

Kính thưa Phụ huynh/Người giám hộ,

Chân thành cảm ơn quý vị đã muốn đăng ký vào Chương trình Early Head Start, Head Start và State Preschool (Vườn trẻ Tiểu bang). Chúng tôi cung cấp các dịch vụ giáo dục vườn trẻ nửa ngày và nguyên ngày, miễn phí hoặc giá thấp, cho các gia đình hội đủ điều kiện trong hạt Santa Clara và San Benito. Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ home-based (tại gia) và dịch vụ center-based (tại nhà trẻ) cho trẻ em tuổi từ sơ sinh đến 36 tháng. Xin quý vị điền đầy đủ các chi tiết vào đơn và nếu quý vị cần giúp đỡ, quý vị có thể gọi cho chúng tôi ở số **(408) 453-6900 hoặc (800) 820-8182**, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

Xin ghi nhớ rằng thủ tục đăng ký học sẽ cần quý vị gặp nhân viên để được phỏng vấn.

**CÁC GIẤY TỜ QUÝ VỊ CẦN CÓ** (Xin chỉ gửi bản sao, bản gốc sẽ không được gửi lại cho quý vị)

- Giấy chứng lợi tức** – Giấy tờ phải cho thấy mức thu nhập của quý vị **trong 12 tháng qua**. Tất cả các nguồn thu nhập của mọi phụ huynh hoặc giám hộ của trẻ cần được nạp. Điều này bao gồm, nhưng không chỉ có:
  - Các cùi phiếu lương cho 12 tháng qua, hoặc cùi phiếu lương cho 2 tháng mới nhất cùng với:
    - Giấy khai thuế mới nhất (1040) hoặc W-2
  - Giấy báo Trợ cấp (Notice of Action) (nếu có nhận tiền trợ cấp CalWORKs hoặc CalFresh/SNAP)
  - Giấy chứng Tiền trợ nuôi con
  - Giấy chứng Tiền trợ cấp Tàn phế (Disability Income)
  - Giấy Xác nhận Tiền lương với Sở làm (Employer Income Verification) (Đơn này cho thấy tổng số giờ làm việc và mức lương – chỉ cần nếu quý vị không có các cùi phiếu lương)
- Giấy Khai sinh** (cho trẻ và các người con khác dưới 18 tuổi)
- Hồ sơ chủng ngừa**
- Bản IEP (Individualized Education Program) hoặc IFSP (Individualized Family Service Plan) hiện có** (nếu phù hợp)
- Văn bản hợp pháp/Trát lệnh cho trẻ em làm con nuôi trong chương trình foster care** (nếu phù hợp)
- Giấy chứng việc làm hoặc đi học toàn thời gian** Chương trình học nguyên ngày (Full day) cần cả hai phụ huynh/người giám hộ làm việc toàn thời gian (hơn 30 giờ mỗi tuần) hoặc đi học toàn thời gian (hơn 12 unit) (nếu quý vị muốn cho con vào lớp nguyên ngày)

**LÀM HẸN PHỎNG VẤN**

Một khi quý vị đã có đầy đủ các giấy tờ và đã điền đơn xong, **xin gọi cho văn phòng** và nhân viên Early Learning Services sẽ giúp quý vị làm hẹn phỏng vấn tại trường gần nhà quý vị. Xin nhớ mang tất cả các giấy tờ nêu trên và tập đơn đăng ký nhập học đã được điền đầy đủ.

**Xin hãy gọi 1 (408) 453-6900 hoặc 1 (800) 820-8182 để làm hẹn.**

**XIN LƯU Ý:**

Nếu con quý vị được nhận vào chương trình, quý vị sẽ **phải** nạp **Giấy đánh giá Nguy cơ bị Lao và Giấy khám Sức khỏe Tổng quát** trong vòng 30 ngày sau khi nhập học. Các giấy này có thể được nạp cùng với đơn đăng ký nếu quý vị có sẵn.

**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC VƯỜN TRẺ ELS**

CPID \_\_\_\_\_

- Tôi muốn ghi danh vào  Lớp sáng/AM  Lớp chiều/PM  Lớp Single Session (6 tiếng)  Lớp Full Day (9 tiếng)
- Lớp EHS Full Day, 0-3 tuổi  EHS Family Child Care, 0-3 tuổi (Nhà trẻ tại gia)  EHS Home Visiting, 0-3 tuổi (Giáo viên ghé)

