

费城教育局
幼儿早期教育办公室
440 N. Broad St. ~ Suite 271
Philadelphia, PA 19130-4015
215-400-4270

Imagine Greatness

费城教育局
幼儿早期教育办公室

“光明未来”
学前班

2012-2013 学年申请



“光明未来” 学前班介绍

- ♥ 为 2012 年 9 月 1 日前满 3 岁或 4 岁的儿童**免费**提供的学前班教育。
- ♥ “光明未来”学前班由费城教育局及宾州政府“学前班教育举足轻重”项目联合出资举办
- ♥ 由宾州教育部制定的学前班课程大纲将帮助您子女取得学业进步。
- ♥ 取得幼儿早期教育资格证书的教师及培训有素的教师助理将为人不超过 20 名的学前班学生提供有益的早期教育环境。
- ♥ 提高文化修养活动
- ♥ 家长参与教育的机会
- ♥ 注册进入学前班就读的学生享受免费早餐、午餐及午后点心由“儿童及成人看护食品项目”(CACFP)资助
- ♥ 上课日期及时间 ~ 由费城教育局设定; 各办学点上课时间不同:
 - 每年九月至次年六月 ~ 按照幼儿园教学日历, 上课时间共 180 天
 - 上午 8: 30 至下午 3: 15, 周一至周四
 - 上午 8: 30 至下午 12: 45 周五
- ♥ 入学要求:
 - 2012 年 9 月 1 日之前您子女必须至少年满 3 岁并且不到进入幼儿园就读的年龄。
 - 申请家庭收入水平必须达到宾州政府“学前班教育举足轻重”项目所规定的标准
 - 学生家庭必须家住宾州费城
 - 必须在儿童进入“光明未来”学前班学习之前交给有关人员最新的“学生健康评估表”及“个人牙医检查报告”
- ♥ 该学前班不提供课前及/或课后儿童托管服务
- ♥ 教育局不为学前班学生提供校车接送服务



递交申请时您不需要交还本页

费城教育局

幼儿早期教育办公室（学前班至三年级）
440 NORTH BROAD STREET ~ SUITE 271
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130

电话: 215-400-4270

传真: 215-400-4275

RENEE QUEEN JACKSON
主管

MICHELLE LINDER-COATES
行政主任

亲爱的家长及监护人,

感谢您对费城教育局“光明未来”学前班感兴趣。如果想申请“光明未来”学前班, 请将“光明未来”学前班申请材料袋中的表格填好, 并请递交以下文件的复印件:

1. 您子女的出生证明
2. 您家庭收入的证明
3. 您子女最新的疫苗注射记录证明
4. 印有家长或法定监护人姓名的、表明其目前住在宾州费城的有效证明
5. 带有家长或法定监护人照片的身份证明

如果必要, 请提供

1. 有效的监护权协定
2. 证明您是法定监护人的文件
3. 如果必要, 子女的个人教育规划(IEP), 或者评估报告单(ER)

请选择本申请表背后所列方式中的一种将您子女的“光明未来”学前班申请递交至位于 440 North Broad Street 的费城教育局总部办公室。为了能让您子女的名字进入入学抽签程序, 请您务必在 2012 年 3 月 5 号之前递交“光明未来”学前班申请。

如果申请材料不全, 我们将不考虑您的申请。为确保您子女申请材料齐全, 请参照本材料袋中所附“光明未来”学前班申请材料清单。

如欲了解更多有关“光明未来”学前班的信息, 请看反面。

如果您有任何疑问, 或需要任何帮助, 请您:

- ♥ 致电 215-400-5757, 或发邮件至 BrightFutures@philasd.org 与幼儿早期教育办公室的 Sue Maraschiello 联系
- ♥ 或访问我们的网站: www.philasd.org/offices/earlychild/。请点击链接 [Preschool Services and Programs](#); 然后找到 [Bright Futures](#) 部分

有关“光明未来”学前班的其它信息

1. 填写并递交“光明未来”学前班申请并不能保证您子女能够进入该班学习。
2. “光明未来”学前班的办学经费来源于州长年度预算通过及的“宾州学前教育举足轻重拨款”。如果幼儿早期教育办公室对“光明未来”学前班教育项目做出必要调整, 我们将发给申请者书面通知。
3. 幼儿早期教育办公室将从提出申请的儿童中抽签选择被录取者。参加抽签者包括所有在 2012 年 3 月 5 号或之前递交申请的合格儿童。
 - a. 将优先考虑录取 2013 年年龄达到入幼儿园年龄的儿童; 之后将优先考虑 2014 年年龄达到入幼儿园年龄的儿童。每一组年龄段内, 工作人员将随机选择被录取的儿童, 每一位被选中的儿童将获得一个编号。
 - b. 被选中儿童的编号将决定该儿童被学前班接受的顺序。
 - c. 工作人员将按照其在“光明未来”学前班地址意向表中所选择的地址顺序安置该儿童。
 - d. 如果某儿童想进的学前班已经满员, 他/她的名字将被记入该学前班的候选名单。
 - e. 录取通知或被列入候选名单通知将在抽签程序举办 3 周之后进行。

特别注意: 2012-2013 学年的抽签将在宾州通过 2013 财政年度预算通过之后进行。本申请文件中未包含“光明未来”学前班地址意向表但是我们将会在抽签程序开始之前将该表寄出。如想了解更多信息, 请参考本文件中“光明未来”学前班地址信息。

4. 在 2012 年 3 月 5 号之后递交申请的合格儿童将不能参加抽签。
 - a. 工作人员将按照收到申请的顺序分配给每一位儿童一个编号, 不优先考虑录取在某年份年龄达到入幼儿园年龄的儿童, 儿童将按编号顺序填补抽签程序之后剩余的空缺名额。
 - b. 如果某儿童想进的学前班已经满员, 他/她的名字将被记入该学前班的候选名单。候选名单中儿童的排名顺序由该儿童的抽签编号决定。
 - c. 工作人员接手处理申请的 30 个工作日之内, 有关录取信息或排队等候者名单信息的通知将邮寄给家长。
5. 如果儿童的申请资料不全, 我们将无法安排其进入“光明未来”学前班就学, 或将其列入候选者名单。
6. 经由有执业许可的医疗卫生机构填写的、最新的“学生健康评估表”, 或包含同样信息的类似表格必须在儿童进入“光明未来”学前班学习之前交给有关人员。体检日期必须是在儿童进入学前班就学的 12 个月期限之内。
7. 经由有执业许可的牙医填写的、最新的“个人牙医检查报告”, 或包含同样信息的类似表格必须在儿童进入“光明未来”学前班学习之前交给有关人员。牙科检查日期必须是在儿童进入学前班就学的 12 个月期限之内。
8. 所递交的“光明未来”学前班申请各种表格及文件将仅用于该学前班申请, 不能部分或全部用于其它学前班项目的申请。
9. 如有必要, 费城教育局及/或者宾州政府有权要求家长出示额外的申请文件。
10. “光明未来”学前班申请程序、申请者资格要求及选择被录取者程序可能会发生更改。

递交申请时您不需要交还本信函。

对于材料不全的申请幼儿早期教育办公室将不予处理。 为确保您的申请材料齐全, 请递交以下所列表格及文件

- 您必须将本文件袋内**第 1 部分**所列表格填写完整并在指定处签名。
- 必须递交**第 2 部分**所列文件的复印件。
- **只有**在适合您和您子女的情况下, 必须递交**第 3 部分**所列文件的复印件。
- **第 4 部分**所列文件必须由您子女的医生及牙医填写, 并在其入学之前递交。

请仔细阅读本清单, 确保您准备了所有表格或文件。 如果您有疑问或收到的申请材料缺了一份申请表格, 请致电 215-400-5757 与我们联系。

第 1 部分: 申请时必须递交的表格

所有所附双面打印的表格都应当由家长/监护人填写完整。 必须在指定处签名。

| 表格编号 | 表格名称 |
|------|-------------------|
| F-1 | 宾州“学前教育举足轻重”资助申请表 |
| F-2 | 入学申请表 |
| F-3 | 学前班申请表 |
| F-4 | 儿童健康信息表 |
| F-5 | 儿童医疗史 |
| F-6 | 医疗健康注意事项 |
| F-7 | 紧急医疗救助相关政策及同意书 |
| F-8 | 儿童饮食禁忌 |
| F-9 | 儿童营养史 |

第 2 部分: 申请时必须递交的文件

除非特别指明, 请递交复印件

1. 您子女的出生证明

请递交其中之一: ¹ 子女的正式出生证明; ² 洗礼或其它宗教证明;

