

Đơn Học Lại Niên Khóa 2017-2018

2017-2018 Returning Application

Center Location ID: _____

Phần A: Thông tin của trẻ

Thông tin của trẻ	Tên của trẻ: _____ Tên đệm: _____ Họ: _____
	Ngày sinh: _____ Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Số Điện Thoại: _____
	Địa Chỉ: _____
	Tên/số căn hộ: _____ Thành phố: _____ Số Bưu Chính: _____

Phần B: Thông tin về sức khỏe và phát triển

Thông tin của trẻ	<input type="checkbox"/> Hô Hấp (Suyễn, Virút hợp bào hô hấp (RSV), Bệnh Đường Hô Hấp Phản Ứng (RAD), bệnh khác) <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Động kinh <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Dị Ứng Thức Ăn (viết ra): _____ <input type="checkbox"/> Nướu <input type="checkbox"/> Dị Ứng Không Phải Thức Ăn (viết ra): _____ <input type="checkbox"/> Vấn đề khác (viết ra): _____
	Quý vị có bất kỳ quan ngại nào khác về sức khỏe của trẻ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp: <input type="checkbox"/> Thức ăn và/hoặc cách ăn uống đặc biệt <input type="checkbox"/> Thiếu ký khi sanh (5.5 lbs trở xuống) <input type="checkbox"/> Thính Giác <input type="checkbox"/> Đau Răng/Sâu Răng/Nướu Răng Bị Chảy Máu <input type="checkbox"/> Thị giác <input type="checkbox"/> Sức khỏe tâm thần <input type="checkbox"/> Ảnh hưởng bởi ma túy/rượu <input type="checkbox"/> Không Hợp Với Thức Ăn (viết ra): _____ <input type="checkbox"/> Những lo ngại khác về sức khỏe (viết ra): _____
	Trẻ có bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, loại nào: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm của Người Da Đỏ <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Khác: _____
	Trẻ có bảo hiểm nha khoa không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, loại nào: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm của Người Da Đỏ <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Khác: _____
	Con quý vị có bị (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp): <input type="checkbox"/> Ngược Đãi/Bỏ Bê <input type="checkbox"/> Trước Đây Là Con Nuôi <input type="checkbox"/> Yêu cầu rời khỏi nơi giữ trẻ vì tánh tình
	Trẻ có nhu cầu đặc biệt không? (Đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp): <input type="checkbox"/> Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Dịch Vụ Cá Nhân Gia Đình (IFSP) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán bị khuyết tật <input type="checkbox"/> Ghi danh trong chương trình Trợ Giúp Trẻ Chậm Phát Triển từ Sơ Sinh đến 3 tuổi trong 6 tháng qua
	Quý vị có lo ngại gì về sự phát triển của con quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Nếu có, đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp: <input type="checkbox"/> Phát Âm/Nói (phát ra tiếng, chậm nói, khó hiểu và/hoặc khó hiểu được người khác) <input type="checkbox"/> Cử Động Nhỏ (nắm, vẽ, viết và/hoặc mặc quần áo) <input type="checkbox"/> Tánh Tình (đánh, cắn, có những cơn bực tức và/hoặc không nghe lời) <input type="checkbox"/> Cử Động Lớn (bước đi, leo trèo, quăng ném, xoay người vòng tròn, không nhìn vào mắt người đối diện khi nói, bị mất khả năng) <input type="checkbox"/> Những quan tâm khác:

Phần C: Thông tin về gia đình

Trẻ sống với: <input type="checkbox"/> Một phụ huynh/người giám hộ <input type="checkbox"/> Hai phụ huynh/người giám hộ		
Mối quan hệ của cha/mẹ/người giám hộ với người làm đơn: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ tạm nuôi <input type="checkbox"/> Ông bà nội ngoại <input type="checkbox"/> Cô/Chú		
<input type="checkbox"/> Cha Mẹ Ruột <input type="checkbox"/> Cha Mẹ Nuôi <input type="checkbox"/> Cha Mẹ Kế <input type="checkbox"/> Khác: _____		
Chi Tiết về Phụ Huynh/Người Giám Hộ	Phụ Huynh/Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Người Khác	Phụ Huynh/Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Người Khác
	Tên: _____ Địa chỉ – nếu khác với địa chỉ của trẻ: _____	Tên: _____ Địa chỉ – nếu khác với địa chỉ của trẻ: _____
	Điện thoại chính: _____ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Sở Làm <input type="checkbox"/> Lời Nhấn	Điện thoại chính: _____ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Sở Làm <input type="checkbox"/> Lời Nhấn
	Điện thoại thứ hai: _____ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Sở Làm <input type="checkbox"/> Lời Nhấn	Điện thoại thứ hai: _____ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Sở Làm <input type="checkbox"/> Lời Nhấn

