



# Программа Head Start Портлендских Государственных Школ (PPS)

4800 NE 74<sup>th</sup> Ave. Portland, OR 97218 \* 503-916-5724 \* Факс 503-916-2670 \* www.headstart.k12.or.us

### OFFICE USE

Date Received \_\_\_\_\_ Staff Initials \_\_\_\_\_ Application # \_\_\_\_\_ МЕСР? \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

*Это заявление не гарантирует зачисление. О статусе своего заявления Вы будете уведомлены в скором порядке.*

Официальное имя ребенка: Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отч. \_\_\_\_\_

Пол ребенка: Мужской  Женский  Дата рождения ребенка \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Начальная школа по адресу \_\_\_\_\_ Емэйл \_\_\_\_\_

Тел.: Домашний \_\_\_\_\_ Мобильный \_\_\_\_\_ Рабочий/др. \_\_\_\_\_

Этнич.происх. ребенка: Латино/а?  Да  Нет Раса ребенка: Чернокож. Коренн. Амер. Белый  
Азиат.происх. Тихоокеан. остров.

Язык общения дома: 1ый \_\_\_\_\_ 2ой \_\_\_\_\_

Медицинский № или медицинская страховка ребенка \_\_\_\_\_

У ребенка есть подтвержденная инвалидность/нарушение здоровья? Да  Нет  Если Да, какого типа? \_\_\_\_\_

Ребенок получает услуги специального образования? Да  Нет  Кто предоставляет? \_\_\_\_\_

Семья ребенка Пожалуйста, перечислите родителей/опекунов:

Имя	Кем приходится	Дата рождения	Основной язык/ Нужен переводчик?	Адрес (если отличен от вышеуказанного)

Отметьте одно:  Одинокий родитель  Два родителя  Приемная семья  Бабушка/дедушка  Другое

Родители/опекуны трудоустроены?  Да  Нет

Если Да, кто? \_\_\_\_\_  Полный раб. день  Неполный раб. день  
\_\_\_\_\_  Полный раб. день  Неполный раб. день

Родители/опекуны посещают учебное заведение?  Да  Нет

Если Да, кто? \_\_\_\_\_  Полный день  Неполный день  
\_\_\_\_\_  Полный день  Неполный день

Пожалуйста, укажите всех людей, проживающих с вами и пользующихся вашей материальной поддержкой:

Имя	Кем приходится ребенку	Дата рождения

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы как можно полнее. Это поможет нам определиться с неотложностью Ваших нужд.

Был ли этот ребенок зачислен в программу:  Head Start  Early Head Start

Когда/Где? \_\_\_\_\_

Находится ли член семьи в тюремном заключении?:  Да  Нет Если Да, кем приходится ребенку? \_\_\_\_\_

Был ли брат/сестра в нашей программе?  Да  Нет Если Да, Имя: \_\_\_\_\_ Когда \_\_\_\_\_

Пожалуйста, отметьте любое влияние окружающей среды на ребенка в последние 2 года:

Жестокое обращение / отсутствие заботы  Смерть в семье  Развод  Потеря жилья  Насилие в семье  
 Злоупотребление наркотиками/алкоголем  Тюремное заключение родителя  Серьезная проблема со здоровьем ребенка \_\_\_\_\_  Другое \_\_\_\_\_

Служит ли родитель/опекун в армии?  Да  Нет

Вы были или являетесь родителем-подростком?  Да  Нет

Обслуживает ли вашу семью другая организация:  Да  Нет Если Да, какая? \_\_\_\_\_

Получает ли ваша семья талоны на питание (SNAP)?  Да  Нет

Вы получаете WIC на этого ребенка?  Да  Нет Если Да, WIC № \_\_\_\_\_

**Для всех родителей/опекунов, являющихся таковыми благодаря кровному родству, замужеству/женитьбе или усыновлению и проживающими вместе с ребенком, необходимо предоставление документации, подтверждающей доход. При регистрации нужно предоставить как минимум один из следующих документов: формы W2, информация о зарплате, Налоговая декларация 1040, письменное заявление от работодателя, или подписанное заявление.**

В настоящее время получает ли ваша семья субсидию наличными или другую помощь TANF (ERDC)?  Да  Нет

Получает ли кто-либо из вашей семьи Дополнительный доход социального обеспечения/Supplemental Security Income (SSI)?  Да  Нет

Это приемный ребенок, поступивший к вам на воспитание через DHS?  Да  Нет

У вас есть место для постоянного проживания?  Да  Нет

Если Нет, пожалуйста, опишите вашу текущую ситуацию с жильем \_\_\_\_\_

Текущий годовой валовой доход/ gross income: \_\_\_\_\_ Кол-во членов семьи: \_\_\_\_\_

Текущий месячный валовой доход/ gross income: \_\_\_\_\_

**PPS Программа Head Start включает в себя множество услуг по поддержке семьи. Родителям будет предложено сотрудничать с программой, помогая с классными занятиями, участвуя в регулярных домашних визитах, обеспечивая регулярную посещаемость школы их ребѐнкам, общаясь с сотрудниками программы и обеспечивая своевременную медицинскую и стоматологическую помощь для своего ребенка.**

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Откуда вы узнали о программе PPS Head Start? \_\_\_\_\_

PPS Head Start не обеспечивают доставку детей до мест обслуживания, но возможна помощь с оплатой городского транспорта TriMet. Чтобы иметь право на PPS Head Start, семьи должны проживать в границах Портлендских Государственных школ.