

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ា
ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ
440 N. Broad St. ~ Suite 271
Philadelphia, PA 19130-4015
២១៥-៤០០-៤២៧០

គិតដល់ ភាពរុងរឿង

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ា
ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ

កម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ

អនាគតភ្លឺស្វាង

ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធី សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០១២-២០១៣

ដើម្បីជ្រាបព័ត៌មានដែលបានបកប្រែ និងព័ត៌មានបន្ថែមជាភាសាខ្មែរ សូមមើលក្នុងរ៉ូបសែ៖ www.philasd.org/language/khmer



ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្លឺស្វាង

- ♥ កម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ក្មេងដែលមានសិទ្ធិចូលរួម ដែលមានអាយុ ៣ ឬ ៤ ឆ្នាំ នៅថ្ងៃទី១ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១២
- ♥ ឧបត្ថម្ភដោយ ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺណែវ និង កម្មវិធី Pre-K Counts របស់ រដ្ឋធីនស៊ីលវេញ។
- ♥ កម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់ក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ដែលបានបង្កើតឡើងដោយ ក្រសួងអប់រំនៃរដ្ឋធីនស៊ីលវេញ។ នឹងជួយរៀបចំ កូនលោកអ្នកឲ្យមានជោគជ័យក្នុងការសិក្សា
- ♥ គ្រូបង្រៀន ដែលមានវិញ្ញាបនបត្រផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ និងគ្រូជំនួយ ដែលមានគុណភាពខ្ពស់ ផ្តល់បរិយាកាស អប់រំសម្រាប់ក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ដែលមានសិស្សយ៉ាងច្រើនបំផុតត្រឹមតែ២០នាក់ ក្នុងមួយថ្នាក់
- ♥ សកម្មភាពសិក្សាបន្ថែម អំពីវប្បធម៌
- ♥ ឱកាសសម្រាប់មាតាបិតាចូលរួម
- ♥ មានផ្តល់ អាហារពេលព្រឹក អាហារថ្ងៃត្រង់ និងចំណីពេលរសៀល ដល់ក្មេងដែលបានចុះឈ្មោះ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ ក្រុមគ្រួសារ ~ ឧបត្ថម្ភដោយកម្មវិធីផ្តល់ម្ហូបអាហារដល់កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ (CACFP)
- ♥ ថ្ងៃ និងម៉ោង បង្រៀន ~ កំណត់ដោយក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺណែវ មានម៉ោងខុសៗគ្នា ទៅតាមកន្លែង៖
 - ពីខែកញ្ញា ដល់ ខែមិថុនា~ ធ្វើតាមប្រតិទិនសម្រាប់ថ្នាក់មត្តេយ្យ ដើម្បីផ្តល់ការបង្ហាត់បង្រៀនចំនួន១៨០ថ្ងៃ
 - ថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ពីម៉ោង ៨:៣០ ព្រឹក - ៣:១៥ រសៀល
 - ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង ៨:៣០ ព្រឹក - ១២:៣០ រសៀល
- ♥ តម្រូវការ សម្រាប់សិទ្ធិចូលរួម៖
 - ក្មេងត្រូវមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់៣ឆ្នាំ នៅថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃ ទី១ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១២ និងមិនទាន់គ្រប់អាយុ ចូលរៀនថ្នាក់មត្តេយ្យនៅឡើយ។
 - ក្រុមគ្រួសារត្រូវមានប្រាក់ចំណូលតាមកម្រិតដែលបានកំណត់ដោយរដ្ឋធីនស៊ីលវេញ។ សម្រាប់ប្រាក់ជំនួយ នៃកម្មវិធី Pre-K Counts
 - ក្រុមគ្រួសារត្រូវរស់នៅក្នុង ទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺណែវ រដ្ឋធីនស៊ីលវេញ។
 - លិខិតវាយតម្លៃសុខភាពក្មេង ថ្មីៗ និងពេញលេញ ត្រូវប្រគល់លិខិតពិនិត្យផ្ទេរឲ្យបានមុនថ្ងៃក្មេងចូលរៀន ដំបូង
- ♥ នៅកន្លែងអនាគតភ្លឺស្វាង គេមិនផ្តល់ការបម្រើ មុន/ក្រោយ ម៉ោងរៀនទេ
- ♥ ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺណែវ មិនផ្តល់យានជំនិះដល់សិស្សមុនថ្នាក់មត្តេយ្យទេ



មិនបាច់ផ្ញើទំព័រនេះមកជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដេលហ្ស៊ា
ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ដល់ ថ្នាក់ទី៣

440 NORTH BROAD STREET ~ បន្ទប់ ២៧១
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

ទូរស័ព្ទ: ២១៥-៤០០-៤២៧០

ទូរសារ: ២១៥-៤០០-៤២៧៥

RENEE QUEEN JACKSON
នាយិកា

MICHELLE LINDER-COATES
នាយិកាប្រតិបត្តិ

ជូនចំពោះមាតាបិតា និងអាណាព្យាបាល៖

សូមអរគុណចំពោះការចាប់អារម្មណ៍របស់លោកអ្នក មកលើកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង របស់ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដេលហ្ស៊ា។ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំចូលរៀន សូមបំពេញលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀន ដែលមាននៅក្នុង *សំណុំលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង* នេះ ហើយដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- ១. ឯកសារបញ្ជាក់ពីថ្ងៃកំណើត
- ២. ឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលនៅក្នុងគ្រួសារ មុនដកពន្ធ
- ៣. ឯកសារបញ្ជាក់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ
- ៤. ឯកសារជាផ្លូវការ បញ្ជាក់ពីអាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន នៅក្រុងហ្សឺណាដេលហ្ស៊ា រដ្ឋឆិនស៊ីវេញ៉ា ដែលមានឈ្មោះមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល
- ៥. អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

បើសិនជាមានទាក់ទង សូមភ្ជាប់មកនូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដូចខាងក្រោមនេះ៖

- ១. លិខិតព្រមព្រៀងជាផ្លូវការ ពីសិទ្ធិចិញ្ចឹមក្មេង នាពេលបច្ចុប្បន្ន
- ២. ឯកសារជាផ្លូវការ ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអាណាព្យាបាល នាពេលបច្ចុប្បន្ន
- ៣. គម្រោងការអប់រំផ្ទាល់ (IEP) របស់កូនលោកអ្នក ឬ របាយការណ៍ពីការវាយតម្លៃ (ER)

ប្រគល់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទៅ មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ របស់ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដេលហ្ស៊ា 440 North Broad Street ដោយប្រើវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីដទៃទៀត ដែលបានបញ្ជាក់នៅលើទំព័រខាងក្រោយនៃ *លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង* នេះ។ ដើម្បីឲ្យឈ្មោះកូនលោកអ្នកមាននៅក្នុងការចាប់ឆ្នោត សម្រាប់ការទទួលបានចូលរៀន ការិយាល័យ អនាគតភ្លឺស្វាង ត្រូវតែទទួល *លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង* ដែលបានបំពេញរួចហើយ របស់កូនលោកអ្នក នៅថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃ **ទី៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១២**។

លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីដែលមិនបានបំពេញគ្រប់គ្រាន់ គេនឹងមិនយកមកពិចារណាសម្រាប់ការចុះឈ្មោះទេ។ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកបំពេញបានគ្រប់គ្រាន់ សូមមើលក្នុង *បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង* ដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។

សូមមើលទំព័រខាងក្រោយ ដើម្បី ជ្រាបព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង។

បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ៖

- ♥ សូមទាក់ទងមក Sue Maraschiello នៅការិយាល័យ អនាគតភ្លឺស្វាង តាមទូរស័ព្ទលេខ ២១៥-៤០០-៥៧៥៧ ឬតាម អ៊ីមែល BrightFutures@philasd.org
- ♥ មើលតាមរូបសៃ www.philasd.org/offices/earlychild/ ចុចត្រង់ពាក្យ [Preschool Services and Programs](#) បន្ទាប់មកចុចលើពាក្យ [Bright Futures](#)

ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ

- ១. ការបំពេញ និង ការដាក់ពាក់សុំចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតភ្នំស្វាយ មិនធានាថាគេនឹងទទួលបានលោកអ្នកឲ្យចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតភ្នំស្វាយ នោះទេ។
- ២. ប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្នំស្វាយ គឺអាស្រ័យទៅលើ ការអនុម័តនៃប្រាក់ជំនួយដែលបានទុកដោយឡែកសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts នៅក្នុងថវិកាប្រចាំឆ្នាំរបស់អភិបាលរដ្ឋ។ បើសិនជាការិយាល័យផ្នែកមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដល់កម្មវិធី មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្នំស្វាយ គេនឹងជម្រាបទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំចូលរៀន ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ៣. ការិយាល័យផ្នែកមុនមត្តេយ្យ នឹងជ្រើសរើសក្មេងតាមការចាប់ផ្តោត។ សន្លឹកឆ្នោតនឹងមានឈ្មោះក្មេងទាំងអស់ដែលបានដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនមុនថ្ងៃ ឬ នៅថ្ងៃ ទី៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១២។

- ក. គេនឹងឲ្យទៅក្មេងដែលមានអាយុត្រូវចូលរៀនថ្នាក់មត្តេយ្យនៅ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៣ មុនគេ។ បន្ទាប់មក នឹងឲ្យទៅក្មេងដែលមានអាយុ ត្រូវចូលរៀនថ្នាក់មត្តេយ្យនៅខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៤។ តាមអាយុនៃក្រុមនីមួយៗ សន្លឹកឆ្នោតនឹងរើសដោយផ្សេងសំណាង ហើយគេនឹងចាត់លេខសម្រាប់ការជ្រើសរើសឲ្យក្មេងម្នាក់ៗ។
- ខ. លេខសម្រាប់ការជ្រើសរើសរបស់ក្មេង គឺបញ្ជាក់ពីលំដាប់លេខរៀងដែលគេទទួលបានក្នុងកម្មវិធី។
- គ. លំដាប់លេខរៀងនៃ ទឹកនៃឆ្នោត និងការចង់បានកន្លែង ដែលបង្ហាញនៅលើលិខិតចង់បានទឹកនៃឆ្នោតនៃ កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយរបស់ក្មេង គឺបញ្ជាក់ពីទឹកនៃឆ្នោតដែលបានជ្រើសរើសសម្រាប់ក្មេង។
- ឃ. បើសិនជាកន្លែងដែលចង់បានរបស់ក្មេងពេញដល់កម្រិតហើយ ឈ្មោះរបស់ពួកគេនឹងទុកក្នុងបញ្ជីរង់ចាំ តាមលំដាប់លេខជ្រើសរើសសម្រាប់ទឹកនៃឆ្នោតទាំងនោះ។
- ង. គេនឹងផ្ញើលិខិតផ្តល់ដំណឹងពីស្ថានភាព ទទួលបាន ឬការរង់ចាំ ក្នុងកំឡុងពេល៣អាទិត្យ ក្រោយពេលចប់ការជ្រើសរើសតាមការចាប់ផ្តោត។

កំណត់សំគាល់ពីសេស៖ សម្រាប់កម្មវិធីឆ្នាំ២០១២-២០១៣ ការជ្រើសរើសតាមការចាប់ផ្តោត នឹងចាប់ផ្តើមក្រោយពេលអនុម័តអំពីថវិកា ឆ្នាំ២០១៣ របស់រដ្ឋចេញហើយ។ *លិខិតពីទឹកនៃឆ្នោតដែលចង់បានសម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ* ទោះជាគ្មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះក៏ដោយ គេនឹងផ្ញើទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំមុនពេលចាប់ផ្តើមការជ្រើសរើសតាមការចាប់ផ្តោត។ ដើម្បីជ្រាបព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល *ទំព័រព័ត៌មានអំពីទឹកនៃឆ្នោតនៃកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ* នៅក្នុងសំណុំឯកសារនេះ។

- ៤. គេមិនបញ្ចូលពាក្យស្នើសុំដែលគេទទួលបានក្រោយថ្ងៃ ទី៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១២ ក្នុងការចាប់ផ្តោតទេ។
 - ក. គេនឹងចាត់ឲ្យមានលេខសម្រាប់ការជ្រើសរើស ហើយពាក្យស្នើសុំនឹងត្រូវគេសម្រេចតាមលំដាប់ដែលបានទទួល ដើម្បីដាក់បំពេញកន្លែងដែលនៅសល់ទំនេរ ក្រោយពេលចាប់ផ្តោតរួច ដោយមិនគិតពីអាយុដែលអាចចូលរៀនថ្នាក់មត្តេយ្យនោះទេ។
 - ខ. បើសិនជាកន្លែងដែលចង់បានរបស់ក្មេងពេញដល់កម្រិតហើយ ឈ្មោះរបស់ពួកគេនឹងបញ្ចូលក្នុងបញ្ជីរង់ចាំ តាមលំដាប់លេខជ្រើសរើសសម្រាប់ទឹកនៃឆ្នោតទាំងនោះ។
 - គ. គេនឹងផ្ញើលិខិតផ្តល់ដំណឹងពីស្ថានភាព ទទួលបាន ឬការរង់ចាំ ក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលពាក្យស្នើសុំចូលរៀន បានរៀបចំរួចហើយ។

