Early Childhood Education and Assistance Program

E C E A P

ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਫਾਰਮ

ਇਹ ਦੋ ਸਫੇ ਦਾ ਫਾਰਮ ਹੈ. ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋਹਵੇਂ ਸਫੇ ਭਰੋ।
ਦਾਖਲੇ ਸਮੇਂ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖੋ ।

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
ਡਬਲ ਬਕਸੇ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਕੇਵਲ ਠੇਕੇ ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ/ਸਥਾਨਿਕ ਸਟਾਫ ਵਾਸਤੇ ਹੈ।

ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ *ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੋ।*

1. ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ: ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ: _____ ਪਹਿਲਾ _____ ਵਿਚਲਾ _____
2. ਬੱਚੇ ਦਾ ਐਸ ਐਸ ਨੰਬਰ: _____-_____-_____ ☐ SSN ਨਹੀਂ ਹੈ 3. ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ _____/_____/_____ 4. ਲਿੰਗ ☐ ਮ ☐ ਜ
5. ਐਡਰੈਸ _____ ਸ਼ਹਿਰ: _____
   ਸਟੇਟ: _____ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ _____-_____ 6. ਕਾਂਊਂਟੀ _____
7. ਸਕੂਲ ਡਿਸਟਰਕਿਟ (*ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ*): _____
8. ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ (_____)_____-_____ ਕੰਮ/ਸੁਨੇਹੇ ਦਾ ਨੰਬਰ: (_____)_____-_____ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦਾ ਨੰਬਰ (_____)_____-_____
9. ਕੌਮ/ਨਸਲ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
   ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੋ ਸਵਾਲ ਕੌਮ ਦਾ ਹੈ ਨਸਲ ਦਾ ਨਹੀਂ। ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਇਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਬਕਸੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾ ਕੇ ਦੇਵੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਨਸਲ ਦੇ ਹੋ।
   - ☐ ਗੋਰੇ
   - ☐ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ
   - ☐ ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡੀਅਨ/ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ
   - ☐ ਏਸ਼ੀਅਨ
   - ☐ ਨੇਟਿਵ ਹਵਾਇਨ/ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ
   - ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ ਨਸਲ: _____
10. ਘਰ ਵਿਚ ਜੋ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: ਮੁੱਢਲੀ _____ ਦੂਸਰੀ _____
11. ਬੱਚੇ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਵੱਖਰੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦੀ ਪਲੈਨ (IEP): ☐ ਜੇ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਡਿਸਟਰਿਕਟ: _____
12. ਬੱਚਾ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ (ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ):
    a) ☐ ਕੇਵਲ ਮਾਂ
    ☐ ਮੱਤਰੇਏ ਮਾਂ ਬਾਪ
    ☐ ਮਾਂ ਤੇ ਮਤਰੇਆ ਬਾਪ
    ☐ ਕੇਵਲ ਬਾਪ
    ☐ ਦਾਦਾ ਦਾਦੀ
    ☐ ਬਾਪ ਜਾਂ ਮਤਰੇਈ ਮਾਂ
    ☐ ਮਾਤਾ ਪਿਤਾ ਦੋਹਵੇਂ
    ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ: _____
    b) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ ਜੇ ਬੇਘਰ ਹੈ ਤਾਂ: ☐

ਮਾਂ ਬਾਪ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ *ਮਾਂ ਬਾਪ/ਮਤਰੇਏ ਮਾਂ ਬਾਪ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਹਿਣ ਦੇ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਵੇ ਲਿਖੋ।*

