Дата подачи заявления: _____

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

«Централизованный список кандидатов на получение субсидируемой помощи по округу Лос-Анджелес» (Los Angeles Centralized Eligibility List или LACEL) является связующим звеном, призванным помочь семьям с низким уровнем дохода в получении субсидируемых услуг по воспитанию и уходу за детьми по мере появления свободных мест в детских учреждениях и поступления финансирования. Заполнив данную форму, Вы регистрируетесь в программе LACEL. На основе полученной от Вас информации принимается решение о предоставлении Вам субсидируемых услуг по воспитанию и уходу за детьми. В рамках программ, предоставляющих субсидируемые услуги по воспитанию и уходу за детьми, поиск семей, отвечающих всем требованиям для получения субсидируемой помощи, производится по спискам программы LACEL. Если с Вами свяжутся по вопросам регистрации в программах на получение субсидируемой помощи, Вы должны представить документы, подтверждающие информацию в данной регистрационной форме, в целях подтверждения Вашего соответствия требованиям программы до регистрации ребенка в программе. **Вся информация является строго конфиденциальной**. Программа LACEL осуществляется Управлением по охране детства (Office of Child Care) под эгидой Комитета планирования по вопросам охраны детства округа Лос-Анджелес (Los Angeles County Child Care Planning Committee). Для получения дополнительной информации, пожалуйста, свяжитесь с Управлением по охране детства по телефону (213) 974-1664 или посетите вебсайт: www.childcare.lacounty.gov.

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ # 1 (Обязательно предоставить информацию обо всех взрослых членах семьи)

Фамилия:	Имя:	Основной язык:
Адрес:	Город:	Индекс:
Домашний телефон:	Рабочий телефон:	Сотовый телефон:

Получаете ли Вы сейчас материальную помощь? ☐ Да ☐ Нет Если **НЕТ**, получали ли Вы материальную помощь в течение последних двух лет? ☐ Да ☐ Нет Если **ДА**, укажите дату получения последней выплаты материальной помощи:_____/_____/_____

ПРИЧИНА НЕОБХОДИМОСТИ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (Отметьте все подходящие варианты ответа)

☐ Работаю (Название компании/Индекс:) _____
☐ Прохожу обучение или посещаю курсы (Название школы/Индекс:)_____
☐ Нетрудоспособен/Инвалид ☐ Неполный день в дошкольном заведении ТОЛЬКО для ребенка
☐ Ищу работу
☐ Бездомный/Ищу жилье
☐ Рабочий-мигрант

ДОХОД (Целая сумма в долларах, до выплаты налогов и отчислений, по каждому источнику дохода)

ДОХОДВ МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК	ДОХОД В МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК	ДОХОД В МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК
$	Заработная плата или доход от индивидуальной трудовой деятельности	$	Алименты от супруга	$	Продовольственные талоны
$	Социальное пособие	$	Пособие по нетрудоспособности	$	Пособие по безработице
$	Компенсация в связи с производственной травмой	$	Алименты на ребенка	$	Пенсия
$	Дополнительные пособия от штата	$	Субсидия по усыновлению ребенка	$	Материальная помощь (только в отношении детей)
$	Другое:	$	Если Вы выплачиваете алименты на ребенка, какова сумма выплаты в месяц?		

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ # 2

Фамилия:	Имя:	Основной язык:
Домашний телефон:	Рабочий телефон:	Сотовый телефон:

Получаете ли Вы сейчас материальную помощь? ☐ Да ☐ Нет Если **НЕТ**, получали ли Вы материальную помощь в течение последних двух лет? ☐ Да ☐ Нет Если **ДА**, укажите дату получения последней выплаты материальной помощи:_____/_____/_____

ПРИЧИНА НЕОБХОДИМОСТИ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (Отметьте все подходящие варианты ответа)

☐ Работаю (Название компании/Индекс:) _____
☐ Прохожу обучение или посещаю курсы (Название школы/Индекс:)_____
☐ Нетрудоспособен/Инвалид ☐ Неполный день в дошкольном заведении ТОЛЬКО для ребенка
☐ Ищу работу
☐ Бездомный/Ищу жилье
☐ Рабочий-мигрант

ДОХОД (Целая сумма в долларах, до выплаты налогов и отчислений, по каждому источнику дохода)

ДОХОД В МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК	ДОХОД В МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК	ДОХОД В МЕСЯЦ	ИСТОЧНИК
$	Заработная плата или доход от индивидуальной трудовой деятельности	$	Алименты от супруга	$	Продовольственные талоны
$	Социальное пособие	$	Пособие по нетрудоспособности	$	Пособие по безработице
$	Компенсация в связи с производственной травмой	$	Алименты на ребенка	$	Пенсия
$	Дополнительные пособия от штата	$	Субсидия по усыновлению ребенка	$	Материальная помощь (только в отношении детей)
$	Другое:	$	Если Вы выплачиваете алименты на ребенка, какова сумма выплаты в месяц?		