³ 护照; ⁴ 由幼儿安置机构或法庭 出具的列有儿童安置家庭、安置日期、儿童姓名及出生日期的公函

2. 您子女的疫苗注射记录证明

请递交其中之一: ¹ 您子女的医生出具的疫苗注射记录打印件或手写件 ² 含有您子女的疫苗注射记录由医生填写的儿童健康评估表 ³ 标明日期的免除注射疫苗的声明 (必须是原件), 该声明须经公证, 并须由家长 / 监护人及您子女的医生签名

续

3. 印有家长或法定监护人姓名的、表明其目前住在宾州费城的有效证明

请递交下列文件中的一种: ¹燃气帐单; ²电费帐单; ³水费帐单; ⁴选民登记卡; ⁵房屋租赁协议书或合同(必须打印, 注明日期, 由各方签名并经过公证); ⁶房屋贷款凭证; ⁷契约

- 如果您无法得到以上文件的任何一种, 您的最后选择是填写本文件所附的, “费城教育局居民誓约证明书”(F-11) 该证明书只能是原件, 而且必须经过公证。

4. 带有家长或法定监护人近期照片的有效身份证明

宾州驾照、军人证件、雇员证件、宾州政府证件和护照请递交下列文件中的一种: ¹宾州驾照; ²非驾驶执照; ³联邦政府雇员证件; ⁴州政府雇员证件; ⁵市政府雇员证件; ⁶护照

5. 最近家庭税前收入凭证

有效凭证包括您和您配偶/家庭伴侣在最近 6 周内通过劳务及服务或不通过劳务及服务得到的总收入证明。

必须在申请中申报的收入包括, 但不仅限于从以下各种来源获得的(税前)总收入:

- **受雇:** 工资单存根或电脑打印的收入凭证
 - 如果未收到工资单存根, 可用一封雇主公司抬头信笺写的公函代替, 其内容为每周工作小时数、工资发放频率、每次发放金额
 - 如果雇主公司没有正式抬头的信笺, 请递交由上一级主管出具的经过公证、注明日期并签名的信函(只能是原件)其内容包含公司名称、公司电话、您的姓名、您每周工作小时数、工资发放频率、每次发放金额
- **自营:** 请递交您拥有的每一家公司的: ¹最近的联邦收入税表, 其中包括所有与经营业务有关的报税项目及表格 ²您的季度入税表 ³有您会计出具的注明日期、经过公证的证明(只能是原件), 其中包括您的姓名、公司名、公司地址、公司电话、税前收入收据及公司开销
- **失业金、附加保障收入/SSI、残障补助/Disability、社会保险金/Social Security、工人补偿金/Worker's Compensation、退休保险/Retirement、退休金/Pension:** 请递交补助金发放信函
- **公共福利部颁发的福利/DPW (Department of Public Welfare):** 获得现金资助 (TANF) 及/或食品券 (SNAP) 等福利补助的证明。
- **子女抚养费/Child Support、离婚协议金/ Alimony:** 法庭开具的子女抚养书面证词; ¹法庭开具的子女抚养书面证词 ²手写并签名的声明, (只能是原件) 其中注明付款人姓名、收款人姓名、所资助的儿童/成人的姓名, 所获得抚养费及/或离婚协议金的金额以及每隔多久获得
- **佣金/Commission, 小费/Tips:** 递交以下佣金及/或小费的收据:
 - ¹工资单存根, 其中注明所获得佣金及/或小费的金额以及每隔多久获得收入; ²电脑打印的收入凭证, 其中注明所获得佣金及/或小费的金额以及每隔多久获得收入; ³手写并经过签名的声明, (只能是原件) 其中注明所获得收入的金额以及每隔多久获得收入

续

- **寄养/亲属照看:** 请递交下列文件中的一种: ¹ 一封由幼儿安置机构或法庭出具的列有接受寄养/亲属照看的儿童的姓名、您姓名及住址、安置日期、子女姓名及出生日期的公函; 寄养/亲属照看收入金额及收到该金额的频率; ² 费城市政府出具的包含有接受寄养/亲属照看的儿童的姓名、您姓名及付费月份等信息的付费存根
- **房租收入** (仅适用于房东): 您和您房客之间的租赁协议书

在下列情况下您必须出具**经过公证的声明**(必须由您签名并注明日期的原件)。

1. 您和/或者您妻子/丈夫/同伴/伴侣没有得到通过劳务及服务或不通过劳务及服务的任何收入, 而且您的家庭**在经济上没有获得任何其他个人的帮助**。由您填写的经过公证的声明必须包括以下内容: 日期、您的姓名、您子女的姓名、您子女年龄以及您及您妻子/丈夫/同伴/伴侣是如何维持或帮助维持家庭生计的。您必须同时出具能证明您如何维持家庭生计的经过公证的文件。
2. 您和/或者您妻子/丈夫/同伴/伴侣没有得到通过劳务及服务或不通过劳务及服务的任何收入, 而您的家庭**在经济上获得了其他个人的帮助**。由此人填写的经过公证的声明必须包括以下内容: 日期、其姓名、与您的关系、您的姓名、您子女的姓名、您子女年龄以及您及他/她是如何维持或帮助维持家庭生计的。

第 3 部分: 必要时与申请同时递交的文件

除非特别指明, 请递交复印件

1. 有效的监护权协定

如果您依照监护权协定对某儿童实施监护权并为其提出申请, 请递交一份该协定。

2. 证明您是法定监护人的文件

如果您是帮助非亲生的子女申请, 有效文件为: ¹ 一封由幼儿安置机构或法庭出具的公函, 其中列有安置家庭、安置家庭地址、安置日期、子女姓名及出生日期; ² 一封由该儿童的亲身父母填写, 注明日期并经过公证的信函(只能是原件), 注明该儿童姓名及出生日期、该儿童与您的关系、您的姓名住址、监护权开始行使的日期、期限及您行使监护权的原因。

3. 子女的个人教育规划(IEP), 或者评估报告单(ER)

如果您子女正在或曾经接受幼儿早期干预机构的服务, 请在申请时递交一份由幼儿早期干预机构出具的个人教育规划 (IEP) 或评估报告(ER)。

续

第4部分: 儿童进入学前班学习之前必须递交的表格

以下表格须由医疗机构完整填写。

您不必在递交子女申请材料时递交以下表格, 但您必须在子女进入“光明未来”学前班学习之前将其递交。

1. 学生健康评估表 (F-12)

请递交其中一种: ¹一份最新并且由有执照的专业医务工作人员填写完整的“学生健康评估表”, 或者, 包含同样信息的类似表格。²一份您子女最近一次体检结果的电脑打印件, 其中包括“学生健康评估表”内所含同样信息。

体检日期必须是在儿童进入学前班就学的12个月期限之内。

2. 个人牙科检查报告 (F-13)

一份“个人牙科检查报告”, 或者包含同样信息的类似表格, 该表格需由有执照的牙科医生填写。

牙科检查日期必须是在儿童进入学前班就学的12个月期限之内。

递交申请时您不需要交还清单

宾州“学前教育举足轻重”资助申请表~情况介绍 F-1

递交申请时您不需要交还本页

亲爱的家长/监护人,

宾州政府通过“学前班教育举足轻重”资金项目向教育局“光明未来”学前班提供资金。宾州政府“学前班教育举足轻重”项目帮助教育局为费城幼儿提供优质学前班教育。满足以下条件者可以申请进入“光明未来”学前班并获得“学前班教育举足轻重”资金项目资助:

- 注册入学当年9月1日之前您子女必须至少年满3岁;
- 家庭的年收入不超过联邦贫困线的三倍;
- 家庭住址必须是宾州费城市。

家庭收入计算: 我们将根据递交的收入证明材料, 利用恰当折算方式确定家庭的税前总收入

| 收入频次 | 换算方式 |
|-----------|-----------------------|
| 周薪 | 乘以 4.3; 然后乘以 12 |
| 双周薪(每两周) | 除以 2; 乘以 4.3; 然后乘以 12 |
| 半月薪(每月两次) | 乘以 2; 然后乘以 12 |
| 月薪 | 乘以 12 |

卫生与民政服务部会每年都会在联邦政府纪事 (*Federal Register*) 上公布联邦贫困线, 您可以在网址: www.hhs.gov 或 <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml> 查到有关信息

以下是 2011 联邦贫困线样本:

