



**Denise Louie**  
Education Center

**Early Head Start 2010-2011 Application**

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

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ผู้ตั้งครรภ์</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">รายละเอียดของผู้ตั้งครรภ์</p>	<p>รายละเอียดเฉพาะผู้ที่ตั้งครรภ์ <b>Complete the following if pregnant:</b></p> <p>ชื่อ: Name: _____ วันเกิด: Date of birth: _____</p> <p>มีปัญหาในช่วงตั้งครรภ์หรือไม่ Any difficulties with pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>วันกำหนดคลอด: Estimated due date: _____</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Child Information</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">รายละเอียดของบุตร</p>	<p>ชื่อของบุตร (ชื่อสกุล ชื่อ) <b>Child's Name</b> (Last, First) _____</p> <p>วันเกิด: Date of birth: _____ เพศ: Gender : _____</p> <p>เบอร์โทรที่บ้าน: Home phone #: _____ เบอร์โทรที่ทำงาน : Work #: _____</p> <p>เบอร์ฝากข้อความ: Message #: _____ ชื่อผู้รับฝากข้อความ: Name of Message Person: _____</p> <p>บ้านเลขที่: Home address: _____ (เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์)(City/State/Zip)</p> <p>เป็นผู้ไร้ที่อยู่อาศัย (อาศัยอยู่ในรถ สวนสาธารณะ แคมป์ โรงแรม บ้านพักฉุกเฉิน หรืออาศัยอยู่กับญาติชั่วคราว) 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. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>บุตรของท่านพูดภาษาอะไร What language(s) does the child speak? _____</p> <p>บุตรของท่านมีเชื้อสายฮิสพานิกหรือไม่ Child's Ethnicity: Check One Box <input type="checkbox"/> มีเชื้อสายฮิสพานิก Hispanic <input type="checkbox"/> ไม่มีเชื้อสายฮิสพานิก Non Hispanic</p> <p>บุตรของท่านมีเชื้อชาติ Child's Race(s): <input type="checkbox"/> อเมริกันอินเดียน/คนพื้นเมืองอลาสก้า American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> เอเชีย Asian <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other <input type="checkbox"/> คนผิวดำ/คนแอฟริกา Black/African American <input type="checkbox"/> คนผิวขาว Caucasian/White <input type="checkbox"/> คนพื้นเมืองฮาวาย/คนหมู่เกาะแปซิฟิก Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> เชื้อสายผสม Biracial</p> <p>บุตรของท่านมีข้อกังวลหรือไม่ Do you have concerns for your child? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes กากบาททุกข้อที่ต้องการ Please check all that apply. <input type="checkbox"/> สุขภาพฟัน Dental Health <input type="checkbox"/> ปัญหาการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ Learning Difficulties <input type="checkbox"/> ปัญหาการพัฒนาศักยภาพการพูดหรือการฟัง Speech or Hearing <input type="checkbox"/> พฤติกรรม Behavior <input type="checkbox"/> สุขภาพร่างกาย Physical Health <input type="checkbox"/> โภชนาการ/การกิน Nutrition/Eating <input type="checkbox"/> ปัญหาการทารุณกรรม Abuse/ Neglect <input type="checkbox"/> ปัญหาทางด้านสายตา Vision <input type="checkbox"/> เคยเป็นหรือเป็นเด็กฟอสเตอร์แคร์ Former Foster Child/Foster Child in transition <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other _____</p>

