

Original Points

Total Points

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: \_\_\_\_\_

# ពាក្យស្នើសុំបញ្ជូនមកវិញ 2017-2018

## 2017-2018 Returning Application

Center Location ID: \_\_\_\_\_

### ផ្នែក A: ព័ត៌មានរបស់កុមារ

ព័ត៌មានរបស់កុមារ	នាមខ្លួនរបស់កុមារ: _____ អក្សរទីមួយនៃនាមកណ្តាល: _____ គោត្តនាម: _____
	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី លេខទូរស័ព្ទ: _____
	អាសយដ្ឋាន: _____
	ឈ្មោះ/លេខអាជ្ញាធរ: _____ ទីក្រុង: _____ លេខកូដតំបន់: _____

### ផ្នែក B: ព័ត៌មានស្តីពីការលូតលាស់ និងសុខភាព

ព័ត៌មានរបស់កុមារ	<input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធដង្ហើម (ជំងឺហ្គីត, RSV, RAD, ជំងឺផ្សេងទៀត) <input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ប្រកាច់ <input type="checkbox"/> ស្ថានភាពបេះដូង <input type="checkbox"/> ប្រតិកម្មអាហារ (សូមរៀបរាប់): _____ <input type="checkbox"/> ការលេបអាហារ <input type="checkbox"/> ប្រតិកម្មនឹងសារធាតុផ្សេងពីអាហារ (សូមរៀបរាប់): _____ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមរៀបរាប់): _____
	តើអ្នកមានក្តីបារម្ភផ្សេងៗទៀតអំពីសុខភាពកូនរបស់អ្នកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត៖ <input type="checkbox"/> ការបញ្ជាក់អាហារ និង/ឬរបបអាហារពិសេស <input type="checkbox"/> ទម្ងន់កំណើតទាប (2.5 kg ឬតិចជាងនេះ) <input type="checkbox"/> ការស្តាប់ <input type="checkbox"/> ធ្មេញ ឈឺចាប់/រុក/អញ្ចាញចេញឈាម <input type="checkbox"/> គំហើញ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹង <input type="checkbox"/> ភាពពុំអាចបរិភោគអាហារបាន (សូមរៀបរាប់): _____ <input type="checkbox"/> ក្តីបារម្ភពីសុខភាពផ្សេងទៀត (សូមរៀបរាប់): _____
	តើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ តើជាប្រភេទអ្វី៖ <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> ឯកជន <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____
	តើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងទន្តសាស្ត្រដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ តើជាប្រភេទអ្វី៖ <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> ឯកជន <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____
	តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់ (សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត)៖ <input type="checkbox"/> ការធ្វើទុក្ខទោស/ការមិនអើពើ <input type="checkbox"/> ស្ថិតនៅមណ្ឌលថែទាំពិមុន <input type="checkbox"/> ត្រូវបានស្នើឱ្យចេញពីមណ្ឌលកុមារ ដោយសារបញ្ហាឥរិយាបថ ដែរឬទេ
	តើកូនរបស់អ្នកមានតម្រូវការពិសេសដែរឬទេ? (សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត)៖ <input type="checkbox"/> ផែនការអប់រំលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Education Plan, IEP) <input type="checkbox"/> ផែនការសេវាកម្មគ្រួសារលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Family Service Plan, IFSP) <input type="checkbox"/> ពិការភាពដែលត្រូវបានពិនិត្យពេទ្យវិនិច្ឆ័យ <input type="checkbox"/> ការចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីអន្តរាគមន៍សម្រាប់កុមារតូចៗចាប់ពីពេលកើត (Early Intervention Birth) រហូត 3 ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយ
	តើអ្នកមានក្តីបារម្ភអំពីការលូតលាស់របស់កូនអ្នកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ បើសិនឆ្លើយចាស/បាទ សូមគូសគ្រប់ចម្លើយដែលអនុវត្ត៖ <input type="checkbox"/> ពាក្យស្នើ/ការនិយាយ (ការបញ្ចេញសំឡេង ការនិយាយយឺតយូរ ពិបាកយល់ និង/ឬ មានការលំបាកយល់ពីអ្នកដទៃ) <input type="checkbox"/> ចលនាតូច (Fine Motor) (ការចាប់ ការគូ ការសរសេរ និង/ឬការស្លៀកពាក់) <input type="checkbox"/> ឥរិយាបថ (ការវាយ ការខាំ មានភាពរឹងរូស និង/ឬមិនការសហការ) <input type="checkbox"/> ចលនាធំ (Gross Motor) (ការដើរ ការតោងឡើង ការចោល ការបង្វិល កង្វះទំនាក់ទំនងតាមក្រសែភ្នែក ការបាត់បង់ជំនាញ) <input type="checkbox"/> ក្តីបារម្ភផ្សេងទៀត _____