- ៥. ក្មេងនឹងគ្មានឱកាស ចូលក្នុងកម្មវិធី ឬដាក់ឈ្មោះក្នុងបញ្ជីរង់ចាំទេ បើសិនជាលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់គេមិនបានបំពេញគ្រប់គ្រាន់។
- ៦. លិខិតវាយតម្លៃសុខភាពក្មេង ក្នុងពេលថ្មីៗ ឬ លិខិតដែលស្រដៀងគ្នា ដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា បំពេញដោយគ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ ហើយត្រូវប្រគល់ឲ្យបានមុន ថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធី អនាគតភ្នំស្វាយ។ ថ្ងៃខែពិនិត្យរាងកាយត្រូវធ្វើឡើងក្នុងកំឡុងពេល១២ខែ មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។
- ៧. លិខិត រាយការណ៍ពីការពិនិត្យធ្មេញឯកជន ក្នុងពេលថ្មីៗ ឬលិខិតស្រដៀងគ្នា ដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា បំពេញដោយគ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ ហើយត្រូវប្រគល់ឲ្យបានមុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធី អនាគតភ្នំស្វាយ។ ការពិនិត្យធ្មេញ ត្រូវធ្វើឡើងក្នុងកំឡុងពេល១២ខែ មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។
- ៨. លិខិត និងឯកសារ ដែលបានដាក់មកជាមួយ *លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ* នឹងរក្សាទុកនៅកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយមុនថ្នាក់មត្តេយ្យរហូត ហើយនឹងមិនប្រើ មួយចំនួន ឬទាំងស្រុង ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យណា ផ្សេងទៀតទេ។
- ៩. ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វ័រ និងប្រជាពលរដ្ឋនៃរដ្ឋធីនស៊ីវេញ៉ា មានសិទ្ធិស្នើសុំឯកសារថែមទៀត បើសិនជាចាំបាច់។
- ១០. លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការទទួលបាន ក្នុង និង វិធីជ្រើសរើស អាចមានការផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃក្រោយ សម្រាប់លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ។ មិនចាប់ផ្តើមលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នកទេ

មិនបាច់ធ្វើបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នេះមកជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ

គេនឹងពិចារណាតែលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនណាដែលបំពេញបានគ្រប់គ្រាន់ នៅពេលដែលការិយាល័យផ្នែកកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យជ្រើសរើស ក្មេងសម្រាប់ការចុះឈ្មោះក្នុង កម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។ ដើម្បីឲ្យលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនមានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ សូមប្រគល់ លិខិត និងឯកសារ ដែលបានបញ្ជាក់ទាំងនេះ៖

- លិខិតដែលបានចុះក្នុង **ជំពូក ១** មាននៅក្នុងសំណុំឯកសារនេះ ត្រូវតែបំពេញឲ្យបានពេញលេញ និងចុះហត្ថលេខាគ្រងកន្លែងដែលបាន បញ្ជាក់។
- ត្រូវតែមានភ្ជាប់មកជាមួយនូវ ឯកសារដែលបានចុះក្នុង **ជំពូក ២**។
- ត្រូវតែមានភ្ជាប់មកជាមួយនូវ ឯកសារដែលបានចុះក្នុង **ជំពូក ៣** បើសិនជាត្រូវចំពោះលោកអ្នក និងកូន។
- លិខិតដែលបានចុះក្នុង **ជំពូក ៤** មាននៅក្នុងសំណុំឯកសារនេះ ត្រូវតែបំពេញដោយ វេជ្ជបណ្ឌិត និងពេទ្យធ្មេញ របស់កូនលោកអ្នក ហើយ ត្រូវប្រគល់មក ឲ្យបានមុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។

សូមអានទំព័រទាំងនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យលោកអ្នកដាក់អ្វីៗទាំងអស់ ដែលគេបានតម្រូវ។ បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរអ្វី ឬបើសិនជាលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនបាត់ពី សំណុំឯកសាររបស់លោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទមកលេខ ២១៥-៤០០-៥៧៥៧។

ជំពូក ១៖ លិខិតទាំងនេះត្រូវដាក់ជាមួយ លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក

លិខិតដែលភ្ជាប់មកជាមួយទាំងអស់ ច្រោះរុញលើទំព័រទាំងសងខាង ត្រូវបំពេញដោយមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល។ ត្រូវការហត្ថលេខាគ្រងកន្លែងដែលបានបញ្ជាក់។

លេខលិខិត	ឈ្មោះលិខិត
F-1	ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts
F-2	លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យកូនចូលរៀន
F-3	លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ
F-4	ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ក្មេង
F-5	ប្រវត្តិសុខភាពរបស់ក្មេង
F-6	ការបារម្ភពីសុខភាពរបស់ក្មេង
F-7	ច្បាប់ និង កិច្ចព្រមព្រៀង សម្រាប់ការព្យាបាលពេលមានអាសន្ន
F-8	តំណាមអាហាររបស់ក្មេង
F-9	ព័ត៌មានម្ហូបអាហាររបស់ក្មេង

ជំពូក ២៖ ឯកសារនេះត្រូវដាក់ជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក

សូមប្រគល់ច្បាប់ចម្លង លើកលែងតែគេបានជម្រាបជាមុន

១. ឯកសារបញ្ជាក់ពីថ្ងៃកំណើត

ប្រគល់អ្វីមួយក្នុងចំណោមអ្វីៗខាងក្រោមនេះ៖ ^១សំបុត្រកំណើតជាផ្លូវការ ^២សំបុត្រចូលសាលាសនា ឬសំបុត្រចូលសាលាសនាផ្សេងទៀត ^៣លិខិត ឆ្លងដែន ^៤លិខិតតាមផ្លូវការពីអង្គការរកកន្លែងរក្សាក្មេង ឬពីតុលាការច្បាប់ បង្ហាញថាគ្រួសារណា ដែលជាអ្នកមើលថែក្មេង អាស័យដ្ឋាន ដែលបានរក្សាក្មេង ថ្ងៃខែដែលបានបញ្ជូនក្មេង ឈ្មោះក្មេង និងថ្ងៃកំណើតរបស់ក្មេង។

២. ឯកសារបញ្ជាក់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនលោកអ្នក

ប្រគល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចតទៅនេះ៖ ^១បញ្ជីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគពីគ្រូពេទ្យរបស់កូនលោកអ្នក ចម្លងចេញពីកុំព្យូទ័រ ឬសរសេរ ផ្ទាល់ដៃ ^២វេជ្ជបណ្ឌិតបំពេញលិខិតវាយតម្លៃសុខភាពក្មេង ដែលរួមមាន ឯកសារចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូន ^៣ថ្ងៃខែបោះត្រាបញ្ជាក់ (សំណៅ ដើម) ពីការលើកលែងនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ដែលចុះហត្ថលេខាដោយ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល និងអ្នកព្យាបាលក្មេង។

- **កូនចិញ្ចឹម/ក្មេងដែលចិញ្ចឹមដោយសាច់ញាតិ៖** ផ្តល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោមនេះ៖ ^១ លិខិតជាផ្លូវការពីអង្គការដែលដាក់ក្មេង ឬពិតុណាការច្បាប់ ដែលបង្ហាញ ឈ្មោះកូនចិញ្ចឹម/ក្មេងដែលចិញ្ចឹមដោយសាច់ញាតិ ឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋាន របស់អ្នក ថ្ងៃខែដាក់ ក្មេង ចំនួនប្រាក់ចំណូល និងចំនួនពេលបើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនចិញ្ចឹម/ប្រាក់ចិញ្ចឹមសាច់ញាតិ ^២ កន្ទុយសែកពីទីក្រុងហ្វីឡា បង្ហាញ ឈ្មោះ កូនចិញ្ចឹម/ក្មេងដែលចិញ្ចឹមដោយសាច់ញាតិ ឈ្មោះរបស់លោកអ្នក និងខែទទួលប្រាក់
- **ផ្តល់ផ្ទះ (សម្រាប់តែម្ចាស់ផ្ទះឈ្នួល)៖** សូមផ្តល់លិខិតជូលផ្ទះនិង/ឬ កិច្ចសន្យាជូលផ្ទះ រវាងលោកអ្នក និងអ្នកជូលផ្ទះ

ត្រូវមានសេចក្តីបញ្ជាក់ នៃការបោះត្រាបញ្ជាក់ (សំណៅដើម ចុះហត្ថលេខា និងថ្ងៃខែ) នៅពេល៖

១. លោកអ្នក និង/ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក មិនបានទទួល ប្រាក់ពីការងារ ឬប្រាក់មិនមែនបានមកពីការងារ ហើយ**គ្រួសារ របស់លោកអ្នកមិនទទួលបានការឧបត្ថម្ភជាប្រាក់ពីអ្នកដទៃទៀត**ទេនោះ។ សេចក្តីបញ្ជាក់ នៃការបោះត្រាបញ្ជាក់ បំពេញដោយលោកអ្នក ត្រូវមាន ថ្ងៃខែ ឈ្មោះរបស់លោកអ្នក ឈ្មោះរបស់កូនលោកអ្នក អាយុរបស់កូន នឹងការពន្យល់ថាតើ លោកអ្នក និង/ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក ឧបត្ថម្ភក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ឬជួយផ្តល់ការឧបត្ថម្ភដល់ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដោយវិធីណា។ ការបញ្ជាក់ពីវិធីឧបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកថ្មីៗ ត្រូវតែដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយដោយមានសេចក្តីបញ្ជាក់ នៃការបោះត្រា។
២. លោកអ្នក និង/ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក មិនបានទទួល ប្រាក់ពីការងារ ឬប្រាក់មិនមែនបានមកពីការងារ ហើយ**គ្រួសារ របស់លោកអ្នកទទួលបានការឧបត្ថម្ភពីបុគ្គលណាម្នាក់ទៀត**។ សេចក្តីបញ្ជាក់ នៃការបោះត្រាបញ្ជាក់ បំពេញដោយបុគ្គលនេះ ត្រូវមាន ថ្ងៃខែ ឈ្មោះរបស់បុគ្គល ជាប់សាច់ញាតិនឹងលោកអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច ឈ្មោះរបស់លោកអ្នក ឈ្មោះរបស់កូនលោកអ្នក អាយុរបស់កូន នឹងការពន្យល់ថាតើ បុគ្គលនេះ ឧបត្ថម្ភអ្នក និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ដោយវិធីណា។

ជំពូក ៣៖ ឯកសារនេះត្រូវដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក បើសិនជាមានពាក់ព័ន្ធ
 ត្រូវការតែច្បាប់ចម្លង លើកលែងតែក្នុងករណីមានការបញ្ជាក់ប្រាប់

១. **លិខិតព្រមព្រៀងជាផ្លូវការ នាពេលបច្ចុប្បន្ន អំពីសិទ្ធិមើលថែក្មេង**
 បើសិនជាលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ក្មេងដែលលោកអ្នកមានលិខិតព្រមព្រៀងជាផ្លូវការ អំពីសិទ្ធិមើលថែក្មេង សូមផ្តល់លិខិតព្រមព្រៀងនេះ។
២. **ឯកសារជាផ្លូវការ ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអាណាព្យាបាល នាពេលបច្ចុប្បន្ន**
 បើសិនជាលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ក្មេងដែលមិនមែនជាកូនបង្កើតរបស់លោកអ្នក សូមផ្តល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោមនេះ៖ ^១ លិខិតជាផ្លូវការពីអង្គការរកកន្លែងដាក់ក្មេង ឬពិតុណាការច្បាប់ បង្ហាញថាគ្រួសាររបស់អ្នក ជាអ្នកមើលថែក្មេង អាស័យដ្ឋានដែលបានដាក់ក្មេង ថ្ងៃខែដាក់ក្មេង ឈ្មោះ និងថ្ងៃកំណើត របស់ក្មេង។
^២ លិខិតដែលមានថ្ងៃខែបោះត្រាបញ្ជាក់(សំណៅដើម) ពីមាតាបិតាបង្កើតរបស់ក្មេង បង្ហាញឈ្មោះរបស់ពួកគេ ឈ្មោះ និងថ្ងៃកំណើត របស់ក្មេង ក្មេងជាប់សាច់ញាតិជាអ្វីនឹងលោកអ្នក ឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋាន របស់លោកអ្នក ថ្ងៃខែចាប់ផ្តើម រយៈពេល និងមូលហេតុ ដែលលោកអ្នកធ្វើជាអាណាព្យាបាល
៣. **គម្រោងការអប់រំផ្ទាល់របស់ក្មេង (IEP) ឬ របាយការណ៍នៃការវាយតម្លៃ (ER)**
 បើសិនជាកូនរបស់លោកអ្នកទទួលបានការបម្រើ ឬបានវាយតម្លៃពី ក្រុមផ្តល់ការធ្វើអន្តរាគមន៍ជួយកុមារទាន់នៅក្មេង ផ្តល់ឯកសារនៃគម្រោងការអប់រំផ្ទាល់របស់ក្មេង (IEP) ឬ របាយការណ៍នៃការវាយតម្លៃ (ER) ដែលក្រុមផ្តល់ការធ្វើអន្តរាគមន៍ជួយកុមារទាន់នៅក្មេង បានប្រគល់ជូនលោកអ្នក។