**Trẻ (xin nhập học) [Child (Applicant)]**

Tên gọi (First Name)		Họ (Last Name)		Tên lót (Middle)		Phái tính (Gender) <input type="checkbox"/> Nam (M) <input type="checkbox"/> Nữ (F)		Tháng/Ngày/Năm sinh (Birth Date)	
Địa chỉ cư ngụ (Living Address)				Thành phố/Mã Zip			Được sinh ở quốc gia (Birth Country)		
Địa chỉ gửi thư (nếu khác trên) [(Mailing Address (if different))]				Thành phố/Mã Zip					
<b>Trẻ có trong chương trình con nuôi không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<b>Sắc tộc</b> <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ La-tin <input type="checkbox"/> Không phải Tây Ban Nha/ Mỹ La-tin		<b>Chủng tộc</b> <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Da Trắng (Người Châu Âu, Trung Đông, Bắc phi) <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen/Phi châu			<input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương/Hawaii <input type="checkbox"/> Mỹ Thổ Dân Da Đỏ /Mỹ gốc A-las-ka <input type="checkbox"/> Lai song chủng/Đa chủng <input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____		

**Chi tiết về gia đình (Family Information)**

Ngôn ngữ chính được nói ở nhà <input type="checkbox"/> Anh ngữ <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt ngữ <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác _____			
Con quý vị dùng ngôn ngữ nào nhiều nhất? <input type="checkbox"/> Anh ngữ <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt ngữ <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác _____			
Con quý vị có anh chị em nào hiện đang có IEP hoặc IFSP không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Số phụ huynh/người giám hộ ở trong nhà <input type="checkbox"/> 1 phụ huynh <input type="checkbox"/> 2 phụ huynh		Quý vị muốn nhận thư từ bằng ngôn ngữ gì? <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha	
Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ chính		Tháng/Ngày/Năm sinh	Mối quan hệ với trẻ
<b>Có sống với trẻ không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Tình trạng hôn nhân</b> <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa bụa	<b>Số điện thoại</b> Quý vị có muốn nhận tin nhắn trên điện thoại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (____) _____	<b>Tình trạng việc làm</b> <input type="checkbox"/> Có việc làm <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Bị tàn tật <input type="checkbox"/> Mất khả năng làm việc từ ngày _____ đến ngày _____
<b>Số điện thoại phụ</b> <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Sở <input type="checkbox"/> Loại khác (____) _____	<b>Trình độ học vấn</b> <input type="checkbox"/> Dưới cấp Trung học <input type="checkbox"/> Vài năm Đại học hoặc bằng AA/AS <input type="checkbox"/> Bằng Trung học/GED <input type="checkbox"/> Bằng Cử nhân hoặc cao hơn		Quý vị muốn được liên lạc bằng tiếng gì? <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Việt

Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ 2		Tháng/Ngày/Năm sinh	Mối quan hệ với trẻ
<b>Có sống với trẻ không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Tình trạng hôn nhân</b> <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa bụa	<b>Số điện thoại</b> Quý vị có muốn nhận tin nhắn trên điện thoại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (____) _____	<b>Tình trạng việc làm</b> <input type="checkbox"/> Có việc làm <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Bị tàn tật <input type="checkbox"/> Mất khả năng làm việc từ ngày _____ đến ngày _____
<b>Địa chỉ email của phụ huynh/người giám hộ 2</b>		<b>Số điện thoại phụ</b> <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Sở <input type="checkbox"/> Loại khác (____) _____	<b>Trình độ học vấn</b> <input type="checkbox"/> Dưới cấp Trung học <input type="checkbox"/> Vài năm Đại học hoặc bằng AA/AS <input type="checkbox"/> Bằng Trung học/GED <input type="checkbox"/> Bằng Cử nhân hoặc cao hơn

**Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình sống chung một hộ với quý vị mà quý vị có trách nhiệm phải chăm sóc và trợ cấp mà CHƯA ĐƯỢC LIỆT KÊ Ở TRÊN:**

Tên gọi	Họ	Tháng/Ngày/Năm sinh	Người này có họ hàng với phụ huynh của trẻ?	Phụ huynh có nuôi dưỡng người này?
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Tổng số người trong gia đình của quý vị (bao gồm quý vị) mà quý vị đang nuôi  Tổng số người đang sống trong nhà quý vị

**Số điện thoại của người thân để chúng tôi liên lạc khi khẩn cấp (Emergency Contact Information)**

Tên họ	Số điện thoại	Quan hệ
	( )	

**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC VƯỜN TRẺ ELS**

Tên trẻ \_\_\_\_\_

Ngày sanh \_\_\_\_\_

**Nơi cư ngụ của Gia đình/(Family Residency)**

**Hoàn cảnh sinh sống của gia đình (Đánh dấu vào tất cả những mục có ứng dụng)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nơi trú ẩn                              | <input type="checkbox"/> Xe moóc thuê, nhà lưu động tại đất tư nhân                   |
| <input type="checkbox"/> Nhà trọ/Khách sạn                       | <input type="checkbox"/> Có gấp 2 hay 3 lần số người phải ở chung do khó khăn kinh tế |
| <input type="checkbox"/> Nhà tạm trú trong khi chờ nhà ở cố định | <input type="checkbox"/> Với một người lớn khác (Không phải là phụ huynh/giám hộ)     |
| <input type="checkbox"/> Phòng ngủ đơn trong chung cư (SRO)      | <input type="checkbox"/> Nhà/Chung cư của gia đình khác                               |
| <input type="checkbox"/> Xe, xe moóc, hoặc chỗ cắm trại          | <input type="checkbox"/> Không có mục nào ứng dụng                                    |
| <input type="checkbox"/> Ga-ra thuê                              | <input type="checkbox"/> Nơi khác (Không dành cho người ở)                            |