ДЕТИ, ПРОЖИВАЮЩИЕ В СЕМЬЕ

(Все дети, проживающие в семье, в возрасте до 18 лет или до 22 лет в случае детей с ограниченными физическими возможностями).

Обновленная версия: Май 2010 г.

Дата подачи заявления: _____

#1. Имя Фамилия

Дата рождения:	Пол: М / Ж	Индексы предпочитаемых мест оказания услуг:

Услуги необходимы: (*Отметить все подходящие варианты)*
☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Вечернее время ☐ Выходные
☐ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ

Название школы ребенка / Класс:	Округ:

ЗАПОЛНИТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ПОПЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ОХРАНЫ ДЕТСТВА

Оплата услуг патронатного воспитателя	Имя работника социальной службы	Контактный телефон	Номер дела
$			

Существует риск жестокого обращения, безнадзорности или эксплуатации? (Обязательная передача на рассмотрение) ☐ Да ☐ Нет Передано на рассмотрение: _____	Список братьев или сестер, проживающих в семье:

Степень родства "родителей" по отношению к данному ребенку:
☐ Биологические родители ☐ Патронатные родители ☐ Опекуны
☐ Приемные родители ☐ Другое:

#2. Имя Фамилия

Дата рождения:	Пол: М / Ж	Индексы предпочитаемых мест оказания услуг:

Услуги необходимы: (*Отметить все подходящие варианты)*
☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Вечернее время ☐ Выходные
☐ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ

Название школы ребенка / Класс:	Округ:

ЗАПОЛНИТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ПОПЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ОХРАНЫ ДЕТСТВА

Оплата услуг патронатного воспитателя	Имя работника социальной службы	Контактный телефон	Номер дела
$			

Существует риск жестокого обращения, безнадзорности или эксплуатации? (Обязательная передача на рассмотрение) ☐ Да ☐ Нет Передано на рассмотрение: _____	Список братьев или сестер, проживающих в семье:

Степень родства "родителей" по отношению к данному ребенку:
☐ Биологические родители ☐ Патронатные родители ☐ Опекуны
☐ Приемные родители ☐ Другое:

#3. Имя Фамилия

Дата рождения:	Пол: М / Ж	Индексы предпочитаемых мест оказания услуг:

Услуги необходимы: (*Отметить все подходящие варианты)*
☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Вечернее время ☐ Выходные
☐ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ

Название школы ребенка / Класс:	Округ:

ЗАПОЛНИТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ПОПЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ОХРАНЫ ДЕТСТВА

Оплата услуг патронатного воспитателя	Имя работника социальной службы	Контактный телефон	Номер дела
$			

Существует риск жестокого обращения, безнадзорности или эксплуатации? (Обязательная передача на рассмотрение) ☐ Да ☐ Нет Передано на рассмотрение: _____	Список братьев или сестер, проживающих в семье:

Степень родства "родителей" по отношению к данному ребенку:
☐ Биологические родители ☐ Патронатные родители ☐ Опекуны
☐ Приемные родители ☐ Другое:

#3. Имя Фамилия

Дата рождения:	Пол: М / Ж	Индексы предпочитаемых мест оказания услуг:

Услуги необходимы: (*Отметить все подходящие варианты)*
☐ Полный день ☐ Неполный день ☐ Вечернее время ☐ Выходные
☐ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ

Название школы ребенка / Класс:	Округ:

ЗАПОЛНИТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ПОПЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ОХРАНЫ ДЕТСТВА

Оплата услуг патронатного воспитателя	Имя работника социальной службы	Контактный телефон	Номер дела
$			

Существует риск жестокого обращения, безнадзорности или эксплуатации? (Обязательная передача на рассмотрение) ☐ Да ☐ Нет Передано на рассмотрение: _____	Список братьев или сестер, проживающих в семье:

Степень родства "родителей" по отношению к данному ребенку:
☐ Биологические родители ☐ Патронатные родители ☐ Опекуны
☐ Приемные родители ☐ Другое:

Отметить все варианты ответов в отношении всех детей, перечисленных выше	**РЕБЕНОК** # 1	**РЕБЕНОК** # 2	**РЕБЕНОК** # 3	**РЕБЕНОК** # 4
Ребенок находится на Индивидуальном плане обучения (IEP) (возраст 3 года и старше)				
Ребенок получает услуги Центра раннего развития «Early Start»/Регионального центра				
Ребенок получает услуги местного школьного округа (специальное образование)				
Отставания в развитии (когнитивное развитие, аутизм, синдром Дауна и т.п.)				
Отставания в развитии (физическое развитие, развитие двигательных навыков)				
Задержка социального/эмоционального развития или нарушения поведения				
Физическая недееспособность (детский церебральный паралич, заболевания позвоночника, ортопедические заболевания и т.п.)				
Состояние здоровья/заболевания (астма, диабет, другое_____)				
Речь/язык/коммуникация				
Слух/зрение				