

Original Points

Total Points

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

2017-2018 လောက်လာ ပန်အပ်ခင်း

2017-2018 Returning Application

Center Location ID: _____

အပိုင်း က- ကလေး၏အခက်အလက်များ		
ကလေး၏အခက်အလက်များ	ကလေး၏ ပထမအမည်- _____ ဒုတိယ အမည် အတိုကောက်- _____ ဇနီးအမည်- _____ မေးသကရာဇ်- _____ လိင်- <input type="checkbox"/> ကား <input type="checkbox"/> မ ဖုန်း- _____ နေရပ်လိပ်စာ- _____ လောက်ထားသူ၏အမည်၊နံပါတ်- _____ မိ- _____ စာတိုက်သေတာအမတ်- _____	
	အပိုင်း ခ- ကနန်းမာရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးမှုအခက်အလက်များ	
ကလေး သတင်းအခက်အလက်	<input type="checkbox"/> အသက်ရလမ်းကောင်းဆိုင်ရာ (ရင်ကပ်, RSV, RAD, အစား) <input type="checkbox"/> ဆီးခိ <input type="checkbox"/> တက်ခင်း (ဦးဓာတ်မူမမန်ခင်း) <input type="checkbox"/> လုံးအခေအနေ <input type="checkbox"/> အစားအသောက်ဓာတ်မတည့်ခင်း(စာရင်း)- _____ <input type="checkbox"/> မိခင်ခင်း <input type="checkbox"/> မတည့်သောအစားအစာ (စာရင်း)- _____ <input type="checkbox"/> တစား (စာရင်း)- _____	
	သင့်ကလေး၏ကနန်းမာရေးပတ်သတ်ပြီး တစားသော စိုးရိမ်စရာအကောင်းမားရိပ်သလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပသည် ကုပေးခဲ့သည် ဆိုပက အောက်ပတိုကိုအမန်ခပ်ခပ်ပေးပ- <input type="checkbox"/> မိခင်ရန်၊ စားသောက်ရန် ငှါသို့မဟုတ် အထူးအစားအစာ <input type="checkbox"/> မေးကင်းစ ကိုယ်အလေးခိန် နည်းခင်း(5.5 ပေင် သို့မဟုတ် ယင်းအောက်) <input type="checkbox"/> အကားအာရုံ <input type="checkbox"/> သား နာသည်၊ဆေးမေ့သည်၊သားဖုန်းသေးထက်သည် <input type="checkbox"/> အမင်အာရုံ <input type="checkbox"/> စိတ်ကနန်းမာရေး <input type="checkbox"/> တိတိကနစ်နာဆေးဝေး/အရက <input type="checkbox"/> အစားအသောက်ကဲဟေးမ (စာရင်း)- _____ <input type="checkbox"/> တစားကနန်းမာရေးစိုးရိမ်မ- _____	
	သင့်ကလေးတင် ကနန်းမာရေးအာမခံရိပ်သလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပသည် ဟုတ်တယ်ဆိုပက မည်သည့်အမီးအစား- <input type="checkbox"/> ပန်းသီးကမ်းမာရေး၊အထောက်အကူပတု အစား <input type="checkbox"/> ပုဂလိက <input type="checkbox"/> အိယကမ်းမာရေး <input type="checkbox"/> အစား- _____	
	သင့်ကလေးတင်သားအာမခံရိပ်သလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပသည် ဟုတ်တယ်ဆိုပက မည်သည့်အမီးအစား- <input type="checkbox"/> ပန်းသီးကမ်းမာရေး၊အထောက်အကူပတု အစား <input type="checkbox"/> ပုဂလိက <input type="checkbox"/> အိယကမ်းမာရေး <input type="checkbox"/> အစား- _____	