13.	ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:	☐ ਮਾਂ ☐ ਮਤਰੇਈ ਮਾਂ	☐ ਬਾਪ ☐ ਮਤਰੇਆ ਬਾਪ
14.	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ:		
15.	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ:		
16.	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ:	_____-____-_____ ☐ ਐਸ ਐਸ ਐਨ ਉਪਲੱਬਧ ਨਹੀਂ	_____-____-_____ ☐ ਐਸ ਐਸ ਐਨ ਉਪਲੱਬਧ ਨਹੀਂ
17.	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮ/ਦਿਨ/ਸਾਲ):		
18.	ਵੱਧ ਪੜ੍ਹੇ ਗਰੇਡ ਤੇ ਦਾਇਰਾ ਲਾਵੋ:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17 18	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17 18
19	ਕੋਈ ਪੜ੍ਹਾਈ ਜਾਂ ਟਰੇਨਿੰਗ ਜੋ ਮਾਂ ਬਾਪ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ, ਦਾਇਰਾ ਲਾਵੋ (*ਕੋਈ "ਦੂਸਰੀ ਟਰੇਨਿੰਗ" ਲਿਖੋ*)	ਜੀ ਈ ਡੀ ਕਲਾਸਾਂ /ਹਾਈ ਸਕੂਲ/ ਪੜ੍ਹਾਈ/ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਕਾਲਜ/ ਹੋਰ ਪੜ੍ਹਾਈ/ ਟੈਕਨੀਕਲ ਸਿਖਲਾਈ.ਅਘਰੇਜੀ ਦੀਆਂ ਕਲਾਸਾਂ/ਜੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵੀ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ/ਨਹੀਂ/ ਹੋਰ	ਜੀ ਈ ਡੀ ਕਲਾਸਾਂ /ਹਾਈ ਸਕੂਲ/ ਪੜ੍ਹਾਈ/ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਕਾਲਜ/ ਹੋਰ ਪੜ੍ਹਾਈ/ ਟੈਕਨੀਕਲ ਸਿਖਲਾਈ.ਅਘਰੇਜੀ ਦੀਆਂ ਕਲਾਸਾਂ/ਜੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵੀ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ/ਨਹੀਂ/ ਹੋਰ
20.	ਕੰਮ ਦੀ ਸਥਿਤੀ	☐ ਫੁਲ ਟਾਈਮ ☐ ਕੰਮ ਲੱਭ ਰਹੇ ਹੋ ☐ ਪਾਰਟ ਟਾਈਮ ☐ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਲੱਭ ਰਹੇ ਹੋ	☐ ਫੁਲ ਟਾਈਮ ☐ ਕੰਮ ਲੱਭ ਰਹੇ ਹੋ ☐ ਪਾਰਟ ਟਾਈਮ ☐ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਲੱਭ ਰਹੇ ਹੋ
21.	ਮਾਂ ਬਾਪ ਕਰ ਰਹੇ ਹ:	☐ ਬਾਹਰੋਂ ਆਏ ਹਨ/ਮੌਸਮੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਕੰਮ	☐ ਬਾਹਰੋਂ ਆਏ ਹਨ/ਮੌਸਮੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਕੰਮ

ਘਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ *ਸਾਰੇ ਘਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬੱਦੇ ਦੀ ਸਪੋਰਟ ਵਾਸਤੇ ਲਿਖੋ; ਕਿ ਮਾਂ ਬਾਪ ਦੀ ਉਪਰ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।*

22. ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ: $ _____ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ: $ _____
23. ਘਰ ਵਿਚ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬੰਦੇ: _____

a) Check if family is over income: ☐ FPL _____%
b) If child is from over income family, please check risk factors for why child qualifies for ECEAP:
☐ Child is at risk due to environmental factors.
☐ Child is at risk due to developmental factors.

24. ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਾਧਨ (*ਸਾਰੇ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ*)
    - ☐ ਤਨਖਾਹ/ਬੱਝੀ ਤਨਖਾਹ/
    - ☐ ਵਧੇਰੇ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ (SSI)
    - ☐ ਵਰਕ ਫਸਟ/ਟੀ ਏ ਐਨ ਐਫ ਦੀ ਕੈਸ਼ ਮਦਦ (ਕਲਾਇਂਟ ਦਾ ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ #: _____
    - ☐ ਦੂਸਰੇ _____
    - ☐ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਦਦ
    - ☐ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਭੱਤੇ
    - ☐ ਪੈਨਸ਼ਨ, ਰੀਟਾਇਰਮੈਂਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ
    - ☐ ਪੈਸੇ/ਪਤੀ ਤੋਂ ਮਦਦ
    - ☐ ਵਰਕ ਫਸਟ ਕੈਸ਼ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪਬਲਿਕ ਮਦਦ
25. ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਲਈ ਕੋਈ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ECEAP ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਫਾਰਮ

