ओहायो डिपार्टमेंट ऑफ जॉब एंड फैमिली सर्विसेज़ (Ohio Department of Job and Family Services)
ओहायो डिपार्टमेंट ऑफ एजुकेशन (Ohio Department of Education)

प्रारंभिक बाल्यावस्था शिक्षा पात्रता स्क्रीनिंग उपकरण

मैं प्रारंभिक बाल्यावस्था शिक्षा सेवाओं (ECE) के लिए कैसे आवेदन करूं?

- स्क्रीनिंग उपकरण, JFS 01121 को पूरा करें।
- इस फॉर्म को **अपने प्रदाता के पास जमा करें।**
- **Ohio Department of Education के पास फॉर्म जमा** न करवाएं।
- यदि आप योग्य पाये जाते हैं तो आपका प्रदाता आपको बताएगा।

सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल के लिए मैं कैसे आवेदन करूं?

- स्क्रीनिंग उपकरण, JFS 01121, और JFS 01122 सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल पूरक आवेदन को पूरा करें, जितने सवालों के जवाब आप दे सकते हैं, दें। **दोनों फॉर्मों पर हस्ताक्षर करना सुनिश्चित करें।**
- दोनों JFS 01121 और JFS 01122 को अपनी स्थानीय काउंटी एजेंसी के पास जमा करवाएं।
- JFS 01122 में सत्यापनों को संलग्न करें (सत्यापन आवश्यकताओं को नीचे देखें)।
- यदि आपके केस पर निर्णय लेने के लिए अधिक जानकारी की आवश्यकता है तो आपकी आवेदन तिथि के 10 दिनों के भीतर आपको एक सत्यापन जांच सूची भेजी जाएगी।
- **सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए आपके पास काउंटी को आपका आवेदन प्राप्त होने की तारीख से** 30 दिन का समय होगा।

सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल के लिए मुझे किन सत्यापनों की आवश्यकता है?

- **आय का प्रमाण:** आय के सत्यापन में वेतनमान, कर रिकॉर्ड, पुरस्कार पत्र, शिशु सहायता आदेश आदि शामिल हैं लेकिन यह इन तक ही सीमित नहीं है।
- **किसी शिशु सहायता भुगतान का प्रमाण।**
- **देखभाल की ज़रूरत वाले बच्चों के लिए नागरिकता या योग्य विदेशी स्थिति का प्रमाण:** यदि काउंटी एजेंसी सत्यापित करती है कि आपने OWF के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए पहले से ही नागरिकता का प्रमाण प्रदान कर दिया है, तो आपको इसे दूसरी बार प्रदान नहीं करना होगा।
- **घर में सभी देखभाल करने वालों के लिए योग्यता गतिविधि का प्रमाण:** योग्यता गतिविधि के सत्यापन में आधिकारिक स्कूल अनुसूची, कार्यसूची, रोजगार सत्यापन, आत्म-निर्भरता अनुबंध आदि शामिल हैं लेकिन यह इन तक ही सीमित नहीं है।
- **देखभाल की आवश्यकता वाले प्रत्येक बच्चे के लिए चुने गए एक योग्य शिशु देखभाल प्रदाता का नाम और पता प्रदान करें। (प्रदाता चुनने के सुझावों के लिए नीचे देखें)।**

Step Up To Quality क्या है?

Step Up To Quality परिवारों को शिशु देखभाल कार्यक्रमों की पहचान करने में सहायता करता है जो लाइसेंसिंग के न्यूनतम मानकों से भी परे जाते हैं। स्टार रेटेड प्रोग्राम विभिन्न तरीकों से गुणवत्ता के उच्चतर स्तरों का प्रदर्शन करते हैं। अधिक जानकारी के लिए http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm पर ODJFS शिशु देखभाल वेबसाइट पर जाएं और "Step Up To Quality" पर क्लिक करें।

मैं कोई प्रदाता कैसे चुनूं?