Child Information	รายละเอียดของบุตร	บุตรของท่านมี IFSP/IEP หรือไม่ Is this child on an IFSP/IEP (Special Education)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	บุตรของท่านมีประกันสุขภาพหรือไม่ Does this child have medical insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ชื่อบริษัทประกัน Name of Health Plan: <input type="checkbox"/> DSHS คูปอง DSHS Coupon <input type="checkbox"/> ประกันทั่วไป Basic Health <input type="checkbox"/> ทำประกันเอกชน Private <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other	
	บุตรของท่านมีประกันสุขภาพฟันหรือไม่ Does this child have dental insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ชื่อบริษัทประกัน Name of Insurance:	
Family Information	รายละเอียดของครอบครัว	บุตรของท่านอาศัยอยู่กับ Child lives with: <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองคนเดียว One parent <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองทั้งคู่ Two parent
		คุณเป็นผู้ปกครองที่อายุต่ำกว่า ๒๑ ปีหรือไม่ Are you a teen parent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		บุตรของท่านเป็น Child is : <input type="checkbox"/> บุตรทางสายเลือดหรือบุตรบุญธรรม Your natural (biological) or Adopted Child <input type="checkbox"/> บุตรฟอสเตอร์แคร์ Foster Child <input type="checkbox"/> หลาน Grandchild <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other
		มีเด็กอื่นอาศัยอยู่ที่บ้านนี้อีกหรือไม่ Are there other children residing in the home (other than the applicant)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes มีกี่คนที่อายุ 0-๒ ปี How many are 0-2.11 mo. _____ มีกี่คนที่อายุ ๓-๕ ปี How many are 3-5yrs.? _____ มีกี่คนที่อายุ ๖ ปีขึ้นไป How many are 6 yrs. and older? _____
		<u>ชื่อเด็ก</u> Name of children <u>เพศ (ช/ญ)</u> Gender (m/f) <u>วันเกิด</u> Date of birth <u>สมัครกับ HS/EHS</u> Enrolled in HS/EHS?
		ตัวท่านหรือคนในบ้านมีปัญหาข้างล่างนี้หรือไม่ Do you have concerns for yourself or other family members? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes กากบาททุกข้อที่ต้องการ Please check all that apply: <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัย Housing <input type="checkbox"/> การหางาน Job/Employment <input type="checkbox"/> พิการหรือไม่สามารถทำงานได้ Disability/Unable to work <input type="checkbox"/> ปัญหาในครอบครัว Family violence <input type="checkbox"/> ปัญหาการเรียนรู้ Learning difficulties <input type="checkbox"/> เหล้าหรือยาเสพติด Drug/Alcohol issues <input type="checkbox"/> การเข้าเมือง Immigration <input type="checkbox"/> สุขภาพจิต Mental Health <input type="checkbox"/> การประจำการทหาร Military deployment <input type="checkbox"/> กฎหมาย Legal issues <input type="checkbox"/> สุขภาพ Health issues <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองติดคุก Incarcerated parent <input type="checkbox"/> การตายของคนในครอบครัว Recent death in the family <input type="checkbox"/> ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย Terminal illness <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other
		องค์กรที่ส่งต่อมา: Special Agency Referral:
		มีผู้ใหญ่อื่นอาศัยอยู่ที่บ้านนี้อีกหรือไม่ Other adults living in the home? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ให้การช่วยเหลือทางการเงินอย่างไร What is their financial contribution to the household?  <u>ชื่อ</u> Name <u>ความเกี่ยวข้องกับเด็ก</u> Relationship to the child
<b>ผู้ปกครองคนที่ ๑</b> Parent/Guardian 1	<b>ผู้ปกครองคนที่ ๒</b> Parent/Guardian 2	
มารดา/บิดา/อื่นๆ Mother/Father/Other (please circle)	มารดา/บิดา/อื่นๆ Mother/Father/Other (please circle)	
ที่อยู่ (ถ้าต่างจากเด็ก) Address( if different than the child)	ที่อยู่ (ถ้าต่างจากเด็ก) Address( if different than the child)	

<p>ปัจจุบันทำงานหรือไม่ Are you currently working?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>เต็มเวลา Full Time (35 hours or more /week)  ต่ำกว่า ๓๕ ชั่วโมง Part time (Less than 35 hours/week)</p> <p>ชื่อบริษัท Name of Employer _____</p> <p>รายได้ต่อเดือน/ปี Income per mo ____ Yr _____</p> <p>จำนวนคนที่รายได้นี้ช่วยเหลือ <b>Number of people supported by this income</b> _____</p> <p>มีใครในบ้านที่ได้รับ Do you or anyone in your family receive:</p> <p>SSI No Yes  ID# _____</p> <p>TANF No Yes  ID# _____</p> <p>WIC No Yes  ID# _____</p>	<p>ปัจจุบันทำงานหรือไม่ Are you currently working?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>เต็มเวลา Full Time (35 hours or more /week)  ต่ำกว่า ๓๕ ชั่วโมง Part time (Less than 35 hours/week)</p> <p>ชื่อบริษัท Name of Employer _____</p> <p>รายได้ต่อเดือน/ปี Income per mo ____ Yr _____</p> <p>จำนวนคนที่รายได้นี้ช่วยเหลือ <b>Number of people supported by this income</b> _____</p> <p>มีใครในบ้านที่ได้รับ Do you or anyone in your family receive:</p> <p>SSI No Yes  ID# _____</p> <p>TANF No Yes  ID# _____</p> <p>WIC No Yes  ID# _____</p>
---	---

**ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นความจริง เอลีเฮดสตาร์ทจะพิจารณาคัดเลือกจากข้อมูลดังกล่าว รวมถึงข้อมูลรายได้ หากบุตรของท่านได้รับพิจารณาเข้าเป็นสมาชิกของเอลีเฮดสตาร์ท และข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นความจริง DLEC จะตัดสิทธิ์การเป็นสมาชิกของเอลีเฮดสตาร์ทในทันที**

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.

**ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลทั้งหมดนี้จะเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต I ข้าพเจ้าอนุญาตให้พนักงานเอลีเฮดสตาร์ทติดต่อ DSHS เพื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ**

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.

\_\_\_\_\_

ลายเซ็นผู้ปกครอง Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_

ลงวันที่ Date