

Учебный год:

 \_\_\_\_\_

Школьный округ:

- Мейплтон 1  
 Адамс 12  Адамс  
 14  Вестминстер 50  
 28J  27J

# Центр Head Start округа Адамс

Предварительное заявление

**ДЛЯ  
СЛУЖЕБНЫХ  
ОТМЕТОК**

ОЦЕНКА: \_\_\_\_\_

Дата:		Данные ребенка					
Имя и фамилия ребенка:		Дата рождения:			Пол ребенка:		
Имя и фамилия родителя или опекуна № 1:		Имя и фамилия родителя или опекуна № 2:					
Контактные данные							
Домашний адрес:		Город, штат Почтовый индекс					
Номер телефона:		Дополнительный номер телефона и/или электронная почта:					
Предпочтительный для семьи язык устного общения:		Предпочтительный для семьи язык письменного общения:		Размер семьи:			
Право на получение пособий							
Получаете ли вы в настоящее время какие-либо из следующих пособий?		<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Пособие на ребенка (Child Support) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОЛЬЗУЕМСЯ БАНКОМ ЕДЫ ИЛИ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ИМ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА			Если вы отметили пособия TANF, SSI или SNAP, какую сумму вы получаете в месяц?		
Является ли ваша семья бездомной, живете ли вы в трейлере, в приюте или часто переезжаете с места на место, не имея собственного постоянного жилья?				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
<b><u>Если ваша семья не имеет жилья или вы получаете пособия TANF, SSI или SNAP, пропустите этот раздел и перейдите к вопросу о потребностях ребенка.</u></b>							
Данные о доходе семьи							
Валовой годовой доход родителя/опекуна № 1		Валовой годовой доход родителя/опекуна № 2		Валовой ежемесячный доход:		Сколько вы платите в месяц за аренду?	
Потребности ребенка							
Имеются ли у вашего ребенка проблемы со здоровьем или ограниченные возможности физического здоровья или психического здоровья?		<input type="checkbox"/> Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет Можете ли вы предоставить медицинскую документацию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Используется ли для вашего ребенка индивидуальный план обучения (IEP) или индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)?		<input type="checkbox"/> Да, есть <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Нет	
Есть ли у ребенка проблемы с поведением?		<input type="checkbox"/> Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет		Прошел ли ребенок обследование с точки зрения психического здоровья, или есть ли у него диагноз, связанный с психическим здоровьем?		<input type="checkbox"/> Да: _____ <input type="checkbox"/> Нет	
Участвовали ли вы ранее в программе центра Head Start округа Адамс?		Есть ли у вашего ребенка медицинская страховка?					

### Данные о приеме

Как вы узнали о центре Head Start округа Адамс?  От родственников/друзей  От представителей программы SNAP  TANF  По рекомендации местной организации-партнера: \_\_\_\_\_  Из баннера у центра Head Start округа Адамс  На местном мероприятии: \_\_\_\_\_  В интернете  От сотрудника центра Head Start округа Адамс: \_\_\_\_\_  Другое: \_\_\_\_\_

### Предпочтительное место расположения центра Head Start (отметьте 1<sup>-й</sup> и 2<sup>-й</sup> по предпочтительности центр)

- Центр Brighton (18<sup>th</sup> & Egbert)  Центр Rainbow (84<sup>th</sup> & Lowell Blvd.)  Little Star (74<sup>th</sup> & Lowell Blvd.)  
 Центр Creekside (92<sup>nd</sup> & Huron)  Центр Sunshine (56<sup>th</sup> & Quebec)  Центр Northglenn (104<sup>th</sup> & Washington)

Документ  
заполнил:

\_\_\_\_\_

(Подпись)

Дата:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ваша семья имеет право на участие в программе Head Start, если доход вашей семьи находится на уровне прожиточного минимума или ниже него. Рекомендации по борьбе с бедностью можно найти по адресу <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>. Если ваша семья получает государственную помощь (TANF, SSI или SNAP), а также семьи, у которых есть дети в приемных семьях или дети, которые являются бездомными, также имеют право на получение помощи независимо от дохода.