre famille qui reçoit :: SSI Non Oui ID# _____ TANF Non Oui ID# _____ WIC Non Oui ID# _____

Au meilleur de ma connaissance, les informations sur ces formes sont factuels et vrais. Participation dans Early Head Start est déterminée selon les exigences de droit autorisées, en incluant le revenu. Dès qu'un enfant a commence Early Head Start , Si les renseignements fournis par le parent/gardien qui sont utilisé pour déterminer les services sont trouvés inexacts ou frauduleux , DLEC terminera des services du Early Head Start immédiatement.

Je comprends que les renseignements que j'ai fournis sur cette application sont confidentiels et ne seront pas partagés sans mon autorisation. Je donne ma permission au personnel du Early Head Start de contacter DSHS pour vérifier mes services sociaux si nécessaire.

Signature de Parent/Gardien

Date