

Đăng Ký Khám Sàng Lọc Cho Trẻ Mầm Non

THÔNG TIN VÀ HƯỚNG DẪN CHUNG: Trang một của mẫu đơn đăng ký này phải được điền bởi phụ huynh/người giám hộ của trẻ. Trang hai chỉ dành cho nhân viên của học khu điền vào. Vui lòng viết in hoa hoặc điền bằng bản điện tử.

Tên hợp pháp của Trẻ (Họ, Tên lót, Tên): _____

Biệt danh hoặc tên khác của Trẻ (Họ, Tên lót, Tên): _____

Ngày sinh của Trẻ: _____ Giới tính: Nam _____ Nữ _____

Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Điện thoại: _____ Hộp thư: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Điện thoại: _____ Hộp thư: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Vui lòng trả lời câu hỏi **Chủng tộc/Sắc tộc của tiểu bang bên dưới: Người Mỹ Bản địa: Người có nguồn gốc từ những người khởi thủy ở Bắc Mỹ và duy trì nhận dạng văn hóa qua sự liên kết bộ tộc hoặc công nhận bởi cộng đồng. (chọn MỘT)**

_____ KHÔNG, không phải là người Mỹ Bản địa _____ ĐÚNG, là người Mỹ Bản địa

Vui lòng trả lời các câu hỏi **chủng tộc/sắc tộc của liên bang bên dưới. Quý vị có thể chọn nhiều hơn một câu trả lời trong Phần B. Xem phần đầu của trang hai để biết cụ thể cách điền phần này.**

***Phần A – Trẻ có phải là người Tây Ban Nha/La Tinh hay không? (chọn MỘT)**

_____ KHÔNG, không phải là người Tây Ban Nha/Mỹ La Tinh _____ ĐÚNG, là người Tây Ban Nha/Mỹ La Tinh

***Phần B – Con em quý vị thuộc chủng tộc nào? (chọn tất cả các câu đúng)**

_____ Người Mỹ Bản địa/Bản xứ Alaska _____ Người châu Á _____ Người da đen/Người Mỹ gốc Phi

_____ Người Hawaii Bản địa/Đảo Thái Bình Dương _____ Người da trắng

THÔNG TIN VỀ NGÔN NGỮ CHÍNH/NGÔN NGỮ PHỤ

Ngôn ngữ đầu tiên mà con em quý vị được học là? _____ Tiếng Anh Khác (Ghi rõ) _____

Ngôn ngữ nào thường được sử dụng nhất tại nhà quý vị? _____ Tiếng Anh Khác (Ghi rõ) _____

Ngôn ngữ nào mà con em quý vị thường sử dụng? _____ Tiếng Anh Khác (Ghi rõ) _____

THÔNG TIN KHÁM SÀNG LỌC SỨC KHỎE VÀ PHÁT TRIỂN TRƯỚC ĐÂY

Con em quý vị có được khám sàng lọc sức khỏe và phát triển toàn diện ở độ tuổi mầm non (3-5 tuổi) không?

_____ CÓ _____ KHÔNG Nếu có, điền ngày khám: _____ Địa điểm: _____

Con em quý vị đã bao giờ được đánh giá về giáo dục đặc biệt hoặc đã bao giờ được nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt thông qua một Chương trình Giáo dục Cá Nhân (Individual Education Program (IEP)) hoặc Kế hoạch Giáo dục Gia đình Cá nhân (Individual Family Education Plan (IFSP)) chưa? _____ CÓ _____ KHÔNG

XÁC NHẬN THÔNG TIN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ

Tôi xác nhận rằng thông tin ở trên là đúng sự thật và hiện thời theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

Hướng dẫn và định nghĩa cho các câu hỏi chủng tộc/Sắc tộc ở Phần A và Phần B

Câu hỏi ở Phần A là về sắc tộc, không phải chủng tộc. Bất kể quý phụ huynh đã chọn mục nào ở Phần A, quý phụ huynh hãy tiếp tục trả lời câu hỏi ở Phần B chỉ rõ chủng tộc của trẻ bằng cách chọn một hoặc nhiều ô.

Người Mỹ Bản địa hoặc Alaska Bản địa – Người có nguồn gốc từ bất kỳ người khởi thủy nào ở Bắc và Nam Mỹ (kể cả Trung Mỹ), và người duy trì liên kết bộ tộc hoặc liên hệ cộng đồng.

Người châu Á – Người có nguồn gốc từ bất kỳ người khởi thủy nào ở Viễn Đông, Đông Nam Á hoặc kể cả Tiểu lục địa Ấn Độ, ví dụ: Campuchia, Trung Quốc, Ấn Độ, Nhật Bản, Hàn Quốc, Mã Lai, Pakistan, Quần đảo Philippin, Thái Lan và Việt Nam.

Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi – Người có nguồn gốc từ bất kỳ nhóm chủng tộc da đen nào ở Châu Phi.

Người Tây Ban Nha/La Tinh – là người Cuba, Mexico, Puerto Rico, Trung hoặc Nam Mỹ hoặc có nguồn gốc hoặc văn hóa của người Tây Ban Nha, không xét đến chủng tộc.

Người Hawaii bản địa hoặc Đảo Thái Bình Dương Khác – Người có nguồn gốc từ bất kỳ người khởi thủy nào ở Hawaii, Guam, Samoa hoặc các đảo Thái Bình Dương khác.

Người da trắng – Người có nguồn gốc từ bất cứ người khởi thủy nào ở châu Âu, Trung Đông hoặc Bắc Phi.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY

Screening District Number and Type: _____

Screening Date: _____ Screening District Name: _____

Child's Resident District Name: _____

Resident Screening District Number and Type: _____

MARSS ID Number: _____

Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)

(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

41 - Screening by District

44 - Private Provider

42 - Child and Teen Checkups/EPSDT

43 - Head Start

45 - Conscientious Objector, no screening

Check the **Primary** type of referral following the early childhood health and developmental screening using STATUS END CODES (SEC). Only one box may be checked. Must have a valid SEC for – STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use "no referral" SEC 60. **(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator.)**

Status End Codes:

60 - No referral

64 - Referral to early childhood programs*

61 - Referral to special education

*(*School Readiness, Head Start, Early Childhood Family Education, family literacy)*

62 - Referral to health care provider

65 - Referral offered, parent declined

63 - Referral to special education AND health care provider

66 - Rescreen planned

SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION

I hereby verify that the above information is true and current to the best of my knowledge.

School District Early Childhood Screening Coordinator Signature

Date