2011 年卫生与民政服务部 48 个毗连州及华盛顿特区贫困线

| 家庭规模 | 贫困线 | 贫困线的三倍 |
|------|----------|----------|
| 1 | \$10,890 | \$32,670 |
| 2 | \$14,710 | \$44,130 |
| 3 | \$18,530 | \$55,590 |
| 4 | \$22,350 | \$67,050 |
| 5 | \$26,170 | \$78,510 |
| 6 | \$29,990 | \$89,970 |

来源: 联邦政府纪事 (*Federal Register*), 76 卷, 13 期, 2011 年 1 月 20 日, 3637-3638 页

续

家庭规模: 确定家庭规模时必须包括以下住在同一住所内的人员:

- 申请“光明未来”班子女的姓名
- 子女的家长 ~ 对子女行使监护权的成人 ~ 亲身或收养父母、继父母、看护人; 亲身父母的配偶、收养父母的配偶、继父母配偶、看护人的配偶
- 年龄未满 18 岁尚未独立的家长或看护人的亲身、收养、无血缘关系、寄养的子女或继子、寄女
- 年龄在 18-22 之间, 目前在高中就读、参加普通教育课程班或参加旨在获得学位、毕业证或资格证书的大中专课程的学生, 该学生全部或部分经济来源依靠其父母资助。必须对该学生目前就读或日后将要就读的专业课程提供证明。

宾州“学前教育举足轻重”资金资助申请表以及所有辅助材料中的信息均属私人机密, 并由费城教育局幼儿教育早期教育办公室存档, 地点: 440 N. Broad Street, Philadelphia, PA

您在下面 4 页文件中提供的信息将帮助教育局及州政府确定您的家庭是否有资格申请宾州“学前教育举足轻重”资金资助。请回答每个部分的问题并工整书写答案。如果您为一个以上的子女申请“光明未来”班, 您只需填写一份“宾州学前教育举足轻重资格申请表”。您和您丈夫/妻子/同伴/伴侣必须在最后一页上签名。如果没有签名, 本申请将被作材料不全处理。

按照各项现行联邦及宾州民权法令及管制条例, 不论您的种族、肤色、原住国、残疾状况、年龄、性别及宗教信仰, 您有权得到费城教育局的服务, 或被转到其它机构得到服务。如果您觉得曾因种族、肤色、原住国、残疾状况、年龄、性别及/或宗教信仰等原因遭受歧视, 您可递交一份歧视投诉。该投诉可递交给以下各机构:

Bureau of Equal Opportunity
Southeast Regional Office
801 Market St. ~ Suite 5034
Philadelphia, PA 19107

Commonwealth of Pennsylvania
Human Relations Commission
110 N. 8th St.
Philadelphia, PA 19107

Office of Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services ~ Region III
150 S. Independence Mall West
Suite 436, Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106

第 1 部分: 学生情况/CHILD INFORMATION~ 请填写有关您申请进入“光明未来”学前班就读子女的信息。

1. 姓名/Name _____ 出生日期/Birth Date _____ 男/Male 女/Female

1. 姓名/Name _____ 出生日期/Birth Date _____ 男/Male 女/Female

1. 姓名/Name _____ 出生日期/Birth Date _____ 男/Male 女/Female

第二部分: 家长/监护人信息/PARENT | GUARDIAN INFORMATION ~ 家长/监护人填写以下部分信息:

姓名/Name _____ 男/Male 女/Female

住址/Address _____ 公寓号/单元号/Apt. #/Unit # _____ 邮编/Zip Code _____

联系电话/Contact Phone Number _____

您和上述子女的关系/What is your relationship to the above child(ren)? _____

主要说哪种语言/ Primary spoken language _____

是否有工作/Are you employed? 是/No 否/Yes

您通过何种方式得到薪酬/How are you paid?

 薪酬支票/Payroll Check 现金/Cash

您获得薪酬的频次/How often are you paid?

 每周/Every week 每两周/Every 2 weeks 每半个月/ Twice a month 每个月/Once a month

您的总收入/What is your gross income (税前)? \$ _____

您是否有家人接受福利补助/Does anyone in your family receive welfare benefits? 否/No 是/Yes 福利编号/Welfare record # 51- _____每月所接受补助为/Monthly Benefits Received: 现金/Cash (TANF) 食品券/Food Stamps (SNAP) 医疗补助/Medical _____

如果您丈夫/妻子/同伴/伴侣和您住在一起, 他/她必须填写以下部分:

姓名/Name _____ 男/Male 女/Female

您和上述家长/监护人关系/What is your relationship to the above parent/guardian? _____

联系电话/Contact Phone Number _____

主要说哪种语言/ Primary spoken language _____

是否有工作/Are you employed? 是/No 否/Yes 您通过何种方式得到薪酬/How are you paid? 薪酬支票/Payroll Check 现金/Cash您获得薪酬的频次/How often are you paid? 每周/Every week 每两周/Every 2 weeks 每月两次/ Twice a month 每月一次/Once a month

您的总收入/What is your gross income (税前)? \$ _____

第3部分: 家庭成员~ 在此部分填写和您住在一起的家庭或非家庭成员。请在第1行写您的名及姓。请在第2-8行写和您住在一起的所有儿童及成人的名和姓, 包括申请“光明未来”学前班的儿童。注明该成员是成人(21岁或以上)还是儿童。填写所有儿童的年龄。注明每个人与您的关系(例如: 丈夫、妻子、伴侣、男朋友、女朋友、女儿、儿子、叔叔或舅舅、姑姑或舅母、姐妹、兄弟、母亲、父亲、奶奶、爷爷、堂/表兄弟或姐妹等等)。如有需要, 可另用纸:

| 名-姓/First and Last Name | 成人/儿童 Adult/Child | 年龄/Age | 关系/How is this person related to you? |
|-------------------------|-------------------|--------|---------------------------------------|
| 1. _____ | 成人/ADULT | _____ | 我是家长/监护人/ I AM THE PARENT/GUARDIAN |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8. _____ | _____ | _____ | _____ |

第4部分: 经济收入~ 请在您和您丈夫/妻子/同伴/伴侣目前通过劳动或不通过劳动得到的各项收入前打叉

通过劳动获得的收入: 受雇/Employment 自营/Self-Employment

不通过劳动获得的收入: 现金补助/Cash Assistance (TANF) 食品券/Food Stamps (SNAP) 社保金/Social Security

寄养酬金/Foster Care 亲戚寄养/Kinship Care 附加保障收入/SSI

失业金/Unemployment 子女抚养费/Child Support 离婚协议金/Alimony

佣金/Commission 退休金/Pension 退休保险金/Retirement

工人补贴/Worker's Compensation 租房出租/Rental Properties

其它/Other _____

无/None ~请参考“光明未来”学前班申请材料清单中有关必须经过公证的收入证明信息

您必须将您和您配偶/家庭伴侣最近6周以内通过劳务及服务或不通过劳务及服务得到的总收入证明(工资单、补助金发放信函等)附在本表后一并递交。

在您子女进入“光明未来”学前班就学之前您可能被要求重新证明您的家庭的总收入。

第5部分: 影响幼儿学习的不利因素 ~ 以下是宾州政府列举的各种影响幼儿学习的不利因素, 请在符合您家庭或您申请“光明未来”学前班子女情况的项目旁打叉:

- _____ **家庭收入** 低于符合您家庭规模的贫困线标准的3倍。需考虑所有收入来源。
- _____ **无家可归的儿童/Homeless:** a) 没有固定、日常和足够的夜间住所的儿童, 原因为以下所列诸项中的一条: 由于失去住所、经济困难或类似原因, 目前正寄居在他人住所的儿童; 由于没有其它办法, 现在正住在小旅馆、旅馆、帐篷营地的儿童; 住在紧急收容所和长期收容所的无家儿童、被遗弃在医院中的儿童, 或正在等候寄养家庭收容的儿童; b) 夜间大多睡在未经指定或通常不供人睡觉的公共或私人场所的儿童; c) 住在汽车、公园、公共场所、被废弃的建筑、劣质房屋、公交车或火车站或类似场所的儿童。
- _____ **接受儿童保护机构管理的儿童/Child Protective Services:** 被寄养家庭收养的儿童、被亲戚收养的儿童, 或正在接受政府提供的少儿服务的儿童。
- _____ **未成年母亲的子女/Teen Parent:** 在母亲未满十八岁时出生的儿童。
- _____ **家长/监护人教育水平/Education level of parent/guardian:** 家长没有高中文凭, 或高中同等学历(GED), 或本科以上学历。
- _____ **单亲家庭:** 由一名家长抚养的儿童, 另外一名家长不提供实际性帮助。
- _____ **离婚家庭:** 父母离婚的儿童。
- _____ **亲戚担任监护人:** 主要监护人为祖父母、姑姑婶婶、叔叔舅舅或其他亲戚的儿童。
- _____ **父母被收监关押的儿童/Incarcerated Parent:** 父母中的一个正在监狱服刑的儿童。
- _____ **个人学习规划/ Individualized Education Plan (IEP)** 正在接受学前班早期矫正, 正在实施“个人学习规划(IEP)”的儿童。如果有, 请递交一份您子女“个人学习规划(IEP)”的复印件。
- _____ **英语非母语的儿童/English Language Learner** 英语不是其母语, 正在学习英语的儿童。
- _____ **接受儿童行为矫正治疗的儿童/Behavioral Support:** 持有专业执照医生或精神卫生医生(该医生不属宾州“学前教育举足轻重”组织编制)转托给宾州“学前教育举足轻重”组织的儿童; 正在接受精神卫生治疗的儿童。如果有, 请递交一份您子女被转托的证明, 或者一份由精神卫生机构出具的其它类似证明。
- _____ **流动性(非移民)/季节性学生/Migrant (non-immigrant)/Seasonal Student:** 在此之前三十六个月里, 跟随从事流动性或季节性渔工的、临时或季节性肉类或蔬菜加工、在圣诞树和常青树农庄工作的父母或监护人从一个教育局转到另一个教育局的儿童。

请在背面签名处签名□

第 6 部分: 证实及签字~ 请仔细阅读以下声明, 并在签字处签名。您和您丈夫/妻子/同伴/伴侣必须签名。如果没有签名, 本申请将被作材料不全处理。

我/我们证实, 在本“学前教育举足轻重”资金申请表中的信息属实, 我/我们已附上最近六个星期的经济收入的复印件。我/我们理解提供此信息之目的为取得宾州“学前教育举足轻重”资金资助。我/我们理解我/我们将在子女注册进入“光明未来”学前班就读后受到州政府资助。我/我们理解费城教育局及/或宾州政府可以证实本“学前教育举足轻重”资金资格申请表中的信息, 并且/或者在必要的情况下, 索取更多的文件。有意歪曲这些信息可能导致我依据宾州现行法律受到起诉。

家长/监护人签名 (必须签字方能生效) / Signature of Parent/Guardian (required)

日期/Date

丈夫/妻子/同伴/伴侣签名/(如果有, 必须签字) / Signature of Husband/Wife/Companion/Partner (required, if applicable)

日期/Date

费城教育局 / THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
学生入学申请表 / APPLICATION FOR ADMISSION OF CHILD TO SCHOOL
 (EH-40 Rev. 6/12 Comm. Code 61602445007)
此表必须由家长或监护人填写, 并提供所需的全部文件
PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTATION

学生个人情况 (请用正楷英语字母书写) / STUDENT INFORMATION - PRINT ALL ENTRIES

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------|------------------|--|---------------------|--|--|---------------|---|---|
| 姓 / LAST NAME | | 名 / FIRST NAME | | 中文名 拼音 / M.I. | 出生日期 / DATE OF BIRTH 月 / MO 日 / DA 年 / YR | | | 性别 / GENDER <input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female | 学生证号码 / STUDENT I.D. 由学校填写 / (SCHOOL USE ONLY) |
| 住址号码 / HOUSE NO. | 方向 / DIR | 街名 / STREET NAME | | ST., AVE., ETC | 公寓号 / APT.# | | 邮编 / ZIP CODE | 住宅电话 / HOME PHONE | |

- 请选一项 / CHECK ONE ONLY (✓)
- 种族认定 (只可选一项) / RACE DESIGNATION (CHECK (✓) ONE ONLY):
0. 白人 / WHITE 1. 黑人 / BLACK 2. 西语 / 拉美 / HISPANIC / LATINO 3. 美国及阿拉斯原住民 / AMERICAN INDIAN / ALASKA NATIVE
4. 亚裔 / ASIAN 5. 多种族 / 其它 / MULTI RACIAL / OTHER 6. 夏威夷及环太平洋诸岛岛民 / NATIVE HAWAIIAN / OTHER PACIFIC ISLANDER

语言调查 / LANGUAGE SURVEY

| | 英语 / English | 其它 / Other | 其它语种 (请具体说明) / Other Language (please specify) |
|--|--|--------------------------|--|
| 1. 您的家人在家互相交流时使用最多的是何种语言? / What language does the family speak at home most of the time? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. 父母对该子女说话时使用最多的是何种语言? / What language does the parent(s) speak to her/his child most of the time? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. 该子女对父母说话时使用最多的是何种语言? * / What language does the child speak to her/his parent(s) most of the time? * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. 该子女对兄弟姐妹说话时使用最多的是何种语言? * / What language does the child speak to her/his brothers/sisters most of the time? * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. 该子女对朋友说话时使用最多的是何种语言? * / What language does the child speak to her/his friends most of the time? * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. 该子女平时说话时使用最多的是何种语言? * / What language does the child speak most frequently? * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. 你希望寄往你家中的文件使用何种语言? / In what language would you like documents sent home? 如需其它语种, 请具体说明 / If other, which language? _____ | <input type="checkbox"/> 只需英语 / English Only | | <input type="checkbox"/> 英语及其它 / English and Other |

* 如果您对上述任何一个问题的选项为“其它”, 请与新移民学生注册中心联系, 对该子女作进一步的语言测试。
If the answer to any of these questions is other than English, please contact the Enrollment Center for additional screening.

如果孩子上过学, 请填写其教育程度: / STUDENT EDUCATION: Complete this section if the child has ever attended school

- 在递交本申请前, 在何地及何种学校上学 / INDICATE CITY AND TYPE OF SCHOOL CHILD LAST ATTENDED
- 费城 / PHILADELPHIA CITY 其它城市 / OTHER CITY 公立学校 / PUBLIC SCHOOL 非公立学校 / NON-PUBLIC SCHOOL

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|-----------|------------|
| 最后就读的日期 DATE LAST ATTENDED | 最后就读的年级 GRADE LAST ATTENDED | 校名 / NAME OF SCHOOL | 校址 / ADDRESS | 城市 / CITY | 州名 / STATE |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|-----------|------------|

- 如果该学生曾在美国之外的学校上学, 您是否持有其成绩单 / If the student attended school Outside of the United States, do you have his/her school records?
- 持有 / Yes* 没有 / No

如有, 请向入学学校提供一份复印件 / If yes, please provide a copy for the school

如没有, 请与原就读学校联系索取成绩单 / If no, please contact the school to obtain records

* 高中生的成绩单必须经过评估 / High School students must have transcripts evaluated.

- 该子女是否上过 / Did child ever attend?: 学前班 / Pre-Kindergarten and/or 及 / 或 幼儿园 / Kindergarten
1. 该子女是否读过为有智力或躯体障碍的儿童开设的特殊教育课程 / Has child ever received Special Education services? 是 / Yes 否 / No
2. 该子女是否参加过幼儿早期辅助教育 / Was child ever enrolled in an Early Intervention Program? 是 / Yes 否 / No
3. 该子女是否上过“英语非母语班” / 双语班? / Has child ever received ESOL/Bilingual services? 是 / Yes 否 / No

* 如果上述三个问题中的任何一个问题的选项为“是”请让该家长 / 监护人与校长, 或学生顾问, 或特殊教育联络员接洽。

* If the answer is yes to any of the above 3 questions in this section, please ENROLL child in school and refer parent/guardian to the Principal, or Counselor or Special Education Liaison.