**Tiêu chuẩn gia nhập chương trình (Eligibility)**

**Phụ huynh/Người giám hộ chính**

Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ chính \_\_\_\_\_  
 Có thu nhập không?  Có  Không

Đánh dấu vào tất cả các mục có ứng dụng. **Quý vị có nhận được:**  
 TANF/CalWORKs/CalFresh (SNAP)  
 SSI  Tiền nuôi con  
 Các nguồn thu nhập khác \_\_\_\_\_

**Chi tiết về Việc làm (Employment Information)**

Tên sở làm	Số điện thoại của sở ( )
Tên sở làm	Số điện thoại của sở ( )
<b>Lãnh lương</b> <input type="checkbox"/> Mỗi tuần <input type="checkbox"/> Mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần mỗi tháng <input type="checkbox"/> Mỗi tháng	
Tổng thu nhập _____ Mỗi _____	

**Chi tiết về việc học/huấn nghệ (School/Training Information)**

Quý vị có đang đi học hay được huấn nghệ không?  Có  Không Unit \_\_\_\_\_  
 Tên trường \_\_\_\_\_ Số điện thoại của trường  
( )

**Phụ huynh/Người giám hộ 2**

Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ 2 \_\_\_\_\_  
 Có thu nhập không?  Có  Không

Đánh dấu vào tất cả các mục có ứng dụng. **Quý vị có nhận được:**  
 TANF/CalWORKs/CalFresh (SNAP)  
 SSI  Tiền nuôi con  
 Các nguồn thu nhập khác \_\_\_\_\_

**Chi tiết về Việc làm (Employment Information)**

Tên sở làm	Số điện thoại của sở ( )
Tên sở làm	Số điện thoại của sở ( )
<b>Lãnh lương</b> <input type="checkbox"/> Mỗi tuần <input type="checkbox"/> Mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần mỗi tháng <input type="checkbox"/> Mỗi tháng	
Tổng thu nhập _____ Mỗi _____	

**Chi tiết về việc học/huấn nghệ (School/Training Information)**

Quý vị có đang đi học hay được huấn nghệ không?  Có  Không Unit \_\_\_\_\_  
 Tên trường \_\_\_\_\_ Số điện thoại của trường  
( )

**Bệnh sử (Health History Information)**

**THUỐC (MEDICATIONS)**

Bác sĩ có chẩn đoán con quý vị bị bệnh mãn tính không?  Có  Không  
 Con quý vị có dùng thuốc theo toa không?  Có  Không  
 Con quý vị có cần dùng thuốc theo toa tại trường không?  Có  Không

**Liệt kê tất cả các loại thuốc theo toa và không toa mà con quý vị uống thường xuyên và các tác dụng phụ xảy ra với con quý vị, nếu có**

*Con quý vị sẽ không được dùng thuốc tại trường nếu không có giấy bác sĩ và Kế hoạch Y tế tại lớp được viết bởi phụ huynh và nhân viên chương trình.  
 Con quý vị có bị dị ứng thực phẩm hoặc có hạn chế về thực phẩm không?  Có  Không Nếu có, xin nêu rõ \_\_\_\_\_*

**THIẾT BỊ ĐẶC BIỆT (SPECIAL DEVICES)**

Con quý vị có dùng bất kỳ thiết bị đặc biệt nào không?  Có  Không  
 Con quý vị có dùng bất kỳ thiết bị đặc biệt nào ở nhà không?  Có  Không  
 Nếu có, thiết bị nào? \_\_\_\_\_ Nếu có, thiết bị nào? \_\_\_\_\_

**TRẺ EM KHUYẾT TẬT (DISABILITIES)**

Con quý vị có Kế hoạch Giáo dục cá biệt/Individualized Education Plan (IEP) với học khu nhà hoặc chương trình của Phòng Giáo dục của Hạt không? Nếu có, xin đính kèm bản sao IEP mới nhất.  Có  Không  
 Con quý vị có Kế hoạch Dịch vụ Gia đình cá nhân/Individual Family Service Plan (IFSP) với một chương trình can thiệp sớm, trung tâm khu vực, Phòng Giáo dục của Hạt hoặc học khu không? Nếu có, xin đính kèm bản sao IFSP mới nhất.  Có  Không

*Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc không báo cáo thông tin chính xác có thể là lý do dẫn đến việc đơn bị bác bỏ hoặc các dịch vụ nhà trẻ bị chấm dứt.*

Phụ huynh/Người giám hộ ký tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Early Learning Services Staff's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*At intake, please have parent sign below (Required for Annual Review)*

Parent/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**REVIEW ANNUALLY WITH PARENTS/GUARDIANS**