



**Early Head Start 2010-2011 Application**

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

<b>Prenatal Information</b>	<b>Complete the following if pregnant (điền khúc này, nếu bạn đang mang thai):</b>	
	Name: Tên:	Date of birth: Ngày tháng năm sinh:
	Any difficulties with pregnancy? Có những khó khăn không với có thai?	<input type="checkbox"/> Yes/có <input type="checkbox"/> No/không      Estimated due date: Ngày sinh dự định:
<b>Child Information</b>	<b>Child's Name</b> (Last, First) Tên của trẻ (họ, tên)	Date of birth: Ngày tháng năm sinh
	Gender: Giới tính:	
	Home phone #: Điện thoại nhà:	Work #: Điện thoại làm:
	Message #: Số nhắn tin:	Name of Message Person: Tên của người nhắn tin:
	Home address: Địa chỉ nhà:	(City/State/Zip) thành phố/tiểu bang/mã bưu điện
	We are homeless. (This means your family is staying in a car, park, camp ground or hotel, emergency shelter or transitional housing or your family is living with another family temporarily.) Chúng tôi không có chỗ ở. (có nghĩa là gia đình của bạn đang sống trong xe, công viên, chỗ cắm trại hoặc khách sạn, nơi trú ẩn khẩn cấp hoặc đang sống với gia đình khác tạm thời.)	
	<input type="checkbox"/> Yes/có <input type="checkbox"/> No/không	
	What language(s) does the child speak? Trẻ có thể nói ngôn ngữ nào?	
	Child's Ethnicity - Sắc tộc củ bé: Check One Box - Đánh dấu một ô <input type="checkbox"/> Hispanic – Người gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Non Hispanic - Không phải người gốc Tây Ban Nha	
	Child's Race(s): Chung tộc của bé là gì: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native    Người Ấn Độ Mỹ <input type="checkbox"/> Asian – Người Châu Á <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Black/African American - Người Mỹ Châu Phi <input type="checkbox"/> Caucasian/White - Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander - Người Ha-oai Hoặc Người Đũa Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Biracial - Người Có Hai Chủng Tộc	
	Do you have concerns for your child? - Bạn có lo lắng gì cho bé không? <input type="checkbox"/> No/không <input type="checkbox"/> Yes/có	
	Please check all that apply/Làm ơn đánh dấu tất cả các ô nếu phù hợp	
<input type="checkbox"/> Dental Health - sức khoẻ răng <input type="checkbox"/> Learning Difficulties - học hành khó khăn <input type="checkbox"/> Speech or Hearing - nói hoặc nghe <input type="checkbox"/> Behavior - hành vi <input type="checkbox"/> Physical Health - sức khoẻ cơ thể <input type="checkbox"/> Nutrition/Eating - dinh dưỡng hoặc ăn uống <input type="checkbox"/> Abuse/ Neglect - ngược đãi hoặc bỏ rơi <input type="checkbox"/> Vision - mắt <input type="checkbox"/> Former Foster Child - bé đã từng được người khác nuôi dưỡng <input type="checkbox"/> Other - loại khác _____		
Is this child on an IFSP/IEP (Special Education)? - Bé có học giáo dục đặc biệt hay không? <input type="checkbox"/> Yes/có <input type="checkbox"/> No/không		
Does this child have medical insurance? - Trẻ có bảo hiểm sức khoẻ hay không? <input type="checkbox"/> No/không <input type="checkbox"/> Yes/có		
Name of Health Plan - Tên của bảo hiểm:		
<input type="checkbox"/> DSHS Coupon - phiếu của DSHS <input type="checkbox"/> Basic Health - y tế căn bản <input type="checkbox"/> Private - y tế tư <input type="checkbox"/> Other - loại khác _____		

Family Information

Child lives with - Bé đang ở với:  One parent - cha hoặc mẹ  Two parent - cả cha và mẹ

Are you a teen parent? Bạn là cha mẹ dưới 18 tuổi?