ជំពូក ៤៖ ត្រូវប្រគល់លិខិតឲ្យបានមុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ

លិខិតដែលភ្ជាប់ជាមួយនេះត្រូវបំពេញដោយក្រុមព្យាបាល ដែលសមស្រប។

លិខិតផ្សេងៗខាងក្រោមនេះ មិនត្រូវការដាក់ជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ ប៉ុន្តែ ត្រូវតែប្រគល់ឲ្យសាលា ឲ្យបានមុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្លឺស្វាង។

១. ការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់ក្មេង / Child Health Assessment (F-12)

ផ្តល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោមនេះ៖^១ ឯកសារពីការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់ក្មេងថ្មីៗ និងពេញលេញ ឬលិខិតស្រដៀង នឹងលិខិតដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា បំពេញដោយគ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ^២ សំណុំឯកសារពិនិត្យសុខភាពក្នុងពេលថ្មីៗរបស់កូនលោកអ្នក ដែលចម្លងចេញពីកុំព្យូទ័រ ដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា ព័ត៌មាន *នៅលើលិខិតពីការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់ក្មេង*។

ថ្ងៃខែពិនិត្យសរីរាងកាយត្រូវធ្វើឡើងក្នុងកំឡុងពេល១២ខែ មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។

២. របាយការណ៍ពីការពិនិត្យធ្មេញឯកជន / Report of Private Dental Exam (F-13)

ផ្តល់ឯកសារពីការពិនិត្យធ្មេញឯកជន ថ្មីៗ ហើយពេញលេញ ឬលិខិតស្រដៀងគ្នា ដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា បំពេញដោយគ្រូពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ។

ការពិនិត្យធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក ត្រូវធ្វើឡើងក្នុងកំឡុងពេល១២ខែ មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។

មិនបាច់ផ្ញើបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នេះមកជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ

មិនបាច់ផ្ញើទំព័រនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖

រដ្ឋធីនស៊ីលវេញ៉ា ផ្តល់ប្រាក់ជំនួយដល់កម្មវិធី Pre-K Counts ទៅក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វ៊ី សម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។ ប្រាក់ជំនួយដល់កម្មវិធី PA Pre-K Counts អនុញ្ញាតឲ្យក្រសួងអប់រំ ផ្តល់ការអប់រំសម្រាប់ថ្នាក់មុនមត្តេយ្យដែលមានគុណភាពល្អ ដល់ក្មេងដែលរស់នៅទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វ៊ីទាំងអស់។ ដើម្បីមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង និង PA Pre-K Counts៖

- ក្មេងត្រូវមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់៣ឆ្នាំ នៅថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃ ទី១ ខែកញ្ញា នៃឆ្នាំចុះឈ្មោះ ហើយមិនទាន់គ្រប់អាយុចូលរៀនថ្នាក់មត្តេយ្យនៅឡើយ។
- ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំមុនដកពន្ធ របស់ក្រុមគ្រួសារមិនអាចលើសពី៣០០% នៃកម្រិតសម្រាប់អ្នកក្រីក្រ ទៅតាមទំហំនៃគ្រួសារ
- ក្រុមគ្រួសារត្រូវរស់នៅក្នុងទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វ៊ី រដ្ឋធីនស៊ីលវេញ៉ា។

ការគិតមើលប្រាក់ចំណូល៖ ដើម្បីសម្រេចមើលប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំមុនដកពន្ធរបស់ក្រុមគ្រួសារ វិធីគិតមើលចំនួនទឹកប្រាក់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ តម្រូវឲ្យប្រគល់ឯកសារពីប្រាក់ចំណូល៖

ឈ្មោះប្រាក់ចំណូល	វិធីគិតមើលចំនួនប្រាក់ចំណូល
រាល់សប្តាហ៍	គុណនឹង ៤,៣ បន្ទាប់មកគុណនឹង១២
រាល់ពីរសប្តាហ៍ (រាល់ ២សប្តាហ៍)	ចែកនឹង២ បន្ទាប់មកគុណនឹង៤,៣ បន្ទាប់មកគុណនឹង១២
មួយខែពីរដង (មួយខែ២ដង)	គុណនឹង២ បន្ទាប់មកគុណនឹង១២
រាល់ខែ	គុណនឹង១២

កម្រិតប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកក្រីក្រចេញមួយឆ្នាំម្តង នៅក្នុងបញ្ជីរដ្ឋសហព័ន្ធ ដោយក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិ ហើយមាននៅក្នុងវិបសៃ www.hhs.gov ឬ <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml> ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកក្រីក្រឆ្នាំ២០១១៖

កម្រិតប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិ ឆ្នាំ ២០១១ សម្រាប់៤ជនរដ្ឋ និង ឪស៊ី/D.C.

ទំហំគ្រួសារ	កម្រិតប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកក្រីក្រ	៣០០% នៃកម្រិតប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកក្រីក្រ
១ នាក់	១០.៨៩០\$	៣២.៦៧០\$
២ នាក់	១៤.៧១០\$	៤៤.១៣០\$
៣ នាក់	១៨.៥៣០\$	៥៥.៥៩០\$
៤ នាក់	២២.៣៥០\$	៦៧.០៥០\$
៥ នាក់	២៦.១៧០\$	៧៨.៥១០\$
៦ នាក់	២៩.៩៩០\$	៨៩.៩៧០\$

ប្រភពព័ត៌មាន៖ អនុសាសរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធ, Vol. 76, No. 13, January 20, 2011, pp. 3637-3638

F-1

ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts ~ ព័ត៌មានទូទៅ

មិនបាច់ផ្ញើទំព័រនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកទេ

ទំហំគ្រួសារ៖ ដើម្បីសម្រេចពីទំហំគ្រួសារ គឺរាប់បុគ្គលទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ៖

- ក្មេងដែលសុំចូលក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង
- មាតាបិតារបស់ក្មេង ~ មនុស្សពេញវ័យដែល មើលថែ និងគ្រប់គ្រងក្មេង ~ ឪពុកម្តាយបង្កើត ឬ ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម ម្តាយចុង ឪពុកចុង អ្នកបីបាច់ថែរក្សា។ ប្តី ឬប្រពន្ធ របស់ឪពុក/ម្តាយបង្កើត ឬ ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម ម្តាយចុង ឪពុកចុង អ្នកបីបាច់ថែរក្សា
- កូនបង្កើត កូនចិញ្ចឹម ក្មេងដែលមិនជាប់សាច់ញាតិ កូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន កូនចុង របស់មាតាបិតា ឬ អ្នកបីបាច់ថែរក្សា ដែលមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ ហើយជាក្មេង មិនស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រង
- ក្មេងដែលមានអាយុ១៨-២២ ឆ្នាំ ដែលបានចុះឈ្មោះរៀន នៅវិទ្យាល័យ កម្មវិធីបណ្តុះការអប់រំទូទៅ ឬកម្មវិធីក្រោយពេលរៀនចប់ពីវិទ្យាល័យ ដែលអាចទទួលបានសញ្ញាប័ត្រ ឬវិញ្ញាបនប័ត្រ ដែលពឹងពាក់លើប្រាក់ចំណូលមាតាបិតារបស់ក្មេង ទាំងស្រុង ឬចំណែកខ្លះៗ។ តម្រូវឲ្យមានសេចក្តីបញ្ជាក់ពីការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអប់រំ នាពេលបច្ចុប្បន្ន ឬ នៅថ្ងៃក្រោយ។

ព័ត៌មាននៅលើ *លិខិតសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts របស់លោកអ្នក* និងឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ ត្រូវរក្សាទុកជាសម្ងាត់ ហើយនឹងទុកក្នុងសំណុំឯកសារនៅ ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី ការិយាល័យផ្នែកកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ 440 N. Broad Street, Philadelphia, PA

ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ឲ្យទំព័រក្រោយ អាចជួយក្រសួងអប់រំ និងរដ្ឋ ដើម្បីសម្រេចសិទ្ធិរបស់គ្រួសារលោកអ្នក សម្រាប់ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី PA Pre-K Counts។ សូមសរសេរឲ្យច្បាស់ ហើយឆ្លើយសំណួរក្នុងជំពូកនីមួយៗដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ បើសិនជាលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង សម្រាប់ក្មេងលើសពីម្នាក់ លោកអ្នកគ្រាន់តែបំពេញ លិខិតសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts តែមួយប៉ុណ្ណោះ។ ត្រូវការហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក និង ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក នៅទំព័រក្រោយបង្អស់។ **បើគ្មានហត្ថលេខាត្រឹមត្រូវ និងបណ្តាលឲ្យលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀននេះ ជាពាក្យដែលមិនបានបំពេញគ្រប់គ្រាន់។**

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ របស់រដ្ឋ និង រដ្ឋសហព័ន្ធ និងតាមតម្រូវការរបស់បទបញ្ជា លោកអ្នកមានសិទ្ធិឲ្យគេផ្តល់ជំនួយផ្សេងៗនៅក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី និងឲ្យគេបញ្ជូនទៅរកជំនួយ នៅទីកន្លែងផ្សេងទៀតដោយគ្មានការរើសអើងចំពោះ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ពិការភាព អាយុ ភេទ និង/ឬសាសនា របស់លោកអ្នកទេ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងពិការរើសអើង បើសិនជាលោកអ្នកគិតថា គេបានប្រកាន់ទៅលើ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ពិការភាព អាយុ ភេទ និង/ឬ សាសនា របស់លោកអ្នក។ បណ្តឹងនៃការរើសអើងផ្សេងៗ អាចប្តឹងនៅការិយាល័យណាមួយ ក្នុងចំណោមការិយាល័យដែលមានដូចខាងក្រោមនេះ៖

Bureau of Equal Opportunity Southeast Regional Office 801 Market St. ~ Suite 5034 Philadelphia, PA 19107	Commonwealth of Pennsylvania Human Relations Commission 110 N. 8 th St. Philadelphia, PA 19107	OCR Office for 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
---	--	---

លិខិតសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts ~ ឆ្នាំ២០១២-២០១៣

F-1

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នក

ទំព័រទី១ នៃ ៤ទំព័រ

ជំពូក១/Section 1៖ ព័ត៌មានរបស់ក្មេង /CHILD INFORMATION ~ សូមបំពេញព័ត៌មានសម្រាប់កូនដែលបានស្នើសុំចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតភ្លឺស្វាង៖

១. ឈ្មោះ/Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Birth Date: _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female
២. ឈ្មោះ/Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Birth Date: _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female
៣. ឈ្មោះ/Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Birth Date: _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female

ជំពូក២/Section 2 ~ ព័ត៌មានរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/PARENT/GUARDIAN INFORMATION ~ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល សូមបំពេញជំពូកនេះ៖

ឈ្មោះ/Name: _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female
អាសយដ្ឋាន/Address: _____ លេខបន្ទប់/Apt. #/Unit # _____ លេខតំបន់ _____
លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទង: _____
តើលោកអ្នកជាប់សាច់ញាតិយ៉ាងម៉េចនឹងក្មេងខាងលើនេះ? _____
ភាសាដែលប្រើជាទូទៅ/Primary spoken language _____

តើលោកអ្នកធ្វើការឬទេ?/Are you employed? ___មិនធ្វើទេ/No ___ធ្វើ/Yes តើបានប្រាក់ខែរបៀបណា?/How are you paid? ___ ជាសែក/Payroll Check
___ លុយសុទ្ធ/Cash
តើលើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?/How often are you paid? ___ រៀងរាល់សប្តាហ៍/Every week ___ រៀងរាល់២សប្តាហ៍/Every 2 weeks
___ មួយខែពីរដង/Twice a month ___ មួយខែម្តង/Once a month
តើប្រាក់ចំណូលមុនដកពន្ធរបស់លោកអ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន?/What is your gross income (the amount before taxes are taken out)? _____ \$

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកទទួលជំនួយពីរដ្ឋ (Welfare) ឬទេ? ___ គ្មានទេ/No ___ មាន/Yes លេខសំណុំរឿង Welfare 51-_____
ជំនួយដែលទទួលបានប្រចាំខែ: ___ ប្រាក់ (ប្រាក់ជំនួយ)/Cash (TANF) ___ ប្រាក់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារ/Food Stamps (SNAP) ___ សំបុត្រពេទ្យ/Medical

ប្តី/ប្រពន្ធ/គូរក្ស/ដៃគូ របស់លោកអ្នក បំពេញជំពូកនេះ បើសិនជាគាត់ រស់នៅជាមួយលោកអ្នក៖

ឈ្មោះ/Name: _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female
តើលោកអ្នកជាប់សាច់ញាតិយ៉ាងម៉េចនឹងមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលខាងលើនេះ? _____
លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទង: _____
ភាសាដែលប្រើជាទូទៅ/Primary spoken language _____

