



Early Learning And Family Services Head Start/ECEAP/Early Head Start

ПЕРВИЧНАЯ АНКЕТА

Дата заполнения _____

Дата рождения ребенка _____

Имя; фамилия ребенка _____

М Ж Национальность _____

Почтовый адрес _____
Улица/п.я. город индекс

Дом. телефон _____

Адрес проживания _____
улица город индекс

Рабочий телефон _____

Оплачиваете ли Вы жилье при поддержке Bellingham Housing? (низкий доход или программа 8) Да Нет

Родитель/Опекун _____ Дата Рождения _____ Адрес (если иной, чем выше указанный) _____

Родитель/Опекун _____ Дата Рождения _____ Адрес (если иной, чем выше указанный) _____

Ребенок проживает с родителями только с матерью только с отцом опекуном приемными родителями

Если ребенок проживает с приемными родителями _____
Имя, фамилия приемных родителей

Язык на котором говорит ребенок _____ Язык на котором говорят родители _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

В моей семье _____ взрослых и _____ детей.

Пожалуйста перечислите остальных детей в Вашем доме:

ИМЯ:	дата рождения:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

источники дохода: DSHS Работа
SSI Другое (пожалуйста, объясните) _____

Посещает ли ребенок детский сад? Да нет Если да, укажите какой: _____

Нужен ли Вам детский сад? Да нет комментарии: _____

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБАХ

Мой ребенок регулярно посещает: _____ клинику / офис
название клиники или имя доктора

Если у ребенка есть какие-либо проблемы со здоровьем, пожалуйста кратко объясните:

Имеет ли ребенок в настоящее время Индивидуальный План Обучения (IEP)? да нет

Если да, укажите название школы _____

Имеет ли ребенок в настоящее время Индивидуальный план семейных услуг (IFSP)? да нет

Если да, кто ваш координатор по семейным ресурсам? _____

Пользуетесь ли вы услугами других агентств? (Отдел здравоохранения, Opportunity Council, Brigid Collins).
пожалуйста перечислите какими: _____

Пожалуйста, поделитесь своими проблемами и трудностями:

Отметьте все, что относится к Вам или Вашей семье:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> безработица | <input type="checkbox"/> медицинские проблемы (родители) | <input type="checkbox"/> преждевременные роды |
| <input type="checkbox"/> инвалидность у взрослого | <input type="checkbox"/> мама с образованием меньше чем 10 классов | <input type="checkbox"/> медицинские проблемы |
| <input type="checkbox"/> нет транспорта | <input type="checkbox"/> отец с образованием меньше чем 10 классов | <input type="checkbox"/> живете в приюте |
| <input type="checkbox"/> родитель в школе | <input type="checkbox"/> вовлечены в криминальную систему | <input type="checkbox"/> родитель-одиночка |
| <input type="checkbox"/> родитель-подросток | <input type="checkbox"/> случаи домашнего насилия | <input type="checkbox"/> насилие над ребенком |
| <input type="checkbox"/> нет поддержки | <input type="checkbox"/> материнская депрессия | <input type="checkbox"/> бездомные |

Другие обстоятельства, о которых вы хотели бы рассказать _____

Как Вы узнали о нашей программе? _____

Подпись родителя или опекуна _____

Пожалуйста верните заполненную анкету по адресу: _____

Early Learning And Family Services
1111 Cornwall Ave., Suite 200
Bellingham, WA 98225
734-8396

Early Learning And Family Services is a division of the Opportunity Council. Please be aware that information provided
On this form may be used by the Opportunity Council for statistical or agency mailing list purposes only.