- 该学生第一次在美国学校注册的日期 / Date child first enrolled in U.S. school. _____

接后页 / CONTINUE ON REVERSE >>

EH-40 (Chinese)

Translation and Interpretation Center (6/2012)

家长或监护人情况 (请用正楷英语字母书写) / PARENT/GUARDIAN INFORMATION - PRINT ALL ENTRIES

| | | | | | |
|---|---------------------------|--------------|--------------------------|-----------|---------------------------|
| 家长/ PARENT | 如去世, 打“X” /IF DECEASED | 全名/FULL NAME | 手机号码/CELL PHONE | 电邮/E-MAIL | 工作单位电话/ EMPLOYER PHONE |
| 父亲/ FATHER | | | | | |
| 父亲工作单位名称/NAME OF FATHER'S EMPLOYER: | | | 工作单位地址/EMPLOYER ADDRESS: | | |
| 母亲/ MOTHER | | | | | |
| 母亲工作单位名称/NAME OF MOTHER'S EMPLOYER: | | | 工作单位地址/EMPLOYER ADDRESS: | | |
| 继父(母)/STEP PARENT 监护人/GUARDIAN 合法监护人/LEGAL CUSTODY | | | | | |
| 工作单位名称/EMPLOYER: | | | 地址/ADDRESS: | | |

出生证件验证—必须填写/PROOF OF DATE OF BIRTH - MUST BE COMPLETED

| | | |
|--|---|---|
| 1. 正式出生证明/OFFICIAL BIRTH CERTIFICATE | 证件号/NUMBER | 发证者(城市和州/省名)/ISSUED BY (CITY AND STATE) |
| 2. 洗礼或其他宗教证明 BAPTISMAL OR OTHER RELIGIOUS CERTIFICATE | 发证者/ISSUED BY | 姓名和地址/NAME AND ADDRESS |
| 3. 其他/OTHER | 请说明/DESCRIBE | |
| 4. 出生国家/COUNTRY OF BIRTH | 国家名(如美国出生, 请写明城市和州名)/NAME OF COUNTRY - IF BORN IN US, LIST NAME OF CITY AND STATE | |

家长/监护人签字/Parent/Guardian Signature: _____ 日期/Date: _____

OFFICIAL USE ONLY

SCHOOL PRINCIPAL/ADMINISTRATOR: It is the responsibility of the School Principal/Administrator to insure that this form is completed in its entirety and to verify all necessary documentation prior to signing.

VERIFICATION: THE PROOF OF DATE OF BIRTH IS BASED ON THE EXAMINATION OF DOCUMENT ABOVE

| | | | | | |
|---|--------------|---|---------------|-------|-------------------|
| SIGNATURE OF SCHOOL OFFICIAL | | DATE | POSITION | | |
| | | | | | |
| NAME OF SCHOOL/CENTER CHILD ADMITTED TO | | SCHOOL NO. | DATE ENROLLED | GRADE | ROOM/SECT/BOOK NO |
| PRE-K ONLY | | SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL / ADMINISTRATOR | | | DATE |
| SCHOOL GROUP | PROGRAM CODE | | | | |

学前班入学申请/ PRESCHOOL APPLICATION ~ 2012-2013 F-3

请在递交您子女申请时交还本表 第 1 页, 共 2 页

亲爱的家长/监护人: ~ 请将学前班入学申请表格正反两面各个部分全部填好。

第一部分: 子女概况/Section 1: Child Information

子女姓名/Child's Name _____ 男/Male 女/Female

家长姓名/Parent's Names (必须填写) _____

出生日期/Date: _____ 主要说哪种语言/ Primary spoken

language _____

住址/Address _____ 公寓号/单元号/Apt. #/Unit # _____ 邮编/Zip Code _____

医疗情况/Medical condition(s) _____

过敏食物/Food allergies _____

日常用药情况/Daily medications _____

第二部分: 母亲/监护人概况/Section 2: Mother | Guardian Information

姓名/Name _____ 母亲/监护人/Mother Guardian

丈夫/同伴/伴侣姓名/Husband/Companion/Partner Name (如果有) _____

住址/Address _____ 公寓号/单元号/Apt. #/Unit # _____ 邮编/Zip Code _____

电话/Phone Numbers: 白天/Day _____ 手机/Cell _____

家庭电话/Home _____

在家所说语言/Language(s) spoken in home _____

电子邮件地址/E-mail _____

如果您有工作, 从事何种工作? /If you are employed, what type of work do you do?

如果您正在上学, 您专业是什么? /If you are in school, what are you studying?

第三部分: 母亲/监护人概况/Section 3: Father | Guardian Information

姓名/Name _____ 父亲/监护人/Father Guardian

妻子/同伴/伴侣姓名/Wife/Companion/Partner Name (如果有) _____

住址/Address _____ 公寓号/单元号/Apt. #/Unit # _____ 邮编/Zip Code _____

电话/Phone Numbers: 白天/Day _____ 手机/Cell _____

家庭电话/Home _____

在家所说语言/Language(s) spoken in home _____

电子邮件地址/E-mail _____

如果您有工作, 从事何种工作? /If you are employed, what type of work do you do? _____

如果您正在上学, 您专业是什么? /If you are in school, what are you studying? _____

第四部分: 子女学前班概况/Section 4: Preschool Information

您子女上过学前班或托儿所吗? /Has your child attended preschool? ____ 如果上过, 在哪里上的? /If Yes, where?

请将与您子女教育有关的想法告诉我们/Share with us any educational concerns you have for your child:

第五部分: 子女社会交往能力发展概况/Section 5: Social Development Information

您子女表达个人需求时是否有困难? /Does your child have difficulty expressing what s/he wants? 否 /No ____ 是/Yes ____

您在理解您子女语言时是否有困难? /Do you have difficulty understanding your child's language? 否 /No ____ 是/Yes ____ 如果是, 请解释您如何和孩子交流/If Yes, please explain how you communicate with your child

在过去 6 个月内您子女生活中是否发生了重大变化? /Has there been a significant change in your child's life within the last 6 months? 否 /No ____ 是/Yes ____ 如果是, 请解释/If Yes, please explain how you communicate with your child

您子女是否曾被要求做一次发育普查? /Has your child been referred for a developmental screening? _____ 如果是, 您子女是否已做过普查? /If Yes, has it been completed? _____

您子女是否有一个“个人学习规划”? /Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? _____ 如果是, 请填写有关机构名称/If Yes, what services are s/he receiving? _____

机构名称/Name of service provider _____

请将与您子女发育有关的问题告诉我们/Share with us any developmental concerns you have for your child:

以下我/我们的签名表明/My/Our signature(s) below indicate that:

1. 我/我们在学前班入学申请表中提供的所有信息属实;
2. 我/我们了解填写并递交“光明未来”学前班入学申请表并不确保我的子女被学前班录取;
3. 我/我们了解所递交的“光明未来”学前班申请各种表格及文件将仅用于该学前班申请, 不能部分或全部用于其它学前班项目的申请。
4. 我/我们明白, 对于学前班学生, 教育局不提供上下学校车接送服务, 也不提供上课前和下课后其它类校车服务;
5. 我/我们明白必须在儿童进入“光明未来”学前班学习之前交给有关人员最新的“学生健康评估表”及“个人牙医检查报告”
6. 我/我们明白, 我子女进入“光明未来”学前班学习时:
 - a. 他/她只需很少帮助就能使用卫生间;
 - b. 一旦有关我子女的信息有变动, 我/我们将及时通知其教师;
 - c. 我/我们确认这些信息一定要始终保持准确无误, 这样, 我的子女在校期间生病或受伤时, 学校就能及时与我联系;
 - d. 我/我们同意遵守学前班的规章, 严格遵守到校离校的时间。

家长/监护人签名/Signature of Parent/Guardian (必须签字方能生效)

日期/Date

丈夫/妻子/同伴/伴侣签名/(如果有, 必须签字) / Signature of Husband/Wife/Companion/Partner (required, if applicable) 日期/Date

费城教育局 - 幼儿早期教育办公室 - “光明未来”学前班

请在递交您子女申请时交还本表格

由家长/监护人填写

子女姓名/Child's Name _____ 出生日期/Date of Birth _____

子女是否在预产期之前3周或以上出生? /Was child born 3 weeks or more before due date? ____ 否/No ____ 是/Yes 子女出生时体重/Child's birth weight ____ 磅/lbs. ____ 盎司/oz

子女就医的医生/医疗中心/诊所/Name of child's Doctor/Health Center/Clinic _____

住址/Address _____ 邮编/Zip _____ 电话号码/Phone Number _____

子女健康保险类型/Type of child's Health Insurance:

____ 医疗保险补助/Medical Assistance ____ CHIP ____ 私立保险公司/Private (名称/Name) _____ 无/None

健康保险号/Health Insurance Policy Number _____

子女就医的牙医/医疗中心/诊所/Name of child's Dentist/Dental Clinic _____

住址/Address _____ 邮编/Zip _____ 电话号码/Phone Number _____

牙医保险号/Dental Insurance Policy Number _____

子女住院及生病情况 / CHILD'S HOSPITALIZATIONS and ILLNESSES

住院超过一天 / Overnight hospitalization: ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请解释/If Yes, explain:

急诊 / Emergency Room Visit: ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请解释/If Yes, explain: _____

严重事故 / Serious Accident: ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请解释/If Yes, explain: _____

重症 / Serious Illness: ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请解释/If Yes, explain: _____

手术 / Surgery: ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请说明手术类型: /If Yes: Type of surgery _____