តើលោកអ្នកធ្វើការឬទេ?/Are you employed? ___មិនធ្វើទេ/No ___ធ្វើ/Yes តើបានប្រាក់ខែរបៀបណា?/How are you paid? ___ ជាសែក/Payroll Check
___ លុយសុទ្ធ/Cash
តើលើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?/How often are you paid? ___ រៀងរាល់សប្តាហ៍/Every week ___ រៀងរាល់២សប្តាហ៍/Every 2 weeks
___ មួយខែពីរដង/Twice a month ___ មួយខែម្តង/Once a month
តើប្រាក់ចំណូលមុនដកពន្ធរបស់លោកអ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន?/What is your gross income (the amount before taxes are taken out)? _____ \$

ជំពូក៣/Section 3៖ សមាជិកគ្រួសារ/HOUSEHOLD MEMBERS ~ សូមបំពេញព័ត៌មានអំពីក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក និងអ្នកដែលមិនមែនជាសមាជិកគ្រួសារ ហើយរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយលោកអ្នក។ នៅលើបន្ទាត់លេខ១ សរសេរ នាម និង គោត្តនាម របស់លោកអ្នក។ នៅលើបន្ទាត់លេខ ២-៨ សរសេរ នាម និង គោត្តនាម របស់មនុស្សពេញវ័យ និង ក្មេង ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក រួមទាំងក្មេងដែលបានសុំចូលក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង។ សូមប្រាប់ថាជាមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ២១ឆ្នាំឡើងទៅ) ឬជាក្មេង។ បើសិនជាបុគ្គលនេះជាក្មេង សូមប្រាប់អាយុរបស់ពួកគេ។ សូមប្រាប់ថាតើមនុស្សម្នាក់ៗជាប់សាច់ញាតិយ៉ាងម៉េចនឹងលោកអ្នក (ឧទាហរណ៍៖ ប្តី ប្រពន្ធ ដៃគូ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី កូនស្រី កូនប្រុស ពូ មីង បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី ម្តាយ ឪពុក ជីដូន ជីតា ជីដូនមួយ។ល។)។ សូមប្រើសន្លឹកសៀវភៅថែមទៀត បើសិនជាចាំបាច់៖

នាម និង គោត្តនាម	ពេញវ័យ/ក្មេង	អាយុ	តើបុគ្គលនេះសាច់ញាតិដូចម្តេចនឹងលោកអ្នក?
១. _____	ពេញវ័យ _____	_____	ខ្ញុំជា មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____
២. _____	_____	_____	_____
៣. _____	_____	_____	_____
៤. _____	_____	_____	_____
៥. _____	_____	_____	_____
៦. _____	_____	_____	_____
៧. _____	_____	_____	_____
៨. _____	_____	_____	_____

ជំពូក ៤/Section 4 ~ ប្រាក់ចំណូលរបស់ក្រុមគ្រួសារ/FAMILY INCOME ~ សូមគូសជិតប្រភេទនៃ ប្រាក់បានពីការងារ និងប្រាក់មិនមែនបានមកពីការងារ នីមួយៗ ដែលលោកអ្នក និង/ឬ ប្តីប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក កំពុងទទួល៖

- ប្រាក់បានពីការងារ / Earned៖ _____ ប្រាក់បានពីការងារ/Employment _____ មានរបរខ្លួនឯង/Self-Employment
- ប្រាក់មិនមែនបានមកពីការងារ/Unearned៖ _____ ប្រាក់ជំនួយពីរដ្ឋ/Cash Assistance (TANF) _____ ប្រាក់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារ/food stamps (SNAP)
- _____ ប្រាក់សុខសុខសុខសុខ/Social Security _____ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនចិញ្ចឹម/Foster Care _____ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងដែលជាប់ជាសាច់ញាតិ/Kinship Care
- _____ ប្រាក់អេសអេសអាយ/SSI _____ ប្រាក់ខែពេលគ្មានការងារធ្វើ/Unemployment _____ ប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមកូន/Child Support
- _____ ប្រាក់ទទួលពីប្តីប្រពន្ធក្រោយពេលលែងលះ/Alimony _____ ប្រាក់ភាគរយពីកន្លែងធ្វើការ/Commission
- _____ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីកន្លែងធ្វើការពេលចូលនិវត្តន៍/Pension _____ ប្រាក់ខែពេលចូលនិវត្តន៍/Retirement
- _____ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីកន្លែងធ្វើការពេលឈឺ ឬមានរបួស/Worker's Compensation _____ ផ្ទះសម្រាប់ជួល/Rental Properties
- _____ ផ្សេងទៀត/Other _____
- _____ គ្មាន/None ~ សូមមើលក្នុងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង សម្រាប់ព័ត៌មាននៃសេចក្តីបញ្ជាក់ ដែលមានបោះត្រាបញ្ជាក់

ដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយនូវភស្តុតាង (កន្ទុយសែក លិខិតបង្ហាញពីចំនួនប្រាក់ដែលលោកអ្នកទទួល ។ល។) នៃប្រាក់ពីការងារ ឬប្រាក់មិនមែនបានមកពីការងារ មុនដកពន្ធរបស់ក្រុមគ្រួសារលោកអ្នក ដែលបានទទួលក្នុងកំឡុងពេល៦អាទិត្យកន្លងមកនេះ។

មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ គេអាចតម្រូវឲ្យលោកអ្នកបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលនៅក្នុងគ្រួសារមុនដកពន្ធ ជាថ្មីម្តងទៀត។

ជំពូក៧/Section 5: កត្តាដែលជាគ្រោះថ្នាក់នៃការសិក្សារបស់ក្មេង (Child Academic Risk Factors) ~ សូមគូស✓ ត្រង់ចំណុចអំពីស្ថានភាព ដែលបានកំណត់ ឡើងដោយរដ្ឋធីនស៊ីវិល ថាជាកត្តាគ្រោះថ្នាក់នៃការសិក្សារបស់ក្មេង ដែលជាការពិតសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ និង/ឬ កូនរបស់លោកអ្នក ដែលបាន សុំចូលក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង៖

- _____ **ប្រាក់ចំណូលរបស់ក្រុមគ្រួសារ** ត្រឹម ឬក្រោម ៣០០% នៃកម្រិតសម្រាប់អ្នកក្រីក្រ ទៅតាមទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ រាប់ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់។
- _____ **គ្មានផ្ទះនៅ/Homeless:** ក) ក្មេងដែលគ្មានលំនៅពិតប្រាកដ ពេលធម្មតានិងពេលយប់ ដោយសារមូលហេតុដូចតទៅ៖ នៅផ្ទះជាមួយអ្នកដទៃ ដោយសារបាត់បង់ផ្ទះសំបែង ក្រីក្រ ឬដោយសារមូលហេតុដែលស្រដៀងគ្នានេះ។ រស់នៅក្នុងម៉ូតែល សណ្ឋាគារ ឬ ជំរុំក្នុងព្រៃ ដោយគ្មានលំនៅក្រៅពីនេះ។ រស់នៅកន្លែងជ្រកកោនពេលមានអាសន្ន ឬ បណ្តោះអាសន្ន។ រង់ចាំគេបញ្ជូនទៅអ្នកជួយចិញ្ចឹម។ ខ) ក្មេងដែលមានកន្លែងរស់នៅពេលយប់ជាកន្លែង សាធារណៈ ឬឯកជន ដែលមិនមែនជាកន្លែងសម្រាប់មនុស្សរស់នៅ។ គ) ក្មេងដែលរស់នៅក្នុង រថយន្ត ក្នុងស្ថាន ទឹកកន្លែងសាធារណៈ អាគារដែលគេបោះបង់ចោល ផ្ទះសំបែងដែលមិនគួររស់នៅ ចំណតរថយន្ត ឬ រថភ្លើង ឬទីកន្លែងដែលស្រដៀងគ្នានឹងកន្លែងទាំងនេះ។
- _____ **ការបម្រើផ្នែកការពារក្មេង/Child Protective Services:** ក្មេងដែលជាកូនចិញ្ចឹម ក្មេងដែលចិញ្ចឹមដោយសាច់ញាតិ ឬកំពុងទទួលការបម្រើផ្សេងៗពីអង្គការសម្រាប់ ក្មេងនិងយុវវ័យ។
- _____ **មាតាដែលជាយុវវ័យ/Teen mother:** ពេលកូនកើតមក ម្តាយរបស់ក្មេងមានអាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ។
- _____ **កម្រិតនៃការអប់រំរបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/Education level of parent/guardian:** មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល របស់ក្មេងដែលគ្មាន សញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ GED ឬ សញ្ញាប័ត្រខ្ពស់ជាងសញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ។
- _____ **មានតែ ឪពុក ឬម្តាយ/Single Parent:** ក្មេងដែលបីបាច់ថែរក្សាដោយតែ ឪពុក ឬម្តាយ ដោយគ្មានជំនួយផ្ទាល់ពី ឪពុក ឬម្តាយ។
- _____ **ឪពុកម្តាយដែលលែងលះគ្នា/Divorced Parents:** កូនដែលឪពុកម្តាយ លែងលះគ្នា។
- _____ **សាច់ញាតិជាអាណាព្យាបាល/Relative as Guardian:** ក្មេងដែលអាណាព្យាបាលជា ដីដូនដីតា មីង ពូ ឬសាច់ញាតិផ្សេងទៀត។
- _____ **មាតាបិតាដែលជាប់ពន្ធនាគារ/Incarcerated Parent:** ក្មេងដែល ឪពុក ឬម្តាយ កំពុងជាប់ក្នុងពន្ធនាគារ។
- _____ **គម្រោងការសិក្សាសម្រាប់សិស្សម្នាក់ៗ/Individualized Education Plan (IEP):** ក្មេងដែលមាន IEP ហើយកំពុងទទួលការបម្រើសម្រាប់កម្មវិធីថ្នាក់មុនមត្តេយ្យ។ បើសិនជាអាច សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លង IEP របស់កូនលោកអ្នក។
- _____ **សិស្សដែលត្រូវការរៀនភាសាអង់គ្លេស/English Language Learner:** ក្មេងដែលភាសាអង់គ្លេសមិនមែនជាភាសាកំណើត ហើយកំពុងតែរៀនភាសាអង់គ្លេស។
- _____ **ជំនួយផ្នែកអាកប្បកិរិយា/Behavioral Support:** ក្មេងដែលត្រូវគេបញ្ជូនមកកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ PA Pre-K Counts ពីមណ្ឌលព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ឬអ្នកព្យាបាលផ្លូវចិត្ត ដែលមិនមែនជាអ្នកធ្វើការឲ្យកម្មវិធី PA Pre-K Counts។ កូនរបស់ខ្ញុំកំពុងទទួលការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត។ បើសិនជាអាច សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងសម្រាប់ការបញ្ជូនកូន ឬឯកសារផ្សេងទៀតពីកន្លែងផ្តល់ការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត។
- _____ **អ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ដើម្បីរកការងារធ្វើ (មិនមែនជាជនអន្តោប្រវេសន៍)/សិស្សរៀនតាមរដូវ/ Migrant (non-immigrant)/Seasonal Student:** ក្នុងកំឡុងពេល៣ឆ្នាំកន្លងមកនេះ ក្មេងបានផ្លាស់ពីក្រសួងអប់រំមួយ ទៅក្រសួងអប់រំមួយទៀត ដើម្បីទៅតាម ឬទៅនៅជាមួយមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល ដែលជាអ្នកធ្វើការតាមរដូវ ឬជាអ្នករកក្រីតាមរដូវ ដើម្បីធ្វើការបណ្តោះអាសន្ន ឬធ្វើការតាមរដូវនៅកន្លែងកាត់សាច់ ឬកាត់បន្លែ ឬធ្វើការនៅកន្លែងដាំផ្កា។

សូមបើកទៅទំព័រក្រោយសម្រាប់ហត្ថលេខា →

ជំពូក ៦/Section 6: លិខិតបញ្ជាក់ និងហត្ថលេខា/CERTIFICATION and SIGNATURE ~ សូមអាននូវសេចក្តីបញ្ជាក់ខាងក្រោមនេះ រួច ហើយចុះហត្ថលេខាត្រង់កន្លែងដែលបានកំណត់។ ត្រូវការ ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក និង ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ របស់លោកអ្នក។ បើគ្មានហត្ថលេខាគ្រប់គ្រាន់ទេ ពាក្យសុំចូលរៀននេះនឹងត្រូវគេចាត់ទុកថាគ្មានលក្ខណៈពេញលេញ។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មាននៅក្នុង លិខិតសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts របស់កូនខ្ញុំ គឺត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងពីប្រាក់ចំណូលរបស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សម្រាប់រយៈពេល ៦សប្តាហ៍កន្លងមកនេះ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹង ថា ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាននេះដើម្បីគេអាចសម្រេចសិទ្ធិដែលអាចទទួល របស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សម្រាប់ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី PA Pre-K Counts។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំនឹងទទួលប្រាក់ជំនួយពីរដ្ឋពេលដែលកូនរបស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា អភិបាលពីក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដែលហ្ស៊ា និង/ឬ ពីរដ្ឋឌីស៊ីវេញ៉ា អាចធ្វើការបញ្ជាក់ពី ព័ត៌មាននៅក្នុង ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts របស់កូនខ្ញុំ និង/ឬ ស្នើសុំឯកសារបន្ថែមទៀត បើសិនជាចាំ បាច់។ គេអាចដាក់ទោសខ្ញុំតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន បើខ្ញុំលាក់បាំងព័ត៌មាននេះដោយចេតនា។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល (ត្រូវការចាំបាច់)/Signature of Parent/Guardian (required)	ថ្ងៃខែ/Date
ហត្ថលេខារបស់ ប្តី/ប្រពន្ធ/គូកន/ដៃគូ (ត្រូវការ បើសិនជាពាក់ព័ន្ធ)/Signature of Husband/Wife/ Companion/Partner (required, if applicable)	ថ្ងៃខែ/Date