### ផ្នែក C: ព័ត៌មានគ្រួសារ

កុមាររស់នៅជាមួយ៖  ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល     ទាំងឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល  
 ទំនាក់ទំនងរវាងឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖  ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម     ជីដូនជីតា     អ៊ុបមីង/ពូ  
 ឪពុកម្តាយបង្កើត     ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម     ឪពុកម្តាយចុង     ផ្សេងៗ: \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
	ឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន - បើខុសពីអាសយដ្ឋានរបស់កុមារ៖ _____	ឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន - បើខុសពីអាសយដ្ឋានរបស់កុមារ៖ _____
	ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងចម្បង៖ _____ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ	ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងចម្បង៖ _____ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ
	ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងបន្ទាប់៖ _____ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ	ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងបន្ទាប់៖ _____ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> សារ

ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖
	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ / _____ / _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ / _____ / _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
	<b>កម្រិតការសិក្សាអប់រំ (សូមគូសយកកម្រិតបញ្ចប់ខ្ពស់បំផុត)</b> <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 6 ឬទាបជាងនេះ <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល (GED) <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 7 <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ថ្នាក់វិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ជាន់ខ្ពស់ ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ/សញ្ញាបត្របណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 10 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 11 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 12 (មិនមានសញ្ញាបត្រ) <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់	<b>កម្រិតការសិក្សាអប់រំ (សូមគូសយកកម្រិតបញ្ចប់ខ្ពស់បំផុត)</b> <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 6 ឬទាបជាងនេះ <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល (GED) <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 7 <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ថ្នាក់វិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ជាន់ខ្ពស់ ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 <input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ/សញ្ញាបត្របណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 10 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 11 <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 12 (មិនមានសញ្ញាបត្រ) <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់
	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងបម្រើយោធាអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាអតីតយុទ្ធជនអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមានការងារធ្វើទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> តាមរដូវ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ពិការ ប្រសិនបើមានការងារធ្វើ តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ? _____	តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងបម្រើយោធាអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាអតីតយុទ្ធជនអាមេរិកមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមានការងារធ្វើទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> តាមរដូវ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ពិការ ប្រសិនបើមានការងារធ្វើ តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ? _____
	តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី ឬអ្វីខ្លះ?	តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ចាស/បាទ តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី ឬអ្វីខ្លះ?
ដើម្បីផ្គត់ផ្គង់គ្រួសាររបស់អ្នកបានល្អបំផុត សូមគូសគ្រឹសនៅកន្លែងទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងអ្នក និង/ឬគ្រួសាររបស់អ្នក? <input type="checkbox"/> ពិការភាព/មិនអាចធ្វើការងារបាន <input type="checkbox"/> ការងារ/ការបម្រើការ <input type="checkbox"/> មានការជួយគាំទ្រគិតត្រួត ឬគ្មានសោះ ពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> បញ្ហាថ្នាំញៀន/គ្រឿងស្រវឹង <input type="checkbox"/> ការលំបាកក្នុងការរៀន <input type="checkbox"/> ជនអន្តោប្រវេសន៍/ជនភៀសខ្លួន (3 ឆ្នាំកន្លងមក) <input type="checkbox"/> ក្តីបារម្ភអំពីសុខភាព <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> បាត់បង់/មានទុក្ខជាទម្ងន់ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយជាប់ពន្ធនាគារ <input type="checkbox"/> អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋាន <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្នែកច្បាប់ <input type="checkbox"/> ការដាក់ពន្យាយយោធា (បច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីឆ្នាំមុន) <input type="checkbox"/> អន្តោប្រវេសន៍ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្លូវចិត្ត, ការធ្លាក់ទឹកចិត្តក្រោយឆ្លងទន្លេ (Postpartum Depression), ការព្រួយបារម្ភ, ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ជំងឺបាក់ស្បាត (PTSD) <input type="checkbox"/> ការចូលរួម CPS កាលពីមុន <input type="checkbox"/> គ្មានកន្លែងស្នាក់នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែ (មិនមែនបច្ចុប្បន្ន)		

ខ្ញុំបានឆ្លើយនឹងសំណួរនានាតាមចំណេះដឹងប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិរបស់កូនរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់កម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់កុមារ តូចៗ (Early Learning Programs)។

**សម្គាល់៖** ព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក គឺជាការសម្ងាត់ និងត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែកំណត់ភាពមានសិទ្ធិប៉ុណ្ណោះ។ យើងខ្ញុំនឹងមិនផ្សាយចេញនូវព័ត៌មានទៅកាន់អាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍ ឬអាជ្ញាធររដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗទៀតឡើយ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖ \_\_\_\_\_ កាលរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

<b>For Staff Use Only</b>	
Is this child returning to the same center? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If not, which center is the child returning to? _____
<b>Forms Needed: New</b>	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed)
<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment	<input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS)
<input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement	<input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months)
<input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed)	<input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program
<input type="checkbox"/> Parent Interest Survey	<input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP)
<input type="checkbox"/> Family Engagement Survey	<input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed)
<input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form	<input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
<input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record
<b>Update or Review/Parent re-sign and date</b>	<input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year)
<input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only)	<input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year)
<input type="checkbox"/> Family Partnership Plan	<input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)
<input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 <sup>rd</sup> year HS)	