ECE: यदि आप शिशु शिक्षा प्रदाताओं का ख़ाका देखना चाहते हैं, तो http://education.ohio.gov/Topics/Early-Learning/Early-Childhood-Education-Grant पर जाएं।

सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल: माता-पिता सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल की पेशकश करने के लिए अनुमोदित किसी भी कार्यक्रम का चयन कर सकते हैं। इन कार्यक्रमों में केंद्र, पारिवारिक शिशु देखभाल घर और पूरे ओहायो राज्य में घरेलू सहायताएं शामिल हैं।

- यदि आप सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल प्रदाता चुनने में सहायता चाहते हैं, तो आप अपने स्थानीय शिशु देखभाल संसाधन और रेफ़रल एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं। संपर्क जानकारी के लिए http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm पर जाएं।
- आप http://childcaresearch.ohio.gov/ पर अपने बच्चे की देखभाल आवश्यकताओं के अनुरूप कार्यक्रमों की तलाश करने के लिए ODJFS शिशु देखभाल निर्देशिका का उपयोग कर सकते हैं। इस निर्देशिका से आप स्थान, कार्यक्रम के प्रकार, पेशकश की गई सेवाओं और दिन और संचालन के घंटों की खोज कर सकते हैं। Step Up To Quality रेटिंग, कोई अतिरिक्त मान्यता या संबद्धता, लाइसेंसिंग निरीक्षण और प्रमाणित शिकायतों सहित प्रत्येक कार्यक्रम के बारे में जानकारी प्रदान की जाती है।

अगले पृष्ठ पर जारी

मेरी पात्रता कब शुरू होगी?	**ECE:** आपको आपके प्रदाता द्वारा सूचित किया जाएगा कि आप कब देखभाल शुरू कर सकते हैं। **सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल:** सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल कार्यक्रम के लिए आपकी पात्रता काउंटी द्वारा हस्ताक्षरित आवेदन प्राप्त किए जाने की तारीख से 30 दिनों के भीतर निर्धारित की जाती है। यदि यह आवेदन स्वीकृत हो जाता है और आप शिशु देखभाल लाभ प्राप्त करने के योग्य हैं, तो काउंटी एजेंसी इस आवेदन को प्राप्त करने की तारीख से शिशु देखभाल के लिए भुगतान अधिकृत कर सकती है।
मैं इस आवेदन को पूरा करने के लिए सहायता कैसे प्राप्त करूं?	**ECE:** अगर आपको इस आवेदन में सहायता की आवश्यकता है, तो अपने प्रदाता से पूछें। **सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल:** अगर अंग्रेजी आपकी प्राथमिक भाषा नहीं है, तो काउंटी एजेंसी कोई ऐसा व्यक्ति उपलब्ध कराएगी जो इस आवेदन के प्रश्नों को समझने में आपकी मदद कर सके। यदि आप विकलांग हैं, बधिर या दृष्टिहीन हैं, तो काउंटी एजेंसी इस आवेदन को पूरा करने में आपकी मदद करेगी।
क्या होगा यदि मेरा बच्चा विकलांग है या मुझे संदेह है कि मेरे बच्चे के विकास में देरी हो सकती है?	• अपने बच्चे के लिए मेडिकेड स्वास्थ्य स्क्रीनिंग और प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के बारे में अधिक जानने के लिए, कृपया http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm पर ओहायो विभाग की नौकरी और परिवार सेवा शिशु देखभाल वेबसाइट पर जाएं और "Families" पर क्लिक करें। • **सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल:** आपका शिशु देखभाल प्रदाता अतिरिक्त सहायता के लिए योग्यता प्राप्त कर सकता है यदि वह आपके बच्चे के लिए विशेष अनुकूलन करता है। अधिक जानकारी के लिए आपका प्रदाता आपकी काउंटी एजेंसी से संपर्क कर सकता है।
मैं प्रदाता के बारे में शिकायत कैसे करूं?	**ECE (ODE):** यदि प्रोग्राम ODE द्वारा लाइसेंस प्राप्त है, तो 614-466-0224 पर कॉल करें। **सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित शिशु देखभाल (ODJFS):** यदि प्रोग्राम ODJFS द्वारा लाइसेंस प्राप्त है, तो 1-877-302-2347, विकल्प 4 पर कॉल करें

ओहायो डिपार्टमेंट ऑफ जॉब एंड फैमिली सर्विसेज़ (Ohio Department of Job and Family Services)
ओहायो डिपार्टमेंट ऑफ एजुकेशन (Ohio Department of Education)

प्रारंभिक बाल्यावस्था शिक्षा पात्रता स्क्रीनिंग उपकरण

हमें अपने (आवेदक) बारे में बताएं

प्रथम नाम	मध्याक्षर	उपनाम	
पता			आज की तारीख
शहर	राज्य	काउंटी	ज़िप कोड
फोन नंबर ( )	अतिरिक्त फोन नंबर ( )	ईमेल पता	