手术日期 / Date of surgery _____

医院名称 / Name of Hospital _____

手术中出现的问题和并发症 / Problems or complications _____

急病发作 / Seizures ____ 否/No ____ 是 / Yes 如果是, 请说明发作类型/If Yes: Type of seizure: _____

病人反应 / Reaction _____

发作持续时间 / Duration _____

用药 / Medication _____

请在递交您子女申请时交还本表

请在下列各项情况后选择“否”或“是”打勾。 如果选择“是”，请在“说明”一栏内进一步说明。

| 我子女 / MY CHILD: | 否 / NO | 是 / YES | 说明/COMMENTS |
|---|--------|---------|-------------|
| 戴尿垫 / Wears diapers | | | |
| 穿纸尿裤/Wears pull-ups | | | |
| 戴眼镜/Wears glasses | | | |
| 弱视、斜视、散视或其它眼科问题/Has a lazy eye, crossed eye, wandering eye or other eye conditions | | | |
| 曾经患过耳朵感染、动过耳朵插管手术、失聪或戴助听器/Has tubes in ears, hearing loss, wears a hearing aid, has a history of ear infections or other ear conditions | | | |
| 经常感冒、喉咙痛、咳嗽或鼾声很重/Has excessive colds, sore throats, coughing episodes, snores loudly | | | |
| 曾经患过哮喘或支气管炎/Has a history of asthma or bronchitis | | | |
| 有心杂音、已消退心杂音、风湿热或其它心脏问题/Has a heart murmur, a resolved heart murmur, rheumatic fever or other heart conditions | | | |
| 曾患有贫血症、镰状细胞疾病、铅含量超标等问题/Has a history of anemia, sickle cell disease, elevated lead level | | | |
| 曾患有如 G6PD (蚕豆病)、血友病等血液类疾病。/Has G6PD, hemophilia or other blood conditions | | | |
| 曾患有或正患有脐疝或腹股沟疝/Has or had an umbilical or inguinal hernia | | | |
| 患有胃食管返流、胃痛、腹泻、便秘/Has reflux, stomach pain, diarrhea, constipation | | | |
| 带有饲管/Has a feeding tube | | | |
| 患有小便困难、尿路感染、肾病/Has trouble urinating, urinary tract infection or kidney disease | | | |
| 患有糖尿病/Has diabetes (如果是, 请指明是甲型还是乙型/If Yes, please indicate Type I or Type II diabetes) | | | |
| 患有皮疹、湿疹、荨麻疹、黄水疮/Has rashes, eczema, hives, boils | | | |
| 患有神经疾病、肌肉痉挛、脊柱裂、肌肉萎缩症、大脑性瘫痪/Has neuropathy, muscle tics, spina bifida, muscular dystrophy, cerebral palsy | | | |
| 戴腿固定器/Wears leg braces | | | |
| 使用拐杖、助行架或轮椅/Uses a cane, walker or wheelchair | | | |
| 患有小儿麻痹症、水痘、麻疹、腮腺炎、猩红热、百日咳/Has or had polio, chicken pox, measles, mumps, scarlet fever, whooping cough | | | |
| 晕车/Has car sickness | | | |
| 对药品或食物过敏/Has allergies to medicine or food | | | |
| 对动物过敏/Has allergies to animals | | | |
| 由于季节变化有过敏反应/Has allergies due to seasonal changes | | | |
| 有其它类过敏症/Has other allergies | | | |

请告诉我们您在您子女健康方面有什么担心的问题/Share with us any health concerns you have for your child

费城教育局 - 幼儿早期教育办公室 - “光明未来”学前班

请在递交您子女申请时交还本表

子女姓名/Child's Name _____ 出生日期/Date of Birth _____

亲爱的家长/监护人:

如果您子女有医疗健康问题, 其就诊的医疗机构可能嘱咐他/她服用药品。如果您子女需要在上学期间服用医生所开的药, 经过您的书面许可后, 幼儿卫生服务机构 (Early Childhood Health Services) 将向您子女所在学前班工作人员提供培训, 了解如何给您子女服药。您可通过递缴费城教育局发放的标题为 MED-1: 准许在校期间服用药物申请 (MED-1: Request for Administration of Medication) 的形式做出书面许可。您可以向幼儿卫生服务机构索取 MED-1 表, 您和您子女就诊的医疗机构必须将每一种药品逐个填写完整一份 MED-1 表。只有填写完整的 MED-1 表才能保证学前班备有您子女需要的药品, 并将其配发给您子女服用。

请告知我们有关您子女的信息~在合适的方框内打勾填写必要的信息:

目前我子女没有医疗健康问题。/At this time, my child does not have a medical condition.

目前我子女有以下医疗健康问题。/At this time, my child has the following medical condition(s).
幼儿卫生服务机构代表将与您联系, 了解更多详情。

1. 医生诊断或医疗健康问题/Diagnosis or medical condition: _____

在学前班上课期间不须服药/Does not require medicine to be administered during preschool hours

在学前班上课期间须**每天**服药/Requires medicine to be administered **DAILY** during preschool hours
药品名称、服用剂量及服用次数/Name of medicine, dose and times to be administered

在学前班上课期间**必要时**须服药/Requires medication to be administered **AS NEEDED** during preschool hours
药品名称及服用剂量 /Name of medicine and dose _____

2. 医生诊断或医疗健康问题 Diagnosis or medical condition: _____

在学前班上课期间不须服药/Does not require medicine to be administered during preschool hours

在学前班上课期间须**每天**服药/Requires medicine to be administered **DAILY** during preschool hours
药品名称、服用剂量及服用次数/Name of medicine, dose and times to be administered

在学前班上课期间**必要时**须服药/Requires medication to be administered **AS NEEDED** during preschool hours
药品名称及服用剂量 /Name of medicine and dose _____

就我所知, 本表格中所填写信息均为事实。我确认以上信息如有变动, 我应当立即通知我子女的教师或幼儿卫生服务机构。

家长/监护人签名/Signature of Parent/Guardian (必须签字方能生效)

日期/Date

费城教育局 - 幼儿早期教育办公室 - “光明未来” 学前班

请在递交您子女申请时交还本表

如果儿童需要紧急医疗救助服务，本表格应该交给实施救助的机构

子女姓名/Child's Name _____

出生日期/Date of Birth _____

亲爱的家长/监护人:

如果您子女生病、需要密切看护或者患有传染疾病，您不应当将其送到学前班，而是应当另行做好安排照顾他/她。如果您子女在学前班上学期间生病或受到轻伤，但病情或伤情没有严重到需要叫救护车，您应当负责将其送往医疗机构就诊。如发生下述情况中的任何一种，您必须在子女返回学前班上课之前向有关人员递交医生开具的假条：去急诊室就诊、罹患某些特定疾病（传染病、重病、病情需要长期请假或动手术等等）、或者某些特定伤情（需要医生看护、打石膏或戴托架、只能进行特定活动等等）。如果您不清楚子女病情是否属于上述范围，请在您子女每次就诊时，向医生索取医生假条。如果您子女需要医疗健康保险，请联系幼儿卫生服务机构。

紧急医疗救助相关政策/POLICY for EMERGENCY MEDICAL CARE

如果您子女病情或伤情严重，需要立即实施医疗救助，费城教育局工作人员将陪同他/她乘坐救护车一同前往最近的医院看急诊。届时我们会尽快通知您。根据未成年人医疗服务法案，医院会对您子女立即实施紧急治疗。但是，幼儿卫生服务机构及医院都必须尽快找到您，以便您能为对综合治疗方案提供书面或有他人旁证的口头许可。请确保您已经将如何随时与您保持联系的方式告知学前班教师。如果您子女受伤，您应当负责他/她所有的医疗开销。

紧急医疗救助同意书/CONSENT for EMERGENCY MEDICAL CARE

以下签名表明我已知晓上述信息，同时我也同意:

1. 学前班工作人员对我的子女的轻微疾病或伤情实施急救;
2. 如果我子女需要紧急医疗或牙科救助才能保全其生命或者防止其健康状况恶化，但工作人员没有时间与我联系并获得我本人的许可，工作人员可以对我子女实施紧急救助。我知道有关人员会尽快与我联系，我有责任对进一步的治疗措施提供许可。

如果您对以上信息有疑问，请与幼儿卫生服务机构代表讨论，了解详情。

家长/监护人签名/Signature of Parent/Guardian (必须签字方能生效)_____
日期/Date

费城教育局 - 幼儿早期教育办公室 - “光明未来” 学前班

请在递交您子女申请时交还本表

我们会将您提供的信息转交给负责您子女营养、健康需求的工作人员及任课教师。

子女姓名/Child's Name _____

亲爱的家长 / 监护人~幼儿及老人看护项目(CACFP)每天为您子女准备营养丰富的早、午餐及午后点心。每个学前班学校都会张贴一份“月度食谱”，其中列有向您子女供应的每顿饭中包含的食物及饮料种类。幼儿早期教育办公室理解由于宗教、医疗或其它原因，有些儿童需要禁食某些种类的食品。为了确保您子女吃到适合他年龄的、营养丰富的饭食，您递交的饮食禁忌申请必须经过您子女就诊的医疗机构及宗教领袖的书面证明才能生效。幼儿营养代表将与您商讨应当为您子女提供哪种替代食品。请注意，我们不会向您子女体含有猪肉或坚果的食品。

如果您子女对某种食品会产生严重的过敏反应，必须服用 **EPI-PEN**、**Benadryl** 或其它药物，请立即告知我们，以便我们启动必要的程序，对学前班工作人员进行培训。

请告知我们有关您子女饮食禁忌的信息~在合适的方框内打勾填写必要的信息:

目前我子女没有饮食禁忌。/At this time, my child does not have a medical condition.

