

Original Points

Total Points

2017-2018 재가입자 신청서

2017-2018 Returning Application

Early Learning



(For Staff Use Only)

Date sent to ESD: _____

Center Location ID: _____

섹션 A: 자녀 정보

자녀 정보	자녀 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 성씨: _____
	생년월일: _____ 성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 전화번호: _____
	주소: _____
	아파트명/호수: _____ 시: _____ 우편번호: _____

섹션 B: 건강 및 발달 정보

아동 정보	<input type="checkbox"/> 호흡기(천식, RSV, RAD, 기타) <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 발작 <input type="checkbox"/> 심장 질환 <input type="checkbox"/> 식품 알레르기(기입): _____ <input type="checkbox"/> 연하(Swallowing) <input type="checkbox"/> 비식품 알레르기(기입): _____ <input type="checkbox"/> 기타(기입): _____
	자녀의 건강에 대한 기타 우려 사항이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 해당하는 항목에 모두 체크 표시: <input type="checkbox"/> 영양 공급 및/또는 특별 식이 요법 <input type="checkbox"/> 출생시 저체중(5.5 파운드 이하) <input type="checkbox"/> 청각 문제 <input type="checkbox"/> 치통/ 충치/ 구강 출혈 <input type="checkbox"/> 시력 <input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 약물/음주 문제 <input type="checkbox"/> 음식 과민증(기입): _____ <input type="checkbox"/> 기타 건강 우려 사항(기입): _____
	자녀에게 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 "예"인 경우, 종류: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 개인 보험 <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> 기타: _____
	자녀에게 치과 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 "예"인 경우, 종류: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> 개인 보험 <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> 기타: _____
	자녀가 다음과 같은 일을 겪은 적이 있습니까(해당하는 항목에 모두 체크 표시): <input type="checkbox"/> 학대/방치 <input type="checkbox"/> 전기 위탁 보호 <input type="checkbox"/> 행동으로 인해 보육원 퇴출을 권고받음
	자녀에게 특별한 요구사항이 있습니까(해당되는 항목에 모두 체크 표시): <input type="checkbox"/> 개별화 교육 계획(IEP) <input type="checkbox"/> 개별화 가족 서비스 계획(IFSP) <input type="checkbox"/> 장애 판정 <input type="checkbox"/> 지난 6 개월간 신생아에서 3 세까지 조기 중재(Early Intervention Birth to 3) 프로그램에 등록
	자녀의 발달에 대해 우려되는 부분이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 해당하는 항목에 모두 체크 표시: <input type="checkbox"/> 언어/말하기(소리내기, 말하기 지체, 이해하기 어려운 말 및/또는 상대방을 이해하는 데 어려움을 겪음) <input type="checkbox"/> 소근육 운동(쥐기, 그리기, 쓰기 및/또는 옷 입기) <input type="checkbox"/> 행동(때리기, 물기, 짜증 및/또는 협조 거부) <input type="checkbox"/> 대근육 운동(걷기, 오르기, 던지기, 돌기, 눈 마주침 부족, 기능 손실) <input type="checkbox"/> 기타 발달 문제: _____

섹션 C: 가족 정보

자녀와 함께 거주하는 사람: <input type="checkbox"/> 한쪽 부모/보호자 <input type="checkbox"/> 양쪽 부모/보호자 신청인과 부모(들)/보호자(들)의 관계: <input type="checkbox"/> 위탁 부모(들) <input type="checkbox"/> 조부모(들) <input type="checkbox"/> 고모, 이모, 숙모/고모부, 이모부, (외)삼촌 <input type="checkbox"/> 생물학적 부모(들) <input type="checkbox"/> 입양 부모(들) <input type="checkbox"/> 의붓 부모(들) <input type="checkbox"/> 기타: _____	
부모/보호자 정보	부모/보호자 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 기타 성명: _____ 주소 - 자녀와 다른 경우: _____
	부모/보호자 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 기타 성명: _____ 주소 - 자녀와 다른 경우: _____
	1 차 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지
	보조 연락처: _____ <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지