अपने घर के लोगों के बारे में हमें बताएं

नाम *(प्रथम, मध्य, अंतिम)*	**आपसे संबंध** *(पति/पत्नी, पुत्र, मित्र, आदि)*	**प्रजाति**	**हिस्पैनिक या लैटिन** *हां या ना*	**बोली जाने वाली भाषा**	**जन्मतिथि**	**लिंग** *पुरुष या महिला*	**अमेरिकी नागरिक** *हां या ना*
	स्वयं	☐ अफ्रीकी अमेरिकन ☐ अलास्का मूल/अमेरिकी भारतीय ☐ एशियाई ☐ कॉकेशियन ☐ हवाईवासी/प्रशांत द्वीपवासी					
		☐ अफ्रीकी अमेरिकन ☐ अलास्का मूल/अमेरिकी भारतीय ☐ एशियाई ☐ कॉकेशियन ☐ हवाईवासी/प्रशांत द्वीपवासी					
		☐ अफ्रीकी अमेरिकन ☐ अलास्का मूल/अमेरिकी भारतीय ☐ एशियाई ☐ कॉकेशियन ☐ हवाईवासी/प्रशांत द्वीपवासी					
		☐ अफ्रीकी अमेरिकन ☐ अलास्का मूल/अमेरिकी भारतीय ☐ एशियाई ☐ कॉकेशियन ☐ हवाईवासी/प्रशांत द्वीपवासी					
		☐ अफ्रीकी अमेरिकन ☐ अलास्का मूल/अमेरिकी भारतीय ☐ एशियाई ☐ कॉकेशियन ☐ हवाईवासी/प्रशांत द्वीपवासी					

अपने बच्चे(चों) की आपकी आवश्यकताओं के बारे में हमें बताएं

बच्चा 1	प्रदाता का नाम और पता	आपको किन घंटों/दिनों में सेवाओं की आवश्यकता है? (अर्थात शिशु देखभाल या प्रीस्कूल) *(जो भी लागू हो उस पर निशान लगाएं)*
नाम		☐ रविवार ☐ सोमवार ☐ मंगलवार ☐ बुधवार ☐ वीरवार ☐ शुक्रवार ☐ शनिवार ☐ सुबह ☐ दोपहर ☐ शाम ☐ सप्ताहांत
बच्चे की मां का कुलनाम		**बच्चे के गृह स्कूल ज़िले का क्या नाम है?**
बच्चे के जन्म का शहर		

विशेष आवश्यकता

क्या इस परिभाषा के आधार पर आपके बच्चे को विशिष्ट ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल चाहिए?
"ख़ास ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल" का मलतब उस बच्चे को दी जाने वाली बाल देखभाल से होता है जो अठारह वर्ष से कम उम्र का है और या तो एक या अधिक पुरानी स्वास्थ्य स्थितियां रखता हो या सामाजिक, भावनात्मक सहित विकास के एक या अधिक क्षेत्रों में उम्र उपयुक्त अपेक्षाओं को पूरा नहीं करता है। संज्ञानात्मक, अभिव्यक्तिशील, बोधात्मक, संचालक, शारीरिक और व्यवहारिक विकास और जिसमें नियमित आधार पर ऐसी सेवाएं, अनुकूलन, संशोधन, या समायोजन सम्मिलित हो सकते हैं जो बच्चे के कार्य या विकास में मदद के लिए ज़रूरी हों।

☐ हां ☐ नहीं

बच्चा 2	प्रदाता का नाम और पता	आपको किन घंटों/दिनों में सेवाओं की आवश्यकता है? (अर्थात शिशु देखभाल या प्रीस्कूल) *(जो भी लागू हो उस पर निशान लगाएं)*
नाम		☐ रविवार ☐ सोमवार ☐ मंगलवार ☐ बुधवार ☐ वीरवार ☐ शुक्रवार ☐ शनिवार ☐ सुबह ☐ दोपहर ☐ शाम ☐ सप्ताहांत
बच्चे की मां का कुलनाम		**बच्चे के गृह स्कूल ज़िले का क्या नाम है?**
बच्चे के जन्म का शहर		

विशेष आवश्यकता

क्या इस परिभाषा के आधार पर आपके बच्चे को विशिष्ट ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल चाहिए?
"ख़ास ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल" का मलतब उस बच्चे को दी जाने वाली बाल देखभाल से होता है जो अठारह वर्ष से कम उम्र का है और या तो एक या अधिक पुरानी स्वास्थ्य स्थितियां रखता हो या सामाजिक, भावनात्मक सहित विकास के एक या अधिक क्षेत्रों में उम्र उपयुक्त अपेक्षाओं को पूरा नहीं करता है। संज्ञानात्मक, अभिव्यक्तिशील, बोधात्मक, संचालक, शारीरिक और व्यवहारिक विकास और जिसमें नियमित आधार पर ऐसी सेवाएं, अनुकूलन, संशोधन, या समायोजन सम्मिलित हो सकते हैं जो बच्चे के कार्य या विकास में मदद के लिए ज़रूरी हों।