(ਜਾਰੀ)

Double-Boxed Areas are for Contractor/Site Staff Use Only
ਡਬਲ ਬਕਸੇ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਕੇਵਲ ਠੇਕੇ ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ/ਸਥਾਨਿਕ ਸਟਾਫ ਵਾਸਤੇ ਹੈ।

26. ਪਰਿਵਾਰ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੀ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਪੋਰਟ ਦਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। *(ਸਾਰੇ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ)*
☐ ਖਾਣੇ ਦੀਆਂ ਸਟੈਂਪਾਂ ☐ ਫੂਡ ਬੈਂਕ ☐ ਵਿਕ ☐ ਗਰਾਂਟ ਵਾਲੇ ਘਰ ☐ ਬੇਘਰਾਂ ਦੇ ਸ਼ੇਲਟਰ
☐ ਬਿਜਲੀ ਪਾਣੀ ਦੀ ਮਦਦ ☐ ਘਰ ਵਿਚ ਮਾਰ ਕੁਟਾਈ ☐ ਦੂਸਰੇ ਸਥਾਨਿਕ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ (*ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ*)_____

27. ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲ "ਏ" ਅਤੇ "ਬੀ" ਦਾ ਜਵਾਬ ਲਿਖੋ:
a) ਪਰਿਵਾਰ ਜੋ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਵਿਚ ਹਿਸਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਨ *(ਸਾਰੇ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ)*
☐ ਸੇਹਤਮੰਦ ਦੋਣ ☐ ਮੈਡਿਕਏਡ ☐ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਬੇਸਕ ਹੈਲਥ ਪਲੈਨ ☐ ਪਰਾਈਵੇਟ ਮੈਡੀਕਲ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ
☐ ਪਰਾਈਵੇਟ ਦੰਦਾ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ☐ ਦੂਸਰੀ ਹੈਲਥ ਪਲੈਨ, ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ:_____
☐ ਕੋਈ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨਹੀਂ
b) ਪਰਿਵਾਰ ਹੁਣ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਸੇਹਤ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮਾਂ ਵਿਚ ਹਿਸਾ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ *(ਸਾਰੇ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ)*
☐ ਫਸਟ ਸਟੈਪਸ ☐ ਫੈਮਿਲੀ ਪਲੈਨਿੰਗ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸੇਹਤ ☐ ਨਸ਼ਾ ਛਡਾਉਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ
☐ ਦੂਸਰੇ ਪ੍ਰੀਵਾਰਿਕ ਸੇਹਤ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ: _____ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ

28. ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁੱਢਲੀ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਹੈ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਬੱਚੇ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ/ਸੇਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ *ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਸਮੇਂ ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ/ਸੇਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੋ।*

29. ਬੱਚੇ ਨੇ ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ/ਅਤੇ ਸੇਹਤ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮਾਂ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲਿਆ ਹੈ(*ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਵੋ)*
☐ ਸੇਹਤਮੰਦ ਬੱਚੇ ☐ ਮੈਡਿਕਏਡ ☐ ਵਾਸ਼ਿੰਟਗਟਨ ਹੈਲਥ ਪਲੈਨ ☐ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੇਹਤ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ (ਚਿਪ)
☐ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਮੈਡੀਕਲ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ☐ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ
☐ ਦੂਜੀ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਦੀ ਪਲੈਬ, ਮੈਡੀਕਲ/ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ: _____ ☐ ਕੋਈ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨਹੀਂ

30. ਬੱਚੇ ਦਾ ਮੁਢਲੀ ਸੇਹਤ ਦੀ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

31. ਉਹ ਤਾਰੀਖ ਜਿਸ ਤੋਂ ਪਿਛਲੀ ਮੈਡੀਕਲ ਦੀ ਚੈਕ ਅੱਪ ਹੋਈ ਹੈ: ___/___/___

If date of last medical exam is greater than one year prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (***MUST** be completed within 90 days of the first service date*):___/___/___