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេល្វីਆ / THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យកូនចូលរៀន/APPLICATION FOR ADMISSION OF CHILD TO SCHOOL (EH-40 Rev. 6/12 Comm. Code 61602445007)

មាតាមិត្ត/អាណាព្យាបាលរបស់សិស្សត្រូវតែបំពេញលិខិតនេះ ហើយផ្តល់ឯកសារដែលចាំបាច់ទាំងអស់

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTATION

ព័ត៌មានរបស់សិស្ស – បំពេញទាំងអស់ /Student information – Print all entries

គ្រួសារ /Last Name	នាម /First Name	M.I	ថ្ងៃកំណើត /Date of birth			ភេទ/Gender <input type="checkbox"/> ប្រុស/M <input type="checkbox"/> ស្រី/F	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសិស្ស/STUDENT ID (សម្រាប់តែសាលាប្រើ/SCHOOL USE ONLY)
			ខែ/mo	ថ្ងៃ/da	ឆ្នាំ/yr		
លេខផ្ទះ/House #	ទិស/Dir	ឈ្មោះផ្លូវ/Street name	ផ្លូវ លេខ ១ លេខ ៧ /St. Ave. etc	លេខបន្ទប់/APT. #	លេខតំបន់/Zip code	ទូរស័ព្ទផ្ទះ /Home phone	

■ ត្រូវតែមួយ (✓) Check one only ការជ្រើសរើសពូជសាសន៍ (ត្រូវ (✓) តែមួយ)/ RACE DESIGNATION (Check (✓) one only):

០. ខ្មៅ/White ១. ខ្មៅ/អាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង/Black/Affrican American ២. អេស្ប៉ាញ៉ូល/Hispanic / Latino

៣. ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា/American Indian/Alaska Native ៤. អាស៊ី /Asian ៥. កូនកាត់/ផ្សេងៗ /Multi Racial/Other

៦. ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/ជនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត/Native Hawaiian/ Other Pacific Islander

ត្រួតពិនិត្យភាសា/Language survey

១. នៅផ្ទះ តើក្រុមគ្រួសារនិយាយភាសាអ្វីច្រើនជាងគេ? What language does the famimily speak at home most of the time?	អង់គ្លេស/ English <input type="checkbox"/>	ផ្សេងទៀត/Other <input type="checkbox"/>	ភាសាផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) (Please specify)
២. តើមាតាបិតានិយាយភាសាអ្វីជាមួយកូន ច្រើនជាងគេ? What language does the parent(s) speak to her/his child most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
៣. តើក្មេងនិយាយភាសាអ្វីជាមួយមាតាបិតា ច្រើនជាងគេ? What language does the child speak to her/his parent(s) most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
៤. តើក្មេងនិយាយភាសាអ្វីជាមួយបងប្អូន ច្រើនជាងគេ? What language does the child speak to her/his brothers/sisters most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
៥. តើក្មេងនិយាយភាសាអ្វីជាមួយមិត្តភក្តិ ច្រើនជាងគេ? What language does the child speak to her/his friends most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
៦. តើក្មេងនិយាយភាសាអ្វីញឹកញាប់ជាងគេ?*/What language does the child speak most frequency?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
៧. តើលោកអ្នកចង់ឱ្យគេផ្ញើសំបុត្រទៅផ្ទះជាភាសាអ្វី?/In which language does the family want docs.sent home? * បើចម្លើយទៅនឹងសំណួរទាំងនេះថា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលចុះឈ្មោះដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃបន្ថែម។ /If the to any of these questions is other than English, please contact the Enrollment Center for additional screening.	<input type="checkbox"/> តែភាសាអង់គ្លេស English Only	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស និងភាសាផ្សេងទៀត English and Other	បើជាភាសាផ្សេងទៀត តើភាសាអ្វី?/ If other, which language? _____

ការអប់រំរបស់សិស្ស៖ សូមបំពេញផ្នែកនេះ បើក្មេងធ្លាប់បានរៀន/ Student education: complete this section if the child has ever attended school

■ បញ្ជាក់ពីទីក្រុង និងប្រភេទសាលាដែលក្មេងទៅរៀនចុងក្រោយបង្អស់/ Indicate city and type of school child last attended

ទីក្រុងហ្វីឡាដេល្វីਆ/Philadelphia city ទីក្រុងផ្សេងទៀត/Other city សាលារដ្ឋ/Public school សាលាដែលមិនមែនជាសាលារដ្ឋ/ Non-public school

ថ្ងៃរៀនចុងក្រោយបង្អស់/Date last attended	ថ្នាក់រៀនចុងក្រោយបង្អស់/Grade last attended	ឈ្មោះសាលា/Name of school	អាសយដ្ឋាន/Address	ទីក្រុង/City	រដ្ឋ/State
--	---	--------------------------	-------------------	--------------	------------

■ បើសិនជាសិស្សបានទៅរៀននៅសាលាក្រៅសហរដ្ឋ តើលោកអ្នកមានសំណុំឯកសារសាលា ឬទេ?/If the student attended school Outside of the United States, do you have his/her school records? បាទ/Yes* មិនបាទ/No

បើសិនជា បាទ សូមផ្តល់ឱ្យសាលាមួយច្បាប់/If yes, please provide a copy for the school

បើសិនជា មិនបាទ សូមទាក់ទងទៅសាលាដើម្បីយកសំណុំឯកសារ/If no, please contact the school to obtain records

***សិស្សានុសិស្សវិទ្យាល័យ ត្រូវឱ្យគេវាយតម្លៃប្រតិបត្តិការ/High School students must have transcripts evaluated**

■ តើក្មេងធ្លាប់បានរៀននៅ/Did child ever attend: _____ ថ្នាក់មុនមត្តេយ្យ/Pre-Kindergarten _____ ថ្នាក់មត្តេយ្យ/Kindergarten

១. តើសិស្សធ្លាប់ទទួលបានការអប់រំពិសេសឬទេ?/Has child ever received Special Education services? បាទ*/Yes មិនបាទ/No

២. តើសិស្សធ្លាប់ចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីធ្វើអន្តរកម្មនិយមន័យកុមារទាននៅក្មេងឬទេ?/ Has child ever enrolled in Early Intervention Program? បាទ*/Yes មិនបាទ/No

៣. តើសិស្សធ្លាប់បានទទួលជំនួយពី កម្មវិធីអង់គ្លេសសម្រាប់អ្នកដែលនិយាយភាសាដទៃទៀត/ពីភាសា ឬទេ?/ Has child ever received ESOL/Bilingual services? បាទ*/Yes មិនបាទ/No

***បើសិនជាចម្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយនៃសំណួរទាំង៣ខាងលើនេះថា បាទ សូមចុះឈ្មោះកូនឱ្យចូលរៀន ហើយបញ្ជូន មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ទៅជួប នាយកសាលា ឬអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកទាក់ទងផ្នែកអប់រំពិសេស/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 of Special Education Liaison.**

■ ថ្ងៃខែដែលក្មេងបានចុះឈ្មោះចូលរៀនដំបូងនៅសាលារបស់សហរដ្ឋអាមេរិក /Date child first enrolled in U.S. school:

ព័ត៌មានរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល – សរសេរឲ្យបានច្បាស់ ត្រង់កន្លែងទាំងអស់ Parent/Guardian information – Print all entries

ឪពុកម្តាយ/Parent	“X” បើស្លាប់ If deceased	ឈ្មោះពេញ/Full name	ទូរស័ព្ទដៃ/ Cell phone	អ៊ីមែល/E-Mail	ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ Employer phone
ឪពុក/ Father					
		ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការរបស់ឪពុក/NAME OF FATHER'S EMPLOYER:		អាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ/EMPLOYER ADDRESS:	
ម្តាយ/ Mother					
		ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការរបស់ម្តាយ/NAME OF MOTHER'S EMPLOYER:		អាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ/EMPLOYER ADDRESS:	
— ឪពុកម្តាយចុង/Step parent					
— អាណាព្យាបាល/Guardian		ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ/EMPLOYER:		អាសយដ្ឋាន/ADDRESS:	
— អ្នកចិញ្ចឹមក្មេងស្របច្បាប់/ Legal custody					

ឯកសារបញ្ជាក់ថ្ងៃខែកំណើត - ត្រូវបំពេញ/Proof of date of birth – Must be completed

១. សំបុត្រកំណើតតាមផ្លូវការ/Official birth certificate	លេខ/Number	ចេញឲ្យដោយ (ទីក្រុង និង រដ្ឋ)/ Issued by (city and state)
២. សំបុត្រលាងបាបពីកំណើត ឬសំបុត្រពិសាសនាដទៃទៀត Baptismal or other religious certificate	ចេញឲ្យដោយ/Issued by	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន/Name and address
៣. ផ្សេងៗ/Other	ពណ៌នា/Describe	
៤. កើតនៅប្រទេស/Country of birth	បើកើតនៅសហរដ្ឋ សូមសរសេរឈ្មោះ ទីក្រុង និង រដ្ឋ/ If born in US, list name of city and state	

ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ _____ ថ្ងៃខែ _____
Parent/Guardian Signature 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		

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវ ~ ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ

លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ ឆ្នាំ២០១២-២០១៣	F-3
សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នក	ទំព័រទី១ នៃ ២ ទំព័រ

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ ~ សូមសរសេរឲ្យច្បាស់ ដើម្បីបំពេញ ជំពូកទាំងអស់។

ជំពូក ១. ព័ត៌មានរបស់ក្មេង

ឈ្មោះ/Name៖ _____ ប្រុស/Male ស្រី/Female

ឈ្មោះមាតាបិតា/Parent's Names (ត្រូវការចាំបាច់) _____

ថ្ងៃកំណើត/Date of Birth៖ _____ ភាសាដែលនិយាយ/ Primary language spoken ៖ _____

អាសយដ្ឋាន/Address៖ _____ លេខបន្ទប់/Apt. #/Unit # _____ លេខតំបន់ _____

ស្ថានភាពសុខភាព/Medical condition(s) _____

ប្រតិកម្មនឹងអាហារ/Food allergies _____

ថ្នាំលេបប្រចាំថ្ងៃ/Daily medications _____

ជំពូក ២៖ ព័ត៌មានរបស់មាតា/អាណាព្យាបាល/Section 2: Mother | Guardian Information

ឈ្មោះ/Name _____ មាតា/Mother អាណាព្យាបាល/Guardian

ឈ្មោះរបស់ ប្តី/ភ្នកន/ដៃគូ/ (បើសិនជាមាន)/Husband/Companion/Partner Name (if applicable) _____

អាសយដ្ឋាន/Address៖ _____ លេខបន្ទប់/Apt. #/Unit # _____ លេខតំបន់ _____

លេខទូរស័ព្ទ/Phone Numbers៖ ពេលថ្ងៃ/Day _____ ទូរស័ព្ទដៃ/Cell _____ ទូរស័ព្ទផ្ទះ/Home _____

ភាសាដែលនិយាយនៅផ្ទះ/Language(s) spoken in home៖ _____

អ៊ីមែល/ E-mail៖ _____

បើសិនជាធ្វើការ តើអ្នកធ្វើកិច្ចការអ្វី?/If you are employed, what type of work do you do? _____

បើសិនជាអ្នកនៅរៀន តើអ្នករៀនមុខវិជ្ជាអ្វី?/ If you are in school, what are you studying? _____

ជំពូក ៣៖ ព័ត៌មានរបស់ បិតា/អាណាព្យាបាល/Section 3: Father | Guardian Information

ឈ្មោះ/Name _____ បិតា/Father អាណាព្យាបាល/Guardian

ឈ្មោះរបស់ ប្រពន្ធ/ភ្នកន/ដៃគូ/ (បើសិនជាមាន)/Wife/Companion/Partner Name _____

អាសយដ្ឋាន/Address៖ _____ លេខបន្ទប់/Apt. #/Unit # _____ លេខតំបន់ _____

លេខទូរស័ព្ទ/Phone Numbers៖ ពេលថ្ងៃ/Day _____ ទូរស័ព្ទដៃ/Cell _____ ទូរស័ព្ទផ្ទះ/Home _____

ភាសាដែលនិយាយនៅផ្ទះ/Language(s) spoken in home៖ _____

អ៊ីមែល/ E-mail: _____

បើសិនជាធ្វើការ តើអ្នកធ្វើកិច្ចការអ្វី?/If you are employed, what type of work do you do? _____

បើសិនជានៅរៀន តើអ្នករៀនមុខវិជ្ជាអ្វី?/ If you are in school, what are you studying? _____