☐ हां ☐ नहीं

बच्चा 3	प्रदाता का नाम और पता	आपको किन घंटों/दिनों में सेवाओं की आवश्यकता है? (अर्थात शिशु देखभाल या प्रीस्कूल) *(जो भी लागू हो उस पर निशान*
नाम		☐ रविवार ☐ सोमवार ☐ मंगलवार ☐ बुधवार ☐ वीरवार ☐ शुक्रवार ☐ शनिवार ☐ सुबह ☐ दोपहर ☐ शाम ☐ सप्ताहांत
बच्चे की मां का कुलनाम		**बच्चे के गृह स्कूल ज़िले का क्या नाम है?**
बच्चे के जन्म का शहर		

विशेष आवश्यकता

क्या इस परिभाषा के आधार पर आपके बच्चे को विशिष्ट ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल चाहिए?
"ख़ास ज़रूरतों वाली शिशु देखभाल" का मलतब उस बच्चे को दी जाने वाली बाल देखभाल से होता है जो अठारह वर्ष से कम उम्र का है और या तो एक या अधिक पुरानी स्वास्थ्य स्थितियां रखता हो या सामाजिक, भावनात्मक सहित विकास के एक या अधिक क्षेत्रों में उम्र उपयुक्त अपेक्षाओं को पूरा नहीं करता है। संज्ञानात्मक, अभिव्यक्तिशील, बोधात्मक, संचालक, शारीरिक और व्यवहारिक विकास और जिसमें नियमित आधार पर ऐसी सेवाएं, अनुकूलन, संशोधन, या समायोजन सम्मिलित हो सकते हैं जो बच्चे के कार्य या विकास में मदद के लिए ज़रूरी हों।

☐ हां ☐ नहीं

हमें अपनी आय के बारे में बताएं

क्या आप या आपके घर के लोगों को इस महीने आय मिल जाएगी? हां ☐☐ नहीं

आय उस सभी धन को संदर्भित करती है जो आपके और आपके घर के लोगों को रोज़गार, बच्चे / पति/पत्नी संबंधी चिकित्सा सहायता, विकलांगता लाभ, सेवानिवृत्ति लाभ, श्रमिकों के मुआवजे, सामाजिक सुरक्षा, एसएसआई, सेवानिवृत्त सैनिक लाभ आदि से आय जैसों से प्राप्त होते हैं।

यदि हां, तो कृपया नीचे दी गई तालिका को पूरा करें।

नाम	**आय का प्रकार**	**आय की राशि** *(करों से पहले)*	**कितनी बार मिली** *(साप्ताहिक, द्वि-साप्ताहिक, आदि)*	**तारीख जब अ◌ाखिरी बार मिली**	**कार्य या स्कूल का कार्यक्रम** *(कृपया समय की सूची दें)*
					☐ रविवार _____ ☐ वीरवार _____ ☐ सोमवार _____ ☐ शुक्रवार _____ ☐ मंगलवार _____ ☐ शनिवार _____ ☐ बुधवार _____
					☐ रविवार _____ ☐ वीरवार _____ ☐ सोमवार _____ ☐ शुक्रवार _____ ☐ मंगलवार _____ ☐ शनिवार _____ ☐ बुधवार _____
					☐ रविवार _____ ☐ वीरवार _____ ☐ सोमवार _____ ☐ शुक्रवार _____ ☐ मंगलवार _____ ☐ शनिवार _____ ☐ बुधवार _____
					☐ रविवार _____ ☐ वीरवार _____ ☐ सोमवार _____ ☐ शुक्रवार _____ ☐ मंगलवार _____ ☐ शनिवार _____ ☐ बुधवार _____
					☐ रविवार _____ ☐ वीरवार _____ ☐ सोमवार _____ ☐ शुक्रवार _____ ☐ मंगलवार _____ ☐ शनिवार _____ ☐ बुधवार _____

क्या आप या आपके परिवार में कोई भी बच्चे या पति/पत्नी संबंधी सहायता का भुगतान करता है? ☐ **हां** ☐ **नहीं**

कितना?

आवेदक के हस्ताक्षर	**तारीख**