目前我子女有以下饮食禁忌/At this time, my child has the following food restriction(s):

1. 禁忌的食品/Name of restricted food: _____

禁食原因/ Reason for restriction: 宗教/Religious _____ 其它/Other (请指明/please specify) _____

医疗/Medical _____ 请指明反映症状及治疗方法/Please indicate reaction and treatment: _____

2. 禁忌的食品/Name of restricted food: _____

禁食原因/ Reason for restriction: 宗教/Religious _____ 其它/Other (请指明/please specify) _____

医疗/Medical _____ 请指明反映症状及治疗方法/Please indicate reaction and treatment: _____

就我所知，本表格中所填写信息均为事实。如果以上信息如有变动，我应当立即通知我子女的教师。

家长/监护人签名/Signature of Parent/Guardian (必须签字方能生效)

日期/Date

费城教育局 ~ 幼儿早期教育办公室~“光明未来”学前班

请在递交您子女申请时交还本表格

由家长/监护人填写

子女姓名/Child's Name _____

- 您子女喜欢吃什么食品? /What is your child's favorite food(s)? _____
- 您子女不喜欢吃什么食品? /What food(s) will your child refuse to eat? _____
- 请在下列各项问题之后选择“否”或“是”并打勾: /Place a check mark in the Yes or No column to answer each statement:

| 我子女 / MY CHILD: | 否 / No | 是 / Yes |
|--|--------|---------|
| 服用维生素/Takes vitamins | | |
| 在遵守特别的饮食规定/Is on a special diet | | |
| 胃口出现明显变化/Has had a noticeable change in his/her appetite in the last month | | |
| 一直使用奶瓶喝水/Regularly drinks from a baby bottle | | |
| 会吃或咀嚼非食物物品/Eats or chews things that aren't food | | |
| 咀嚼或吞咽食物时是否有困难/Has trouble chewing or swallowing | | |
| 经常腹泻/Often has diarrhea | | |
| 经常便秘/Is often constipated | | |

- 请在您子女喜欢吃的食品旁边打勾/Place a check mark next to each food item that your child likes:

| 食品/FOODS | ✓ | 食品/FOODS | ✓ | 食品/FOODS | ✓ | 食品/FOODS | ✓ |
|------------------|---|---------------------|---|-------------------|---|--------------------|---|
| 牛奶/Milk | | 绿色蔬菜/Greens | | 草莓/Strawberries | | 水/Water | |
| 奶酪/Cheese | | 胡萝卜/Carrots | | 橙子/Oranges | | 牛肉/Beef | |
| 酸奶/Yogurt | | 葫芦/Squash | | 葡萄/Grapes | | 鸡肉/Chicken | |
| 鸡蛋/Eggs | | 玉米/Corn | | 苹果/Apples | | 火鸡/Turkey | |
| 谷物/Cereal | | 西红柿/Tomatoes | | 香蕉/Bananas | | 鱼/Fish | |
| 燕麦片/Oatmeal | | 豆角/String Beans | | 猕猴桃/Kiwi | | 猪肉/Pork | |
| 华夫饼/Waffles | | 豌豆/Peas | | 蓝莓/Blueberries | | 热狗/Hot Dogs | |
| 烙饼/Pancakes | | 色拉/Salad | | 桃子/Peaches | | 意大利面/Spaghetti | |
| 焙烤食品/Pop Tarts | | 土豆泥/Mashed Potatoes | | 其它水果/Other Fruit | | 奶酪三明治/Mac & Cheese | |
| 米饭/Rice | | 红薯/Sweet Potatoes | | 饼干/Cookies | | 蛋黄酱/Mayonnaise | |
| 粗磨粉/Grits | | 炸薯条/French Fries | | 糖/Candy | | 花生酱/Peanut Butter | |
| 面包/Bread | | 烤土豆/Baked Potatoes | | 冰激凌/Ice Cream | | 果冻或果酱/Jelly or Jam | |
| 墨西哥玉米饼/Tortillas | | 种子/Seeds | | 水果饮料/Fruit Drinks | | 黄油/Butter | |
| 薯片/Chips | | 花生/Peanuts | | 汽水/Soda | | 人造黄油/Margarine | |

“光明未来”学前班地址选择/BRIGHT FUTURES LOCATION INFORMATION

我们将会 在宾州 2013 年财政年度预算通过之后公布 2012-2013“光明未来”学前班地址信息。那时，宾州将通知教育局其能够得到的“学前班举足轻重”资金拨款的数额。该拨款数额将决定费城教育局在 2012-2013 学年能够开办多少个“光明未来”学前班。

获得该拨款后，早期幼儿教育办公室将会通过邮件把“光明未来”学前班地址选择表寄到所有申请者手中。“光明未来”学前班地址选择表将列出所有在 2012 年 9 月开办“光明未来”学前班的办学地址。家长及监护人将有机会按照个人志愿顺序依次填写方便子女就学的“光明未来”学前班地址。家长及监护人将被要求按照“光明未来”学前班地址选择表上所注明日期之前交还地址选择表。

本信件附函背面的“光明未来”学前班补充信息对抽签程序做了解释。

请家长及监护人将电话号码及地址信息方面的任何变动告知“光明未来”办公室。如果您提供的电话不正确或者我们寄给您的信件因为“无法寄送”或“收信人已搬迁无法转交”等原因而被退回的话，您子女将会错过注册机会，这将是令人非常遗憾的事。

如果有疑问和顾虑，或者您的个人信息发生变动，请拨打电话 215-400-5757 或发电子邮件至 BrightFutures@philasd.org 联系 Sue Maraschiello。

见下页 □

尽管 2012-2013 学年“光明未来”学前班办学地址目前还未确定，以下是 2011-2012 学年办学地址的清单。

请记住，一旦 2012-2013 办学地址明确，幼儿早期教育办公室将会把“光明未来”学前班地址选择表寄送到申请者家中。“光明未来”学前班地址选择表将列出所有在 2012 年 9 月开办“光明未来”学前班的地址。

2011-2012 学年“光明未来”学前班办学地址

| 办学地址名称 | 地址 | 邮编 |
|-----------------------------------|------------------------------|-------|
| Abigail Vare Elementary School | 1621 E. Moyamensing Ave. | 19148 |
| Abraham Lincoln High School | 3201 Ryan Ave. | 19136 |
| Anderson Elementary School | 1034 S. 60 th St. | 19143 |
| Bache-Martin Elementary School | 2201 Brown St. | 19130 |
| Cleveland Elementary School | 2701 N. 19 th St. | 19140 |
| Comegys Elementary School | 5100 Greenway Ave. | 19143 |
| Dr. Ethel Allen Elementary School | 3200 W. Lehigh Ave. | 19132 |
| E. M. Stanton Elementary School | 1700 Christian St. | 19146 |
| F. S. Edmonds Elementary School | 8025 Thouron Ave. | 19150 |
| FitzPatrick Elementary School | 4101 Chalfont Dr. | 19154 |
| Forrest Elementary School | 7300 Cottage St. | 19136 |
| Haverford Center | 4601 Haverford Ave. | 19139 |
| Kinsey Elementary School | 6501 Limekiln Pk. | 19138 |
| Loesche Elementary School | 595 Tomlinson Rd. | 19116 |
| Lowell Elementary School | 450 W. Nedro Ave. | 19120 |
| McCloskey Elementary School | 8500 Pickering St. | 19150 |
| McClure Elementary School | 600 W. Hunting Park Ave. | 19140 |
| Nebinger Elementary School | 601 Carpenter St. | 19147 |
| Rhawnhurst Elementary School | 7809 Castor Ave. | 19152 |
| Shawmont Elementary School | 535 Shawmont Ave. | 19128 |
| Thomas Edison High School | 151 W. Luzerne St. | 19140 |
| Whittier Elementary School | 3001 N. 27 th St. | 19132 |
| Wister Elementary School | 67 E. Bringhurst St. | 19144 |