	သင့်ကလေးတင်အောက်ပတိုခံစားဖူးပသလား။ (အားလုံးငှါသက်ဆိုင်ပက အားလုံးကိုအမန်ခပ်ပ)- <input type="checkbox"/> အကမ်းဖက်ခင်း၊လစ်လူရခင်း <input type="checkbox"/> ဖော်မာဖိုစတာ <input type="checkbox"/> လင်ဆောင်မကောင့် ကလေးစောင့်ရောက်မစင်တာမထက်စာရခင်း	
	သင့်ကလေးသည် အထူးလိုအပ်ခက်တစ်ခုရိပ်သလား။ (အောက်ပတိုကိုအမန်ခပ်ခပ်ပ)- <input type="checkbox"/> တစ်ဦးခင်းပညာရေးအစီအစဉ် (IEP) <input type="checkbox"/> တစ်မိသားစုဝန်ဆောင်မအစီအစဉ် (IFSP) <input type="checkbox"/> မသန်စမ်း စောင့်ရောက်ခင်း <input type="checkbox"/> လန်ခွဲသော 3 လတင် ကိတင်ပင်ဆင်မေးဖားခင်းမ အစီအစဉ် 6 ခုတင် စာရင်းသင်းထားပ	
	သင့်ကလေးတိုးတက်မအပေသင်စိုးရိမ်မရိပ်သလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပသည် ကုပေးခဲ့သည် ဆိုပက အောက်ပတိုကိုအမန်ခပ်ခပ်ပေးပ- <input type="checkbox"/> စကားဟော၊ဟောကားခင်း(အသံပလုပ်ခင်း၊ စကားဟောနောက်ကခင်း၊ နားလည်ရန်ခက်ခဲခင်း ငှါသို့ တစားသူဟေစကားကိုနားလည်ရန် ခက်ခဲခင်း) <input type="checkbox"/> ကောင်းမန်သောရေလားမ (ဆုတ်ကိုင်ခင်း၊ ပုံဆဲခင်း၊ ရေးသားခင်း၊ ငှါ/သို့မဟုတ် အဝတ်ဝတ်ခင်း) <input type="checkbox"/> လုပ်ဆောင်မ (ရိုက်ခင်း၊ ကိုက်ခင်း၊ စိတ်ကောက်ခင်း၊ငှါသို့ ပူးပေင်မလုပ်ကိုင်နိုင်ခင်း) <input type="checkbox"/> ရန်ရမ်းရေလားမ(လမ်းလောက်ခင်း၊တက်ခင်း၊ ပစ်ပေက်ခင်း၊ လည်ခင်း၊ မက်စီငှါဆိုင်မမရိခင်း၊ တက်ကမ်းမမရိခင်း) <input type="checkbox"/> တစားစိုးရိမ်မ - _____	
အပိုင်း ဂ- မိသားစုအခက်အလက်		
ကလေးငှါနေသောသူ- <input type="checkbox"/> တစ်ခုသောမိဘ၊စောင့်ရောက်မ <input type="checkbox"/> စုံခသောမိဘ၊စောင့်ရောက်မ လောက်ထားသူငှါ မိဘ(မား)၊စောင့်ရောက်သူ(မား)အမီးတော်ပုံ- <input type="checkbox"/> မေးစားပစုစောင့်ရောက်သောမိဘ(မား) <input type="checkbox"/> အဖိုးအဖား(မား) <input type="checkbox"/> အဒေ/ဦးလေး <input type="checkbox"/> မေးဖားသည့်မိဘ(မား) <input type="checkbox"/> မေးစားမိဘ(မား) <input type="checkbox"/> မိထေးပထေး(မား) <input type="checkbox"/> တစား- _____		
မိဘ/အုပ်ထိန်သူ အခက်အလက်	မိဘ/စောင့်ရောက်သူ <input type="checkbox"/> အမေ <input type="checkbox"/> အဖေ <input type="checkbox"/> တစား အမည်- _____ လိပ်စာ - ကလေးငှါမတူပက- _____	မိဘ/စောင့်ရောက်သူ <input type="checkbox"/> အမေ <input type="checkbox"/> အဖေ <input type="checkbox"/> တစား အမည်- _____ လိပ်စာ - ကလေးငှါမတူပက- _____
	အမိကကိုင်ဆောင်သောဖုန်း- <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> စာ	အမိကကိုင်ဆောင်သောဖုန်း- <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> စာ
	အရံအဖစ်ကိုင်သောဖုန်း- <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> စာ	အရံအဖစ်ကိုင်သောဖုန်း- <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> စာ