F-3

លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ ឆ្នាំ២០១២-២០១៣

ទំព័រទី២ នៃ ២ទំព័រ

សូមធ្វើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នក

ជំពូក ៤៖ ព័ត៌មានសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ/Section 4: Preschool Information

តើកូនលោកអ្នកធ្លាប់រៀនថ្នាក់មុនមត្តេយ្យ ឬទេ?/Has your child attended preschool? _____ បើធ្លាប់ តើនៅកន្លែងណា? _____

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំនូវការបារម្ភអំពីការអប់រំ ដែលលោកអ្នកមានសម្រាប់កូនលោកអ្នក: _____

ជំពូក ៥៖ ព័ត៌មានអំពីការអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកទំនាក់ទំនងសង្គម/ Section 5: Social Development Information

តើកូនលោកអ្នកមានការលំបាកក្នុងការប្រាប់ពីអ្វីដែលគេចង់បានដែរឬទេ? មិនមាន/No _____ មាន/Yes _____

តើលោកអ្នកមានការលំបាកយល់ភាសារបស់កូនលោកអ្នកឬទេ?/ Do you have difficulty understanding your child's language? មិនមាន/No _____

មាន/Yes _____ បើមាន សូមពន្យល់ពីវិធីដែលលោកអ្នកនិយាយជាមួយកូន/ _____

តើមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីសំខាន់ៗ ឬទេ ក្នុងជីវិតរបស់កូនលោកអ្នក ក្នុងរយៈពេល៦ខែកន្លងមកនេះ?/ Has there been a significant change in your child's life within the last 6 months? មិនមាន/No _____ មាន/Yes _____ បើមាន សូមរៀបរាប់/ _____

តើគេមានបញ្ជូនកូនលោកអ្នកទៅពិនិត្យមើលការលូតលាស់ដែរឬទេ? _____ បើមាន តើធ្វើរួចរាល់ហើយ ឬនៅ? _____

តើកូនលោកអ្នកមានគម្រោងការណ៍សិក្សាផ្ទាល់ខ្លួន(IEP) ឬទេ? _____ បើមាន តើគេទទួល ការបម្រើអ្វីខ្លះ?/ If Yes, what services are s/he receiving? _____

ឈ្មោះអង្គការដែលផ្តល់ការបម្រើ/Name of service provider _____

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីការចម្រើនលូតលាស់របស់កូនលោកអ្នក ដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកមានការព្រួយបារម្ភ: _____

ហត្ថលេខារបស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ខាងក្រោមនេះបញ្ជាក់ថា/ My/Our signature(s) below indicate that:

- ១. ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យទាំងពីរទំព័រក្នុងពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យនេះ គឺពិតទាំងអស់
- ២. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា ការបំពេញ និង ការដាក់ពាក់សុំចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតគតិស្វាង មិនធានាថាគេនឹងទទួលយកកូនរបស់ខ្ញុំឲ្យចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតគតិស្វាង មុនថ្នាក់មត្តេយ្យ នោះទេ។
- ៣. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា លិខិត និងឯកសារដែលបានដាក់ជាមួយ *លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនកម្មវិធីអនាគតគតិស្វាងរបស់កូនខ្ញុំ* នឹងនៅជាមួយកម្មវិធី អនាគតគតិស្វាងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យរហូត ហើយនឹងមិនប្រើ មួយចំនួន ឬទាំងស្រុង ដើម្បីជាលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ផ្សេងទៀតទេ
- ៤. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វ័រ មិនផ្តល់កម្មវិធី មុន និងក្រោយម៉ោងរៀន និងមិនផ្តល់យានជំនិះសម្រាប់សិស្សមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ទេ។
- ៥. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា លិខិតវាយតម្លៃសុខភាពក្មេង និងលិខិតពិនិត្យផ្ទេរក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេញលេញត្រូវបានប្រគល់ឲ្យបានមុនថ្ងៃក្មេងចូលរៀនដំបូង
- ៦. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា ក្នុងកំឡុងពេលដែលកូនខ្ញុំទៅរៀនក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតគតិស្វាង៖
 - a. ក្មេងអាចទៅបង្គន់ ដោយត្រូវការជំនួយតែបន្តិចបន្តួច។
 - b. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ នឹងជម្រាបត្រូវរបស់កូនខ្ញុំ នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់កូនខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ។
 - c. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ នឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់កូនខ្ញុំឲ្យបានត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ ដើម្បីគេអាចទាក់ទងមកខ្ញុំ នៅពេលកូនខ្ញុំឈឺ ឬមានរបួស ពេលដែលកំពុងរៀននៅថ្នាក់មុនមត្តេយ្យ ។
 - d. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ នឹងធ្វើតាមច្បាប់របស់កម្មវិធី ហើយកាន់ខ្ជាប់នូវពេលវេលាដែលត្រូវមកដល់សាលា និងពេលចេញទៅវិញ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល(ត្រូវការចាំបាច់)/Signature of Parent/Guardian

ថ្ងៃខែ/Date

ហត្ថលេខារបស់ ប្តី/ប្រពន្ធ/ភ្នកន/ដៃគូ (ត្រូវការ បើសិនជាមាន)/ Signature of Husband/Wife

ថ្ងៃខែ/Date

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងភ្នំពេញ ~ ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតវិទ្យាល័យ

២០១២-២០១៣

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ក្មេង/CHILD'S HEALTH INFORMATION

F-4

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/ RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

បំពេញដោយមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះក្មេង/Child's Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Date of Birth _____

តើកូនបានកើត ៣អាទិត្យ ឬលើសពី៣អាទិត្យ មុនថ្ងៃគ្រប់ខែ ឬ? មិនបាន ___ បាន ___ ទម្ងន់នៅពេលកើត ___ lbs. ___ oz

ឈ្មោះ វេជ្ជបណ្ឌិត/មណ្ឌលសុខភាព/មន្ទីរព្យាបាល របស់ក្មេង/Name of child's Doctor/Health Center/Clinic _____

អាសយដ្ឋាន/Address _____ លេខតំបន់/Zip _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

ប្រភេទនៃសំបុត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ក្មេង/Type of child's Health Insurance: _____ សំបុត្រពេទ្យរដ្ឋ/Medical Assistance _____ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្មេង/CHIP _____ សំបុត្រពេទ្យឯកជន/Private (ឈ្មោះ/Name) _____ គ្មាន/None

លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាព/Health Insurance Policy Number _____

ឈ្មោះ គ្រូពេទ្យធ្មេញ/មន្ទីរពេទ្យធ្មេញ របស់ក្មេង/Name of child's Dentist/Dental Clinic _____

អាសយដ្ឋាន/Address _____ លេខតំបន់/Zip _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ពេទ្យធ្មេញ/Dental Insurance Policy Number _____

ជម្ងឺ និង ការគេងពេញ របស់ក្មេង/CHILD'S HOSPITALIZATIONS and ILLNESSES

បានគេងពេទ្យមួយយប់៖ មិនបាន ___ បាន ___ បើបាន សូមពន្យល់ _____

បានទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់៖ មិនបាន ___ បាន ___ បើបាន សូមពន្យល់ _____

មានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ៖ មិនមាន ___ មាន ___ បើមាន សូមពន្យល់ _____

មានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ៖ មិនមាន ___ មាន ___ បើមាន សូមពន្យល់ _____

មានការវះកាត់៖ មិនមាន ___ មាន ___ បើមាន៖ ប្រភេទនៃការវះកាត់ _____

ថ្ងៃខែវះកាត់/ Date of surgery _____

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/Name of Hospital _____

បញ្ហា ឬភាពស្មុគស្មាញ /Problems or complications _____

មានរោគធូតជ្រូក/Seizures មិនមាន ___ មាន ___ បើមាន ប្រភេទនៃរោគធូតជ្រូក _____

ប្រតិកម្ម /Reaction _____

រយៈពេល /Duration _____

ថ្នាំ/Medication _____

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

សូមគូសត្រង់ការឡោន អត់មាន ឬ មាន នៅជិតចំណុចនីមួយៗ។ សូមពន្យល់ក្នុងការឡោន ពន្យល់ សម្រាប់ចម្លើយ មាន ទាំងអស់។

កូនរបស់ខ្ញុំ/ MY CHILD:	អត់មាន	មាន	ពន្យល់/COMMENTS
ស្លៀកកន្ទុប/ Wears diapers			
ស្លៀកកន្ទុបដូចខោ/ Wears pull-ups			
ពាក់វ៉ែនតា/ Wears glasses			
មានភ្នែក អន់មួយចំហៀង ស្រលៀង កែក ឬមានបញ្ហាភ្នែកផ្សេងទៀត			
មានទុរយោក្នុងត្រចៀក ធ្ងន់ត្រចៀក ពាក់ប្រដាប់ជំនួយសម្លេង មានប្រវត្តិ រលាកត្រចៀក ឬបញ្ហាត្រចៀកផ្សេងទៀត/Has tubes in ears, hearing loss, wears a hearing aid, has a history of ear infections or other ear conditions			
រោគផ្កាសាយខ្លាំង រលាកបំពង់ក ឧស្សាហ៍ក្អក ឬស្រម៉ុកខ្លាំង/ Has excessive colds, sore throats, coughing episodes, snores loudly			
មានប្រវត្តិ រោគហឺត ឬ រោគរលាកទងសួត/Has a history of asthma or bronchitis			
មានរោគដកដង្ហើមពួស ដំណោះស្រាយនៃរោគដកដង្ហើមពួស គ្រុនសន្លាក់ឆ្អឹង ឬ បញ្ហាបេះដូងផ្សេងទៀត/ Has a heart murmur, a resolved heart murmur, rheumatic fever or other heart conditions			
មានប្រវត្តិ ខ្វះឈាមក្រហម ជម្ងឺកោសិកាឈាមក្រហម ជាតិសំណលើសកម្រិត			
មាន G6PD រោគឈាមរាវ ឬបញ្ហាឈាមផ្សេងទៀត			
មាន ឬ ធ្លាប់មាន កូនទងផ្ចិត ឬ កូនក្រលៀន/Has or had an umbilical or inguinal hernia			
ញ៉ាំអ្វីទៅក្នុងមកវិញ ឈឺពោះ ចុះរាគ ទល់លាមក			
មានបំពង់បញ្ជូនអាហារ/Has a feeding tube			
ពិបាកនោម រលាកប្រព័ន្ធទឹកនោម ឬ ជម្ងឺតម្រងនោម			
មានរោគទឹកនោមផ្អែម /Has diabetes (បើសិនជាមាន សូមបញ្ជាក់ថា ប្រភេទ I ឬ ប្រភេទ II/ If Yes, please indicate Type I or Type II diabetes)			
មាន រោល រោគសើស្បែក ផ្លុចនៅលើស្បែក ឬសទ្រនិច/Has rashes, eczema, hives, boils			
មានរោគសរសៃប្រសាទ ញាក់សាច់ដុំ ឆ្អឹងខ្នងព្រែក ជម្ងឺទន់សាច់ដុំ រោគស្លាប់អវៈយវៈ/ Has neuropathy, muscle tics, spina bifida, muscular dystrophy, cerebral palsy			
ពាក់ប្រដាប់អបឆ្អឹងជើង/ Wears leg braces			
ប្រើ ឈើច្រត់ ប្រដាប់ជួយទប់សម្រាប់ដើរ ឬ រទេះរុញ /Uses a cane, walker or wheelchair			
មាន ឬ ធ្លាប់មាន រោគទន់សរសៃ អុតស្វាយ កញ្ជើល កាឡាទែន អុតក្តាម ក្អកមាត់/ Has or had polio, chicken pox, measles, mumps, scarlet fever, whooping cough			
ពុលឡាន/ Has car sickness			
មានប្រតិកម្មនឹងថ្នាំ ឬម្ហូបអ្វីមួយ/ Has allergies to medicine or food			
មានប្រតិកម្មនឹងសត្វផ្សេងៗ/ Has allergies to animals			
មានប្រតិកម្មពេលផ្លាស់ប្តូររដូវ/ Has allergies due to seasonal changes			
មានប្រតិកម្មផ្សេងទៀត/ Has other allergies			

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំនូវការបារម្ភលើសុខភាពផ្សេងៗដែលលោកអ្នកមានចំពោះកូន _____

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងភ្នំពេញ ~ ការិយាល័យអង្គការអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតខ្មែរ

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

ឈ្មោះក្មេង/Child's Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Date of Birth _____

