SANTA CLARA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Early Learning Services Department
1290 Ridder Park Drive, MC 225
San Jose, CA 95131-2304

www.myheadstart.org

EARLY LEARNING SERVICES
HEAD START STATE PRESCHOOL

Kính thưa Phụ huynh/Người giám hộ,

Chân thành cám ơn quý vị đã muốn nạp đơn vào Chương trình 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 gởi bản sao, bản gốc sẽ không được gởi 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 của 12 tháng trước,** hoặc các cùi phiếu lương cùng với:
    - **Giấy khai thuế 1040 hoặc W-2 mới nhất**
  - **Giấy Báo Trợ Cấp** (Notice of Action) (nếu có nhận tiền trợ cấp CalWORKs)
  - **Giấy chứng Tiền trợ nuôi con**
  - **Giấy chứng Tiền cho người bị tàn tật** (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**
- ☐ **Giấy chứng nơi cư ngụ** (ví dụ: hóa đơn điện thoại, nước, v.v..)
- ☐ **Bản IEP (Individualized Education Program) hoặc IFSP (Individualized Family Service Plan) hiện có** (nếu ứng dụng)
- ☐ **Văn bản hợp pháp/Trát lệnh cho trẻ em làm con nuôi trong chương trình foster care** (nếu ứng dụng)

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.

LƯU Ý: Nếu con quý vị được nhận vào chương trình, quý vị sẽ **phải nạp giấy đánh giá nguy cơ bị lao (TB Risk Assessment) trước ngày học đầu tiên**. Trong vòng 30 ngày sau khi nhập học, **giấy khám sức khỏe tổng quát (Physical Exam)** sẽ cần được nạp. Nếu quý vị có sẵn các giấy này khi nạp đơn, quý vị có thể nạp tất cả cùng một lúc.

EARLY LEARNING SERVICES
HEAD START STATE PRESCHOOL

Santa Clara County Office of Education

CPID #_____

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC VƯỜN TRẺ ELS

Tôi muốn ghi danh vào ☐Lớp sáng AM (3 ½ tiếng) ☐Lớp chiều PM (3 ½ tiếng) ☐Lớp Full Day* (9 tiếng) ☐Lớp Single Session (6 tiếng) ☐Chương trình Home-Based ☐ Lớp nào cũng được/No Preference

*Ghi chú: Lớp Full Day cần cả hai phụ huynh/người giám hộ làm việc hơn 30 tiếng/tuần hoặc đang đi học nguyên thời gian (12 unit/đơn vị trở lên)

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

Tên gọi (First Name)	Họ (Last Name)	Tên lót (Middle)	Phái tính (Gender) ☐ Nam (M) ☐ Nữ (F)	Tháng/Ngày/Năm sanh (Birth Date) / /
Địa chỉ cư ngụ (Living Address)		Thành phố/Mã Zip		Được sinh ở quốc gia (Birth Country)
Địa chỉ gởi thư (nếu khác trên) [(Mailing Address (if different)]		Thành phố/Mã Zip		

Trẻ có trong chương trình con nuôi không? ☐ Có ☐ Không

Sắc tộc
☐ Tây Ban Nha/Mỹ La-tin
☐ Không phải Tây Ban Nha/ Mỹ La-tin

Chủng tộc
☐ Châu Á
☐ Da Trắng (Người Châu Âu, Trung Đông, Bắc phi)
☐ Mỹ Da Đen/Phi châu
☐ Người Đảo Thái Bình Dương/Hawaii
☐ Mỹ Thổ Dân Da Đỏ /Mỹ gốc A-las-ka
☐ Lai song chủng/Đa chủng
☐ Chủng tộc khác_____

Chi tiết về gia đình (Family Information)

Ngôn ngữ chính được nói ở nhà ☐ Anh ngữ ☐ Tây Ban Nha ☐ Việt ngữ ☐ Ngôn ngữ khác_____

Con quý vị dùng ngôn ngữ nào nhiều nhất? ☐ Anh ngữ ☐ Tây Ban Nha ☐ Việt ngữ ☐ Ngôn ngữ khác_____

Con quý vị có anh chị em nào hiện đang có IEP hoặc IFSP không? ☐ Có ☐ Không

Tên họ của người được quyền nuôi trẻ hợp pháp	Số phụ huynh/người giám hộ ở trong nhà ☐ 1 phụ huynh ☐ 2 phụ huynh	Quý vị muốn nhận thư từ bằng ngôn ngữ gì? ☐ Anh ngữ ☐ Tây Ban Nha ☐ Việt ngữ

Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ chính	Tháng/Ngày/Năm sanh / /	Mối quan hệ với trẻ

Có sống với trẻ không? ☐ Có ☐ Không

Tình trạng hôn nhân
☐ Đã kết hôn ☐ Độc thân
☐ Ly hôn ☐ Ly thân
☐ Góa bụa

Số điện thoại
Quý vị có muốn nhận tin nhắn trên điện thoại không?
☐ Có ☐ Không
(_____) _____

