

Регистрация в программу осмотра детей младшего возраста

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ИНСТРУКЦИИ. Первую страницу регистрационной формы должен заполнить родитель/опекун ребенка. Вторую страницу заполняет только персонал школьного округа. Пожалуйста, пишите печатными буквами или наберите текст на компьютере.

Имя ребенка согласно документам (фамилия, имя, второе имя): _____

Уменьшительное имя ребенка или другие имена (фамилия, имя, второе имя): _____

Дата рождения ребенка: _____ Пол: мужской _____ женский _____

Родитель/опекун: _____ Телефон: _____ Абонементный ящик: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Родитель/опекун: _____ Телефон: _____ Абонементный ящик: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Ответьте ниже на вопрос органов штата о расовой/этнической принадлежности: Американский индеец: по происхождению принадлежит к любому из коренных народов Северной Америки и определяет свою культурную идентификацию через племенную принадлежность и признание сообщества (выберите ОДИН ответ).

_____ НЕТ, не американский индеец

_____ ДА, американский индеец

Ответьте ниже на вопрос федеральных органов о расовой/этнической принадлежности. В части В вы можете выбрать более одного ответа. Подробные сведения о том, как заполнить этот раздел, приведены вверху на второй странице.

* Часть А. Ребенок является испано-/латиноамериканцем? (Выберите ОДИН ответ)

_____ НЕТ, не испано-/латиноамериканец

_____ ДА, испано-/латиноамериканец

* Часть В. К какой расе принадлежит ваш ребенок? (Выберите все подходящие ответы)

_____ Американский индеец/коренной житель Аляски _____ Уроженец Азии _____ Чернокожий/афроамериканец

_____ Коренной гаваец/уроженец тихоокеанских островов _____ Белый

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСНОВНОМ/ВТОРОМ ЯЗЫКЕ

Каким первым языком овладел ваш ребенок? _____ На английском _____ На другом (укажите) _____

На каком языке чаще всего разговаривают у вас дома? _____ На английском _____ На другом (укажите) _____

На каком языке обычно говорит ваш ребенок? _____ На английском _____ На другом (укажите) _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ И УРОВНЕ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ДЛЯ ПРОГРАММЫ ОСМОТРА

Ребенок прошел полную оценку состояния здоровья и уровня развития в дошкольном возрасте (3–5 лет)?

_____ ДА _____ НЕТ Если да, укажите даты проведения осмотра: _____ Место: _____

Ваш ребенок когда-либо проходил оценку в отношении специального обучения или получал услуги групп специального обучения по программе индивидуального обучения (Individual Education Program (IEP)) или плану индивидуального домашнего обучения (Individual Family Education Plan (IFSP))? _____ ДА _____ НЕТ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ

Настоящим я подтверждаю, что, насколько мне известно, вся предоставленная выше информация является достоверной и актуальной.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Инструкции и определения к вопросам части А и части В о расовой/этнической принадлежности

Вопросы части А касаются этнической принадлежности, а не расы. Независимо от того, какой ответ выбран в части А, родитель должен ответить на вопрос части В и указать расу ребенка, отметив один или несколько пунктов.

Американский индеец или коренной житель Аляски – по происхождению принадлежит к любому из коренных народов Северной и Южной Америки (включая Центральную Америку), поддерживающих племенные отношения и преданность общине.

Выходец из Азии – по происхождению принадлежит к любому из коренных народов Дальнего Востока, Юго-Восточной Азии или индийского субконтинента, например, Камбоджи, Китая, Индии, Японии, Кореи, Малайзии, Пакистана, Филиппинских о-вов, Таиланда и Вьетнама.

Чернокожий или афроамериканец – по происхождению принадлежит к любой из темнокожих расовых групп Африки.

Испано-латиноамериканец – включает лиц кубинской, мексиканской, пуэрто-риканской, южно- или центральноамериканской либо другой испаноязычной культуры (происхождения), независимо от расовой принадлежности.

Коренной житель Гавайских или других островов Тихого океана – по происхождению принадлежит к любому из коренных народов островов Гавайи, Гуам, Самоа или других тихоокеанских островов.

Белый – по происхождению принадлежит к любому из коренных народов Европы, Ближнего Востока или Северной Африки.

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/EPSTD

___ 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