---

Child is bé là:  Your natural(biological) or Adopted Child – con ruột hoặc con nuôi  
 Foster Child- con nuôi  Grandchild - cháu nội hoặc cháu ngoại  Other - khác

---

Are there other children residing in the home (other than the applicant)? - Có bé nào khác đang sinh sống ở trong nhà bạn không?  
 No/không  Yes/có

How many are 0-2.11 mo. – bao nhiêu bé từ 0 – 2.11 tháng \_\_\_\_\_  
 How many are 3-5yrs.? – bao nhiêu bé từ 3 tới 5 tuổi \_\_\_\_\_  
 How many are 6 yrs. and older? Bao nhiêu bé 6 tuổi hoặc lớn hơn \_\_\_\_\_

---

Name of children Tên của những bé	Gender (m/f) Giới tính	Date of birth Ngày tháng năm sinh	Enrolled in HS/EHS? Ghi danh vào HS/EHS?

---

Do you have concerns for yourself or other family members? - Bạn có lo lắng gì cho bản thân bạn hoặc những người trong nhà không?  
 No/không  Yes/có

Please check all that apply/Làm on đánh dấu tất cả các khung nếu phù hợp:

Housing - vấn đề nhà ở  Job/Employment - việc làm  Disability/Unable to work – tàn tật/không thể làm việc  Family violence - bạo lực gia đình  Learning difficulties – khó khăn học hành  Drug/Alcohol issues - ma túy hoặc rượu chè  Immigration – di dân  Mental Health - sức khỏe tâm thần  Military deployment- đi lính-  Legal issues - vấn đề luật pháp  Health issues - vấn đề sức khỏe  Incarcerated parent - cha mẹ ở trong tù  Recent death in the family – có ai mới chết trong gia đình  Terminal illness - bệnh nặng

---

Other -loại khác:

---

Special Agency Referral/Cơ quan giới thiệu đặc biệt:



<p>Are you currently working? - Bạn có đi làm không?  <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có</p> <p>Full Time (35 hours or more /week) – 35 tiếng hoặc hơn một tuần</p> <p>Part time (Less than 35 hours/week) – ít hơn 35 tiếng một tuần</p> <p>Name of Employer – Tên của sở làm  _____</p> <p>Income per mo - Lương hàng tháng  _____ Yr - năm _____</p> <p>Number of people supported by this income - Số người sống trên thu nhập này _____</p> <p>Do you or anyone in your family receive – Có ai trong gia đình nhận:</p> <p>SSI    <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p> <p>TANF   <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p> <p>WIC    <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p>	<p>Are you currently working? - Bạn có đi làm không?  <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có</p> <p>Full Time (35 hours or more /week) – 35 tiếng hoặc hơn một tuần</p> <p>Part time (Less than 35 hours/week) – ít hơn 35 tiếng một tuần</p> <p>Name of Employer – Tên của sở làm  _____</p> <p>Income per mo - Lương hàng tháng  _____ Yr - năm _____</p> <p>Number of people supported by this income - Số người sống trên thu nhập này _____</p> <p>Do you or anyone in your family receive – Có ai trong gia đình nhận:</p> <p>SSI    <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p> <p>TANF   <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p> <p>WIC    <input type="checkbox"/> No/không      <input type="checkbox"/> Yes/có  ID# _____</p>
--	--

To the best of my knowledge, the information on these forms is factual and true. Participation in Early Head Start is determined by mandated eligibility requirements, including income. Once a child has been determined Early Head Start eligible, should any information provided by the parent/guardian and used to determine that eligibility be found to be inaccurate or fraudulent, DLEC will immediately terminate Early Head Start services.

Những gì tôi cung cấp trong hồ sơ này là thật. Sự tham gia vào Early Head Start thì được quyết định bởi thu nhập và những điều kiện khác. Một khi bé đã được nân vào Early Head Start, nếu những chi tiết cung cấp có gì không chính xác, DLEC sẽ lập tức chấm dứt Early Head Start cho trẻ.

I understand that the information I have provided on this application is confidential and will not be shared without my permission. I give Early Head Start staff my permission to contact DSHS to verify my benefits if needed.

Tôi đã hiểu những gì tôi cung cấp trong hồ sơ này sẽ được giữ bí mật và không được tiết lộ cho ai nếu không có sự đồng ý của tôi. Tôi cho quyền Early Head Start nhân viên liên lạc với DSHS để xác minh quyền lợi của tôi nếu cần thiết.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature  
Chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày tháng năm