Tình trạng việc làm
☐ Có việc làm ☐ Đi làm theo mùa ☐ Nghỉ hưu
☐ Thất nghiệp ☐ Đang tìm việc làm ☐ Học sinh
☐ Bị tàn tật ☐ Mất khả năng làm việc từ ngày_____ đến ngày _____

Địa chỉ email của phụ huynh/người giám hộ chính

Số điện thoại phụ
☐ Di động ☐ Nhà ☐ Sở ☐ Loại khác
(_____) _____

Trình độ học vấn
☐ Dưới cấp Trung học ☐ Vài năm Đại học hoặc bằng AA/AS
☐ Bằng Trung học/GED ☐ Bằng Cử nhân hoặc cao hơn

Tên họ của Phụ huynh/Người giám hộ 2	Tháng/Ngày/Năm sanh / /	Mối quan hệ với trẻ

Có sống với trẻ không? ☐ Có ☐ Không

Tình trạng hôn nhân
☐ Đã kết hôn ☐ Độc thân
☐ Ly hôn ☐ Ly thân
☐ Góa bụa

Số điện thoại
Quý vị có muốn nhận tin nhắn trên điện thoại không?
☐ Có ☐ Không
(_____) _____

Tình trạng việc làm
☐ Có việc làm ☐ Đi làm theo mùa ☐ Nghỉ hưu
☐ Thất nghiệp ☐ Đang tìm việc làm ☐ Học sinh
☐ Bị tàn tật ☐ Mất khả năng làm việc từ ngày_____ đến ngày _____

Địa chỉ email của phụ huynh/người giám hộ 2

Số điện thoại phụ
☐ Di động ☐ Nhà ☐ Sở ☐ Loại khác
(_____) _____

Trình độ học vấn
☐ Dưới cấp Trung học ☐ Vài năm Đại học hoặc bằng AA/AS
☐ Bằng Trung học/GED ☐ 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 <u>CHƯA ĐƯỢC LIỆT KÊ Ở TRÊN</u>:

Tên gọi	Họ	Tháng/Ngày/Năm sinh	Người này có họ hàng với phụ huynh của trẻ?	Phụ huynh có nuôi dưỡng người này?
		/ /	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
		/ /	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
		/ /	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
		/ /	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
		/ /	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không

Tổng số người sống trong hộ (bao gồm quý vị) mà quý vị đang cấp dưỡng. ☐

Số điện thoại của người liên lạc khi khẩn cấp (Emergency Contact Information)

Tên họ	Số điện thoại	Quan hệ
	( )	

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC VƯỜN TRẺ ELS

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)

☐ Nơi trú ẩn
☐ Nhà trọ/Khách sạn
☐ Nhà tạm trú trong khi chờ nhà ở cố định
☐ Phòng ngủ đơn trong chung cư (SRO)
☐ Xe, xe moóc, hoặc chỗ cắm trại
☐ Ga-ra thuê
☐ Xe moóc thuê, nhà lưu động tại đất tư nhân
☐ Với một người lớn khác (Không phải là phụ huynh/giám hộ)
☐ Nhà/Chung cư của gia đình khác
☐ Không có mục nào ứng dụng
☐ 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 (không tính phiếu thực phẩm/food stamps)
☐ SSI
☐ Tiền nuôi con
☐ Các nguồn thu nhập khác _____

Chi tiết về Việc làm (Employment Information)

Tên sở	Số điện thoại của sở ( )
Tên sở	Số điện thoại của sở ( )

Lãnh lương ☐ Mỗi tuần ☐ Mỗi 2 tuần ☐ 2 lần mỗi tháng ☐ Mỗi tháng

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

Quý vị có đang đi học hay được huấn nghệ không? ☐ Có ☐ Không

Tên trường	Số điện thoại của trường ( )

Số đơn vị/ unit học _____

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 (không tính phiếu thực phẩm/food stamps)
☐ SSI
☐ Tiền nuôi con
☐ Các nguồn thu nhập khác _____

Chi tiết về Việc làm (Employment Information)

Tên sở	Số điện thoại của sở ( )
Tên sở	Số điện thoại của sở ( )

Lãnh lương ☐ Mỗi tuần ☐ Mỗi 2 tuần ☐ 2 lần mỗi tháng ☐ Mỗi tháng

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

Quý vị có đang đi học hay được huấn nghệ không? ☐ Có ☐ Không

Tên trường	Số điện thoại của trường ( )

Số đơn vị/ unit học _____

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 BỊ 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

Phụ huynh/Người giám hộ ký tên _____ Ngày _____

Nhân viên Early Learning Services ký tên_____ Ngày _____

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

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

REVIEW ANNUALLY WITH PARENTS/GUARDIANS