Chi Tiết về Phụ Huynh/Người Giám Hộ	Địa chỉ email:	Địa chỉ email:
	Ngày sinh: _____ / _____ / _____ THÁNG / NGÀY / NĂM	Ngày sinh: _____ / _____ / _____ THÁNG / NGÀY / NĂM
	Trình độ học vấn (đánh dấu chọn trình độ cao nhất) <input type="checkbox"/> Dưới lớp 6 <input type="checkbox"/> PHÁT TRIỂN GIÁO DỤC PHỔ CẤP <input type="checkbox"/> Lớp 7 <input type="checkbox"/> Tốt nghiệp Trung Học <input type="checkbox"/> Lớp 8 <input type="checkbox"/> Đại Học/Adv. Đào tạo <input type="checkbox"/> Lớp 9 <input type="checkbox"/> Có Bằng Đại Học/Chứng Chỉ Huấn Luyện <input type="checkbox"/> Lớp 10 <input type="checkbox"/> Có Bằng Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Lớp 11 <input type="checkbox"/> Có Bằng Cử Nhân <input type="checkbox"/> Lớp 12 (Chưa có bằng tốt nghiệp) <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ	Trình độ học vấn (đánh dấu chọn trình độ cao nhất) <input type="checkbox"/> Dưới lớp 6 <input type="checkbox"/> PHÁT TRIỂN GIÁO DỤC PHỔ CẤP <input type="checkbox"/> Lớp 7 <input type="checkbox"/> Tốt nghiệp Trung Học <input type="checkbox"/> Lớp 8 <input type="checkbox"/> Đại Học/Adv. Đào tạo <input type="checkbox"/> Lớp 9 <input type="checkbox"/> Có Bằng Đại Học/Chứng Chỉ Huấn Luyện <input type="checkbox"/> Lớp 10 <input type="checkbox"/> Có Bằng Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Lớp 11 <input type="checkbox"/> Có Bằng Cử Nhân <input type="checkbox"/> Lớp 12 (Chưa có bằng tốt nghiệp) <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ
	Phụ huynh/người giám hộ có đang tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh người giám hộ có phải là cựu chiến binh quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh/người giám hộ có đang học nghề hoặc đi học không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh/người giám hộ có đi làm không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Làm Trọn Thời Gian (Full Time) <input type="checkbox"/> Làm Nửa Thời Gian (Part Time) <input type="checkbox"/> Làm Theo Mùa <input type="checkbox"/> Về Hưu <input type="checkbox"/> Bị Khuyết Tật Nếu có đi làm, mỗi tuần làm bao nhiêu tiếng? _____	Phụ huynh/người giám hộ có đang tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh người giám hộ có phải là cựu chiến binh quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh/người giám hộ có đang học nghề hoặc đi học không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Phụ huynh/người giám hộ có đi làm không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Làm Trọn Thời Gian (Full Time) <input type="checkbox"/> Làm Nửa Thời Gian (Part Time) <input type="checkbox"/> Làm Theo Mùa <input type="checkbox"/> Về Hưu <input type="checkbox"/> Bị Khuyết Tật Nếu có đi làm, mỗi tuần làm bao nhiêu tiếng? _____
	Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Quý vị nói (những) ngôn ngữ nào? _____	Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Quý vị nói (những) ngôn ngữ nào? _____
	Để trợ giúp gia đình quý vị được tốt hơn, xin đánh dấu tất cả những phần quý vị và/hoặc gia đình quý vị lưu tâm. <input type="checkbox"/> Khuyết Tật/Không làm việc được <input type="checkbox"/> Việc Làm/Nơi Làm Việc <input type="checkbox"/> Nhận hỗ trợ một ít hoặc không có từ gia đình hoặc bạn bè <input type="checkbox"/> Có vấn đề với Ma Túy/Rượu <input type="checkbox"/> Khó khăn về học tập <input type="checkbox"/> Di dân/Tỵ nạn (3 năm vừa qua) <input type="checkbox"/> Lo ngại về sức khỏe <input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe <input type="checkbox"/> Mất mắt/Đau buồn <input type="checkbox"/> Cha mẹ bị ở tù <input type="checkbox"/> Bạo hành trong gia đình <input type="checkbox"/> Nhà ở <input type="checkbox"/> Vấn đề về pháp lý <input type="checkbox"/> Điều động quân sự (hiện thời hay trong năm ngoái) <input type="checkbox"/> Di trú <input type="checkbox"/> Sức Khỏe Tâm Thần, Trầm Cảm Sau Khi Sanh, Lo Âu, Trầm Cảm, PTSD <input type="checkbox"/> Liên Quan Đến CPS Trước Đây <input type="checkbox"/> Vô gia cư trong 12 tháng qua (không phải hiện thời)	

Tôi đã giải đáp mọi câu hỏi theo sự hiểu biết của mình. Những chi tiết cung cấp sẽ được dùng để xác định tình trạng hợp lệ trong chương trình Giáo Dục Trẻ Thơ.

Lưu ý: Thông tin trong đơn xin của quý vị được bảo mật và CHỈ được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ. Chúng tôi không tiết lộ thông tin cho cơ quan nhập cư hoặc cơ quan chính phủ khác.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____

For Staff Use Only	
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? _____	
Forms Needed: New <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment <input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement <input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed) <input type="checkbox"/> Parent Interest Survey <input type="checkbox"/> Family Engagement Survey <input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form <input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed) <input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS) <input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months) <input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program <input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP) <input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed) <input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
Update or Review/Parent re-sign and date <input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only) <input type="checkbox"/> Family Partnership Plan <input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 rd year HS)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record <input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)