递交申请时您不需要交还本页

2012-2013

居民住址申明/ RESIDENCY AFFIDAVIT

F-11

基本信息及说明

在申请进入“光明未来”学前班就读时，家长/监护人需要提供至少一个证明学生住在宾州费城的凭证。

如果您为子女申请时已经递交以下文件中的一种，您不必填写本表。

所有文件必须最新的有效文件。我们认可的凭证种类包括：

- (电、煤气、水费)账单
- 选民登记卡
- 租房合同/协定，必须为打印件，由各方签名并经过公证
- 住房分期付款凭证
- 契约

假如您无法提供以上所列凭证中的任何一种—在万不得已的情况下，家长或合法监护人可填好背面的居民住址声明，交公证人公证。然后在为您子女提交申请时将该表作为您是宾州居民的凭证递交。

居民住址声明表填写说明

第一部分： 本部分由家长/监护人填写。请工整填写您的姓名；现在所在住址，邮编及电话号码；同您居住在一起的儿童的姓名及出生年月。如有必要，请另外用纸写明其他儿童的姓名及出生年月并将其附在居民住址申明表后。

第二部分： 假如住房拥有者、租房者或房东不是家长/监护人，本部分由住房拥有者或租房者填写。在相应部分，住房拥有者、租房者或房东工整填写姓名、电话号码、家长/监护人姓名以及被许可居住在其住址的儿童的姓名、家长/监护人的签名。

第三部分： 家长/监护人在持照公证人面前宣读居民住址申明表并签字。持照公证人在表格相应部分签字并盖章。

居民住址申明表/ RESIDENCY AFFIDAVIT FORM

如果需要, 请在递交您子女申请时交还本表

我起誓本表中的所有信息是准确和最新的。 我/我们知道如果由于任何原因, 居民的住址有所变动, 居民有责任通知教育局并更改居民住址声明。 如在本表中发现任何弄虚作假, 填表者将依法按伪证和伪誓罪论处。

第 1 部分/Section 1 ~ 由家长/监护人填写

我/我们 _____ 现居住在
家长/监护人姓名/Names of Parent(s)/Guardian(s)

家庭住址/Address _____ 邮编/Zip Code _____ 电话号码/Telephone Number _____

以下儿童与我一起住在这个地址

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 姓名/Name _____ | 姓名/Name _____ |
| 出生日期/Date of Birth _____ | 出生日期/Date of Birth _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 姓名/Name _____ | 姓名/Name _____ |
| 出生日期/Date of Birth _____ | 出生日期/Date of Birth _____ |

第二部分/Section 2 ~ 由住房拥有者、租房者或房东填写

住房拥有者、租房者出具的证明

住房拥有者、租房者姓名/Homeowner or Tenant name _____
工整填写姓名/Print name _____ 电话号码/Telephone Number _____

下列儿童及其家长 _____

已被批准与 _____ 在第 1 部分所示住址一起居住。

居住者姓名/Resident's Name _____
住房拥有者、租房者签名/Homeowner's or Tenant's signature _____ 日期/Date _____

房东出具的证明

房东姓名/Landlord name _____
工整填写姓名/Print name _____ 电话号码/Telephone Number _____

下列儿童及其家长 _____

已被批准在第 1 部分所示住址一起居住。

房东签名/Landlord's signature _____ 日期/Date _____

第 3 部分 ~ 家长/监护人签名及公证

经过公证, 我在此签字准许教育局对以上我在本声明中提供的信息进行调查核实。

家长/监护人签名/Parent(s)/Guardian(s) Signature(s) _____

持照公证员签名及盖章 Licensed Notary Signature and Seal _____

Insert HA form

最新的完整的“学生健康评估表”，或包含同样信息的类似表格必须在儿童进入“光明未来”学前班学习之前交给有关人员。体检日期必须是在儿童进入学前班就学的12个月期限之内。

Insert Dental form



该去看牙医了!

费城设有牙科的诊所

| | | |
|--------|--|----------------|
| HC #2 | : 1720 S. Broad Street, 19145 | : 215-685-1822 |
| HC #3 | : 555 S. 43 rd Street, 19104 | : 215-685-7506 |
| HC #4 | : 4400 Haverford Avenue, 19104 | : 215-685-7605 |
| HC #5 | : 1920 N. 20 th Street, 19121 | : 215-685-2938 |
| HC #6 | : 321 W. Girard Avenue, 19123 | : 215-685-3816 |
| HC #9 | : 131 E. Chelton Avenue, 19144 | : 215-685-5738 |
| HC #10 | : 2230 Cottman Avenue, 19149 | : 215-685-0608 |



设在医院的牙科诊所



ST. CHRISTOPHER'S
Front & Erie Avenue
Dental Office
215-427-5065

EPISCOPAL
Front & Lehigh Avenue
Dental Office
215-707-1030

TEMPLE
3233 S. Broad Street
School of Dentistry
215-707-2863

EINSTEIN
York & Tabor Road
Dental Office
215-456-7130

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA
40th & Spruce Street
School of Dentistry

联邦政府资助的诊所

FAIRMOUNT HEALTH CENTER
1412 Fairmount Avenue
Dental Office
215-684-5349

MARIA DE LOS SANTOS HEALTH CENTER
401 W. Allegheny Avenue
215-291-2500



“哇!
这些牙医对孩子很友善啊!”

| | | |
|---|---|--|
| <p>KIDS SMILES 2821 Island Avenue, Suite 210</p> | | <p>KIDS SMILES II 5848 Market Street 215-747-6901</p> |
| <p>DOC BRESLER'S 6801 Ridge Avenue 215-483-6633</p> | <p>DOC BRESLER'S 1430 Snyder Avenue 215-467-6000</p> | <p>DOUGLAS R. REICH, D.M.D. 7122 Rising Sun Avenue 215-725-8300</p> |
| <p>DENTAL DREAMS 2107A Cottman Avenue 215-235-4060</p> | <p>DENTAL DREAMS 5675 N. Front Street 215-224-0440</p> | <p>DENTAL DREAMS 2459 Aramingo Avenue 215-427-2800</p> |
| <p>PEDIATRIC DENTAL ASSOCIATES 6404 Roosevelt Boulevard 215-743-3700</p> | <p>PEDIATRIC DENTAL ASSOCIATES 100 E. Lehigh Avenue 215-707-1030</p> | |

1-800-DENTIST:

免费咨询信息 (全国范围内拨打)

215-925-6050:

费城郡牙医协会

(咨询有关您所在地区的私人牙科诊所的信息)

JOB 08/2010

感谢您完整填写“光明未来”学前班申请。请仔细阅读“光明未来”学前班申请文件清单，确保您已经完整填写表格并备齐了所有申请材料。在递交申请之前，您可以复印所有表格以备参考。

请通过以下方式递交您填写完整的各类表格及各类文件的复印件。

邮寄至:

School District of Philadelphia
Education Center
440 N. Broad Street ~ Suite 170
Bright Futures ~ Sue Maraschiello

本人送交至:

School District of Philadelphia
Education Center
440 N. Broad Street
Philadelphia, PA 19130
Philadelphia, PA 19130-4015

请将申请材料放进信封，将信封放入设在教育局本部大楼 Broad Street 入口处前厅的“光明未来”学前班申请材料投递箱。

传真: 您可以通过传真方式递交子女申请，但是在您发出传真的7天之内通过邮递或本人递交的方式将完整的申请材料原件交给我们。如果您选择用传真方式递交申请，请将必须递交的文件以及申请表格的正反面传真至：215-400-4275，请注明传真接收者：Sue in Bright Futures.

请记住，2012年3月5日是您的申请能够进入抽签程序的最后期限。

如果您有任何疑问或者需要帮助，请联系：

Sue Maraschiello ~ Bright Futures Office

电话：215-400-5757

传真：215-400-4275

电子邮件地址：BrightFutures@philasd.org

www.philasd.org

递交申请时您不需要交还本页