32. ਪਹਿਲੀ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਚੈਕ ਅੱਪ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: ___/___/___

If date of last dental exam is greater than six months prior to first service date or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP *(**MUST** be completed within 90 days of the first service date)*: ___/___/___

33. ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਮਰ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ ਸਾਰੇ ਟੀਕੇ ਲਗੇ ਹਨ (ਡੀ ਓ ਐਚ ਦੇ ਟੀਕਿਆਂ ਦੇ ਮੁਤੁਬਕ): *(ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ RCW 28A.210.160, ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਟੀਕੇ ਦਾ ਸਰਟੀਫੀਕੇਟ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੁਢਲੇ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਦੇਖ ਭਾਲ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਜਿਥੇ ਵੀ ਉਹ ਜਾਂਦੇ ਹਨ:* ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
a) ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇ ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਦਸੋ ਕਿ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:
☐ ਹੈਪੀਟਾਈਟਸ ਬੀ ☐ ਡਿਪਥੀਰੀਆ ☐ ਟੈਟਨਸ ☐ ਪਰਟੀਯੂਟਸ ☐ ਐਚ. ਇਨਫਲਯੂਐਂਜ਼ਾ ਟਾਈਪ ਬੀ ☐ ਪੋਲੀਓ ☐ ਮੀਜ਼ਲ. ਮੰਪਸ, ਰੂਬੈਲਾ

b) If child not fully immunized at time of enrollment, date child became fully immunized while in ECEAP: ___/___/___
c) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: ☐ Yes ☐ No
Provide date exemption submitted: ___/___/___

ਮੈਂ ਇਹ ਤਸਦੀਕ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਰੀ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। **ECEAP** ਸਟੇਟਸ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਤੋਂ ਪੈਸੇ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈਕੁਝ ਜਾਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੂਸਰੀ ਸਟੇਟ/ਜਾਂ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਭੇਜਣੀ ਜਰੂਰੀ ਹੈ। ਨਾਲ ਨਾਲ; ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਖੋਜ ਦੀਆਂ ਕੰਪਨੀਆਂ ਗੋਰਮਿੰਟ ਸੁਦਾ ਨਹੀਂ ਹਨ ਨੂੰ ਵੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਡੀਪਾਰਟਮੈਂਟ, ਟਰੇਡ ਅਤੇ ਪੈਸੇ ਦੇ ਵਿਜਾਸ ਦੇ ਕੌਨਟਰੈਕਟ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭੇਜਣੀਆਂ ਪੈਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਹੁਤ ਗੁਪਤ ਰਖੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਜਦ ਤਕ ਕਿ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਇਜ਼ਜ਼ਾਤ ਨਹੀਂ ਦੇਂਦੇਪ।

ਇਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲਾਈਨਾਂ ਤੇ ਸਾਈਨ ਕਰਨੇ *ਜ਼ਰੂਰੀ* ਹਨ:

34. _____ _____
ਮਾਂ ਬਾਪ ਜਾਂ ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਸਾਈਨ *ਤਾਰੀਖ*

35. _____ _____
ਇੰਟਰਵਿਊ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਸਾਈਨ *ਤਾਰੀਖ*

36. _____ _____
ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਵਾਲੇ /ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਸਾਈਨ *ਤਾਰੀਖ*

Enrollment Information

37. Enrollment date : ___/___/___
38. Was child enrolled last year? ☐ Yes ☐ No
39. Child will be transported by ECEAP: ☐ One way ☐ Both ways ☐ Not transported by ECEAP
40. Site code:_____

Transfers/Returns

41. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
42. ☐Transfer/☐Return site code: _____ ☐Transfer/☐Return service date: ___/___/___ Exit date: ___/___/___
43. Form type: ☐ New enrollment ☐ Update medical-dental ☐ Update transfer or return ☐ Notify that child exited