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖

ពេលដែលកូនលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព គ្រូពេទ្យរបស់កូនលោកអ្នកប្រហែលជាចេញថ្នាំឱ្យ សម្រាប់ពេលនោះ។ នៅពេលណាថ្នាំដែលគ្រូពេទ្យចេញឱ្យ ត្រូវលេបនៅម៉ោងរៀន ខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ នឹងហ្វឹកហ្វឺនបុគ្គលិកនៅសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ របស់កូនលោកអ្នក ដើម្បីឱ្យថ្នាំកូនលោកអ្នក បើសិនជាមានការអនុញ្ញាតពីលោកអ្នកជាលាយលក្ខណ៍។ ការអនុញ្ញាតពីលោកអ្នកជាលាយលក្ខណ៍ត្រូវប្រគល់មកតាមរយៈ លិខិតរបស់ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្ស៊ី ដែលហៅថា MED-1៖ ការស្នើសុំឱ្យជួយផ្តល់ថ្នាំ។ លិខិត MED-1 មាននៅខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ត្រូវបំពេញដោយលោកអ្នក និងគ្រូពេទ្យរបស់កូនលោកអ្នក សម្រាប់ថ្នាំមួយមុខ។ លិខិត MED-1 ដែលបានបំពេញរួចហើយ ចាំបាច់ត្រូវទុកថ្នាំរបស់កូនលោកអ្នកនៅសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ និងដើម្បីឱ្យគេជួយផ្តល់ថ្នាំដល់កូនរបស់លោកអ្នក។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំពីកូនលោកអ្នក ~ សូមគូសប្រអប់មួយ ហើយបំពេញកន្លែងដែលត្រូវបំពេញ៖

នៅពេលនេះ កូនខ្ញុំ គ្មានបញ្ហាសុខភាព អ្វីទេ។

នៅពេលនេះ កូនខ្ញុំមានបញ្ហាសុខភាពដូចតទៅ។

អ្នកតំណាងខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យប្រហែលទាក់ទងទៅលោកអ្នកដើម្បីព័ត៌មានបន្ថែម។

១. រោគវិនិច្ឆ័យ ឬបញ្ហាសុខភាព/Diagnosis or medical condition: _____

មិនត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំឱ្យនៅម៉ោងរៀនទេ/ Does not require medicine to be administered during preschool hours

ត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំនៅម៉ោងរៀន **រៀងរាល់ថ្ងៃ**/ Requires medicine to be administered **DAILY** during preschool hours

ឈ្មោះថ្នាំ ចំណុះនិងម៉ោងដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យ/ Name of medicine, dose and times to be administered _____

ត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំនៅម៉ោងរៀន តាមសេចក្តីត្រូវការ/ Requires medication to be administered **AS NEEDED** during preschool hours

ឈ្មោះថ្នាំ និង ចំណុះ/Name of medicine and dose _____

២. រោគវិនិច្ឆ័យ ឬស្ថានភាពសុខភាព/Diagnosis or medical condition: _____

មិនត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំឱ្យនៅម៉ោងរៀនទេ/ Does not require medicine to be administered during preschool hours

ត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំនៅម៉ោងរៀន **រៀងរាល់ថ្ងៃ**/ Requires medicine to be administered **DAILY** during preschool hours

ឈ្មោះថ្នាំ ចំណុះ និងម៉ោងដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យ/ Name of medicine, dose and times to be administered _____

ត្រូវការជួយផ្តល់ថ្នាំនៅម៉ោងរៀន តាមសេចក្តីត្រូវការ/ Requires medication to be administered **AS NEEDED** during preschool hours

ឈ្មោះថ្នាំ ចំណុះ/Name of medicine and dose _____

ព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតនេះ គឺជាព័ត៌មានពិត តាមតែខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំដឹងថា គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីជម្រាបទៅគ្រូ ឬខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យរបស់កូនខ្ញុំ បើសិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វី ពីព័ត៌មានដែលបានជំរាបមកខាងលើនេះ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល (ត្រូវការចាំបាច់)/ Signature of Parent/Guardian

ថ្ងៃខែ/Date

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្ស៊ី ~ ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/ RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

គេនឹងយកលិខិតនេះទៅជាមួយក្មេង នៅពេលណាត្រូវការព្យាបាលជាបន្ទាន់

ឈ្មោះក្មេង/Child's Name: _____ ថ្ងៃកំណើត/Date of Birth _____

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖

លោកអ្នកជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការរៀបចំការមើលថែផ្សេងៗ របស់កូន បើសិនជាកូនឈឺ ត្រូវការមើលថែយ៉ាងដិតដល់ ឬមានរោគដែលអាចឆ្លង ហើយមិនអាចមករៀនបាន។ លោកអ្នកក៏ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការទៅយកកូនពីសាលា មុនម៉ោងចេញ បើសិនជាកូនរបស់លោកអ្នកមានជម្ងឺ ឬមានរបួសស្រាលៗ នៅសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ដែលមិនធ្ងន់ធ្ងរនឹងត្រូវការឡានពេទ្យ។ សាលាត្រូវការលិខិតពីវេជ្ជបណ្ឌិត មុនពេលកូនរបស់លោកអ្នកអាចត្រឡប់មកសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យវិញ ប្រសិនបើពួកគេមានករណីណាមួយដូចខាងក្រោមនេះ៖ ទៅកាន់កន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានរោគអ្វីមួយដែល (អាចឆ្លង ធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវការឈប់រៀនយូរ ឬរះកាត់។ល។) ឬ របួសអ្វីមួយដែល (ត្រូវការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិតប្រដាប់រុំរបួសពេលបាក់ឆ្អឹង (cast) ឬ ប្រដាប់អប់ឆ្អឹង (brace) សកម្មភាពពិសេសផ្សេងៗ។ល។)។ បើសិនជាលោកអ្នកមានការសង្ស័យអ្វីមួយ សូមយកលិខិតពីវេជ្ជបណ្ឌិត នៅពេលណាដែលកូនរបស់លោកអ្នកទៅឲ្យពេទ្យព្យាបាល។ សូមទាក់ទងមកខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ បើសិនជាកូនលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព ។

កិច្ចព្រមព្រៀងសម្រាប់ការព្យាបាលបន្ទាន់/ POLICY for EMERGENCY MEDICAL CARE

ក្នុងគ្រាដែលកូនលោកអ្នក ឈឺ ឬមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរ ហើយត្រូវការព្យាបាលជាបន្ទាន់ បុគ្គលិករបស់ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្ស៊ី នឹងទៅជាមួយកូនលោកអ្នក នៅពេលគេបញ្ជូនទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតជាងគេ ដោយឡានពេទ្យ។ យើងខ្ញុំនឹងព្យាយាមជម្រាបទៅ លោកអ្នកជាបន្ទាន់។ តាមច្បាប់នៃការព្យាបាលក្មេង (Under the Medical Services/Minor Act) ការសង្គ្រោះជាបន្ទាន់ នឹងចាប់ផ្តើមនៅមន្ទីរពេទ្យ។ តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គឺជាការចាំបាច់ដែល សាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ និងមន្ទីរពេទ្យ អាចទាក់ទងលោកអ្នកបានយ៉ាងឆាប់បំផុត ដើម្បីសុំការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍ ឬជាពាក្យសុំដី សម្រាប់ការព្យាបាលទាំងអស់នេះ។ សូមធ្វើយ៉ាងណាឲ្យដំណឹងដល់គ្រូបង្រៀនថ្នាក់មុនមត្តេយ្យរបស់កូនលោកអ្នកឲ្យដឹង អំពីវិធីដែលអាចទាក់ទងទៅលោកអ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា។ លោកអ្នកជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃព្យាបាលបើសិនជាកូនលោកអ្នកមានរបួស ។

កិច្ចព្រមព្រៀងសម្រាប់ការព្យាបាលបន្ទាន់/ CONSENT for EMERGENCY MEDICAL CARE

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមនេះបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ពីព័ត៌មានខាងលើ ហើយផ្តល់ការយល់ព្រម សម្រាប់៖

- ១. ការព្យាបាលរបួសស្រាលៗដល់កូនខ្ញុំ ដោយបុគ្គលិកថ្នាក់មុនមត្តេយ្យ
- ២. ការព្យាបាលបន្ទាន់ និង/ឬ ការព្យាបាលធ្មេញ ដែលប្រហែលជាការចាំបាច់ដើម្បីការពារជីវិត ឬការពារការខូចខាតដល់សុខភាព របស់កូនខ្ញុំ ក្នុងករណីដែលពេលវេលាមិនអនុញ្ញាត ដើម្បីសុំការយល់ព្រមពីខ្ញុំសម្រាប់ការព្យាបាលនេះ។ ខ្ញុំដឹងថា គេនឹងទាក់ទងមកខ្ញុំជាបន្ទាន់ ហើយយល់ថាខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ការយល់ព្រម សម្រាប់ការព្យាបាលជាបន្ត។

បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរអ្វី អំពីព័ត៌មានខាងលើនេះ សូមនិយាយជាមួយអ្នកតំណាងខាងសុខាភិបាលផ្នែកក្មេងមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល (ត្រូវការចាំបាច់)/ Signature of Parent/Guardian _____ ថ្ងៃខែ/Date _____

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្ស៊ី ~ ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតវិទ្យាស្វ័យ

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/ RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

គេនឹងចែកចាយព័ត៌មាននេះជាមួយបុគ្គលិកផ្នែកផ្តល់ម្ហូបអាហារ សុខភាព និង គ្រូបង្រៀន របស់ក្មេង។

ឈ្មោះក្មេង _____

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ~ កម្មវិធីម្ហូបអាហារសម្រាប់ ក្មេង និង មនុស្សពេញវ័យ (CACFP) ផ្តល់អាហារពេលព្រឹក អាហារពេលថ្ងៃ និង ចំណី ដែលមានជីវជាតិប្រចាំថ្ងៃ ដល់កូនរបស់លោកអ្នក។ បញ្ជីមុខម្ហូបប្រចាំខែ មានបិទតាមកន្លែងនីមួយៗ រាយឈ្មោះ ម្ហូប និង ភេសជ្ជៈ ដែលគេ ផ្តល់ឲ្យកូនលោកអ្នក មួយពេលៗ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំកុំឲ្យគេឲ្យកូនញ៉ាំម្ហូបអាហារខ្លះ នៅសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ដោយសារ សាសនា ឬ មូល ហេតុសុខភាពផ្សេងៗ។ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យកូនរបស់លោកអ្នកញ៉ាំ ម្ហូបអាហារត្រូវតាមអាយុ និងមានជីវជាតិ ការស្នើសុំតំណាមអាហាររបស់ លោកអ្នកត្រូវមានលិខិតបញ្ជាក់ ពីគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកដឹកនាំសាសនា របស់ក្មេង។ អ្នកតំណាងផ្នែកម្ហូបអាហារនៅសាលាមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ នឹងពិភាក្សា ជាមួយលោកអ្នកអំពីអាហារដែលអាចជំនួសបាន។ សូមប្រាប់ថា គេមិនដែលឲ្យកូនលោកអ្នកញ៉ាំម្ហូបអាហារណាដែលមាន សាច់ជ្រូក ឬគ្រាប់ផ្លែ ឈើ ទេ។

បើសិនជាកូនរបស់លោកអ្នកមានប្រតិកម្មខ្លាំងក្លា នឹងម្ហូបដែលត្រូវការ ថ្នាំចាក់ EPI-PEN ថ្នាំ Benadryl ឬ ថ្នាំផ្សេងៗទៀត ដើម្បីព្យាបាល សូមឲ្យ យើងខ្ញុំដឹងជាបន្ទាន់ ដើម្បីយើងខ្ញុំអាចចាប់ផ្តើមដំណើរការណាចាំបាច់ដើម្បីផ្តល់ការហ្វឹកហ្វឺនដល់បុគ្គលិកសាលា។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំពីកូនលោកអ្នក / Please tell us about your child ~ សូមគូសប្រអប់មួយ ហើយបំពេញត្រង់កន្លែងដែលត្រូវបំពេញ / check one box and complete as necessary:

- នៅពេលនេះ កូនខ្ញុំអត់មាន តំណាមអាហារទេ។
- នៅពេលនេះ កូនខ្ញុំមាន តំណាមអាហារដូចតទៅ៖

១. ឈ្មោះអាហារដែលតម្រូវ: _____

មូលហេតុដែលត្រូវតម្រូវ: សាសនា _____ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) _____

ផ្នែកសុខភាព _____ សូមបញ្ជាក់ពីប្រតិកម្ម និងការព្យាបាល: _____

២. ឈ្មោះអាហារដែលតម្រូវ: _____

មូលហេតុដែលត្រូវតម្រូវ: សាសនា _____ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) _____

ផ្នែកសុខភាព _____ សូមបញ្ជាក់ពីប្រតិកម្ម និងការព្យាបាល: _____

ព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតនេះ គឺជាព័ត៌មានពិត តាមតែខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំនឹងជម្រាបគ្រូរបស់កូនខ្ញុំ ប្រសិនបើព័ត៌មានរបស់កូនខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល (ត្រូវការចាំបាច់)/ Signature of Parent/Guardian _____ ថ្ងៃខែ/Date _____

ក្រសួងអប់រំនិងក្រុមហ៊ុនប្រៃសណីយ៍ ~ ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ ~ កម្មវិធីអនាគតន្តីស្នាដៃ

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក/ RETURN THIS FORM WITH YOUR CHILD'S APPLICATION

បំពេញដោយមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះក្មេង _____

១. តើកូនលោកអ្នកចូលចិត្តញ៉ាំអ្វី? _____

២. តើកូនលោកអ្នកមិនព្រមញ៉ាំអ្វី? _____

៣. ឆ្លើយសំណួរនីមួយៗ ដោយគូសបញ្ជាក់ ✓ ក្នុងការឡាន **ញាត/ធាន** ឬ **អត់ទេ**៖

កូនរបស់ខ្ញុំ/ MY CHILD:	អត់ទេ	ញាត/ធាន
លេបវីតាមីន		
មានតំណាមពិសេស		
មួយខែកន្លងទៅនេះ មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការញ៉ាំអាហាររបស់គេ ដែលអាចជាការគួរឲ្យកត់សម្គាល់		
តាមធម្មតា ញ៉ាំពីដបសម្រាប់ទារក		
ញ៉ាំ ឬទំពារ អ្វីៗដែលមិនមែនជាអាហារ		
មានបញ្ហាក្នុងការទំពារ ឬលេប		
រាកញឹកញាប់		
ទល់លាមកញឹកញាប់		

៤. សូមគូសបញ្ជាក់ ✓ ជិតអាហារមួយមុខៗដែលកូនលោកអ្នកចូលចិត្ត៖

ម្ហូបអាហារ	✓	ម្ហូបអាហារ	✓	ម្ហូបអាហារ	✓	ម្ហូបអាហារ	✓
ទឹកដោះគោ		បន្លែពណ៌បៃតង/ Greens		ផ្លែ Strawberries		ទឹក	
ប្រូម៉ាស់ /Cheese		ការ៉ុត		ក្រូចពោធិសាត់		សាច់គោ	
យោហ្គឺត /yogurt		ផ្លែស្រដៀង Squash		ទំពាំងបាយជូរ		សាច់មាន់	
ស៊ុត		ពោត		ផ្លែប៉ោម		សាច់មាន់បារាំង	
សៀវាវ /cereal		ប៉េងប៉ោះ		ចេក		ត្រី	
បបរ Oatmeal		សណ្តែកគូរ		ផ្លែយីវី/Kiwi		សាច់ជ្រូក	
នំពុម្ព/Waffles		គ្រាប់សណ្តែកបារាំង/ Peas		ផ្លែ Blueberries		នំប៉័ង Hot Dogs	
នំ Pancakes		សាឡាត់		ផ្លែភ័ក្ត/Peaches		ស្ពាហ្គីតឺ/Spaghetti	
នំ Pop Tarts		ដំឡូងបារាំងកិន		ផ្លែឈើផ្សេងទៀត		Mac & Cheese	
បាយ		ដំឡូងផ្លា		នំដុត /Cookies		មេឃ្លូណេ/ mayonnaise	
បបរកម្ទេចពោត (grits)		ដំឡូងបារាំងចៀន/French Fries		ស្ករគ្រាប់		សណ្តែកដីកិន /Peanut Butter	
នំប៉័ង		ដំឡូងបារាំងដុត/Baked Potatoes		កាវ៉េម		ចាហ្វូយ ឬ ដំណាប់	
នំអំបែង (tortillas)		ធូញជាតិ/Seeds		ទឹកផ្លែឈើ/Fruit Drinks		ប៊ី/Butter	
Chips		សណ្តែកដី		ទឹកក្រូច		ប៊ីធ្វើពីប្រេងរុក្ខជាតិ (margarine)	

ព័ត៌មានអំពីទឹកកកកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ

២០១២-២០១៣ ព័ត៌មានអំពីទឹកកកកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ មិនទាន់មានទេ ទាល់តែមានការអនុម័តពីថវិកា ឆ្នាំ ២០១៣។ ដល់ពេលនោះ គេនឹងជម្រាប ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សក់ ពីចំនួនប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts ដែលទទួលបានពីរដ្ឋ។ ចំនួនប្រាក់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធី PA Pre-K Counts នឹងសម្រេចចំនួនថ្នាក់អនាគត ភ្នំស្វាយ ដែលក្រសួងអប់រំនឹងមានសម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា២០១២-២០១៣។

នៅពេលដែលគេទទួលបានចំនួនថវិកា ការិយាល័យផ្នែកកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ នឹងធ្វើលិខិតអំពីកន្លែងដែលចង់បាន សម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ ទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីទាំងអស់។ លិខិតអំពីកន្លែងដែលចង់បាន សម្រាប់ កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ នឹងសរសេរឈ្មោះទឹកកកដែលកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្នំស្វាយ នឹងផ្តល់ជូននៅ ខែ កញ្ញា ២០១២។ មាតាបិតា និងអាណាព្យាបាល មានឱកាសជ្រើសរើស ទឹកកកដែលងាយស្រួលសម្រាប់កូនទៅរៀន តាមលេខរៀងដែលចង់បាន។ គេនឹងសុំឲ្យ មាតាបិតា និងអាណាព្យាបាល ធ្វើការជ្រើសរើសកន្លែងរបស់គាត់ត្រឡប់ មកវិញ តាមថ្ងៃកំណត់ដែលនឹងបញ្ជាក់នៅលើ លិខិតពីទឹកកក ដែលចង់បាន សម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ។

បន្ទាប់មកវិធីចាប់ផ្តើមនឹងចាប់ផ្តើម ដូចបានពន្យល់ក្នុង ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីអនាគតភ្នំស្វាយ នៅលើខ្នងសំបុត្រ។

គេសុំឲ្យ មាតាបិតា និងអាណាព្យាបាល ផ្តល់ដំណឹងដល់ការិយាល័យអនាគតភ្នំស្វាយ បើមានការផ្លាស់ប្តូរ លេខទូរស័ព្ទ និងអាសយដ្ឋាន។ ជាការគួរឲ្យស្តាយ បើសិនជាក្មេងត្រូវគេរំលងហួសថ្ងៃចុះឈ្មោះ ដោយសារលេខទូរស័ព្ទខុស ឬលិខិត ដែលផ្ញើទៅលោកអ្នក ត្រូវត្រឡប់មកយើងវិញ បោះត្រាថា “មិនអាចបញ្ជូនទៅបាន/ undeliverable” ឬ “មិនរស់នៅអាសយដ្ឋាននេះទៀតទេ មិនអាចបញ្ជូនទៅបាន”។

បើមានសំណួរ ការបារម្ភ ឬការផ្លាស់ប្តូរ ដល់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក អាចជម្រាបទៅ Sue Maraschiello តាមទូរស័ព្ទ លេខ ២១៥-៤០០-៥៧៥៧ ឬតាមអ៊ីមែល BrightFutures@philasd.org ។

ទោះជាឥឡូវនេះគេមិនទាន់មានទីកន្លែងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាងសម្រាប់ឆ្នាំ២០១២-២០១៣ ខាងក្រោមនេះជាបញ្ជីនៃទីកន្លែងដែលគេនឹងផ្តល់កម្មវិធីក្នុងឆ្នាំសិក្សា២០១២-២០១៣។

វាការសំខាន់ដែលត្រូវចាំថា នៅពេលដែលគេដឹងកន្លែងសម្រាប់ឆ្នាំ២០១២-២០១៣ ការិយាល័យផ្នែកកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ នឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីទាំងអស់ ពីទីកន្លែងដែលចង់បានសម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង។ *លិខិតពីទីកន្លែងដែលចង់បាន សម្រាប់កម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង* នឹងសរសេរឈ្មោះទីកន្លែងដែលកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតភ្លឺស្វាង នឹងផ្តល់ជូននៅ ខែកញ្ញា ២០១២។

ទីកន្លែងនៃកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០១២-២០១២

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

មិនបាច់ផ្ញើទំព័រនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នកទេ។

២០១២-២០១៣

លិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ
ព័ត៌មានទូទៅ និងការណែនាំ

F-11

យ៉ាងហោចណាស់ត្រូវមានលិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ ៗទីក្រុងហ្វីឡាដេលហ្វី ដែលមានឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលមួយច្បាប់ នៅ ពេលដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ អនាគតក្លឹស្វាង។

បើសិនជាលោកអ្នកដាក់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារទាំងនេះ ជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក លោក អ្នកមិនបាច់បំពេញលិខិតនេះទេ។

ឯកសារទាំងអស់ត្រូវតែជាឯកសារជាផ្លូវការ ក្នុងពេលថ្មីៗ។ ឯកសារដែលគេទទួលស្គាល់គឺ៖

- សំបុត្របង់ថ្លៃ (ភ្លើង ហ្គែស ទឹក)
- ប័ណ្ណចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត
- កិច្ចព្រមព្រៀងជួលផ្ទះ ឬកិច្ចសន្យាជួលផ្ទះ (ត្រូវវាយអក្សរពុម្ព ចុះហត្ថលេខា ដោយអ្នកដែលមានចំណែកទាំងអស់ និងបោះត្រាបញ្ជាក់)
- សំបុត្របង់ថ្លៃទិញផ្ទះ/Mortgage
- ប័ណ្ណកម្មសិទ្ធិ

បើសិនជាមិនអាចយកឯកសារណាមួយខាងលើនេះបាន ហើយជាវិធីចុងក្រោយបង្អស់ លោកអ្នកអាចបំពេញ **លិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ** បាន បោះពុម្ពនៅទំព័រម្ខាងទៀត បោះត្រាបញ្ជាក់ ហើយដាក់ជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក ជាភស្តុតាងថាលោកអ្នករស់នៅ ក្នុងទីក្រុងហ្វីឡាដេលហ្វី រដ្ឋផិនស៊ីលវេញ។

ការណែនាំដើម្បីបំពេញ លិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ

ជំពូក ១៖ ជំពូកនេះត្រូវបំពេញដោយមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល។ សរសេរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខតំបន់ និងលេខទូរស័ព្ទ របស់លោកអ្នក នៅ កន្លែងដែលលោកអ្នកកំពុងរស់នៅ។ ឈ្មោះ និងថ្ងៃកំណើត របស់ក្មេងដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក។ បើសិនជាចាំបាច់ សរសេរឈ្មោះ និងថ្ងៃកំណើត របស់ក្មេងផ្សេងទៀត បន្ថែមនៅទំព័រមួយទៀត ហើយភ្ជាប់នឹង **លិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ** ។

ជំពូក ២៖ ជំពូកនេះបំពេញដោយ ម្ចាស់ផ្ទះ អ្នកជួលផ្ទះ ឬម្ចាស់ផ្ទះជួល ពេលដែល ម្ចាស់ផ្ទះ អ្នកជួលផ្ទះ ឬម្ចាស់ផ្ទះជួល មិនមែនជា មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល។ ត្រង់ជំពូកដែលត្រូវបំពេញ ម្ចាស់ផ្ទះ អ្នកជួលផ្ទះ ឬម្ចាស់ផ្ទះជួល សរសេរឈ្មោះ លេខទូរស័ព្ទ ឈ្មោះ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល និងក្មេង ដែលបានយល់ព្រមឲ្យរស់នៅអាសយដ្ឋានរបស់ពួកគេ ហត្ថលេខារបស់ពួកគេ និងថ្ងៃខែ។

ជំពូក ៣៖ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល អានសេចក្តីផ្តង់ការណ៍ ហើយចុះហត្ថលេខាលើ **លិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ** នៅមុខអ្នកបោះត្រា បញ្ជាក់។ អ្នកបោះត្រាបញ្ជាក់ ចុះហត្ថលេខា ហើយបោះត្រាត្រង់កន្លែងដែលបានកំណត់ឲ្យ។

សូមផ្ញើលិខិតនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នក បើសិនជាត្រូវការ

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនទាំងប៉ុន្មាន គឺជាព័ត៌មានដ៏ត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹងថា បើមានការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ដោយមូលហេតុអ្វីមួយ នោះជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំដែលត្រូវជម្រាបទៅក្រសួងអប់រំ និងកែប្រែលិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីទីលំនៅ។ បើមានការភូតភូកហកត្រង់ចំណុចណាមួយ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំអាចទទួលទណ្ឌកម្ម តាមច្បាប់ ភូតភវ និង ស្បថបំពាន។

ជំពូក ១ ~ បំពេញដោយមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ _____ សព្វថ្ងៃរស់នៅ

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល / Name of Parent(s)/Guardian(s)

អាសយដ្ឋាន/Address

លេខតំបន់/Zip Code

លេខទូរស័ព្ទ/Telephone Number

ក្មេងទាំងអស់ខាងក្រោមនេះ រស់នៅជាមួយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ នៅអាសយដ្ឋាននេះ / The following children reside with me/us at this address:

- | | |
|------------|---------------|
| ១. _____ | ២. _____ |
| ឈ្មោះ/Name | ថ្ងៃកំណើត/DOB |
| ៣. _____ | ៤. _____ |
| ឈ្មោះ/Name | ថ្ងៃកំណើត/DOB |

ជំពូក ២ ~ បំពេញដោយ ម្ចាស់ផ្ទះ អ្នកជួលផ្ទះ ឬម្ចាស់ផ្ទះជួល/ Completed by Homeowner, Tenant or Landlord

សេចក្តីបញ្ជាក់ដោយ ម្ចាស់ផ្ទះ ឬអ្នកជួលផ្ទះ/ VERIFICATION BY HOMEOWNER OR TENANT

ឈ្មោះម្ចាស់ផ្ទះ ឬអ្នកជួលផ្ទះ/Homeowner or Tenant name : _____

សរសេរឈ្មោះ/Print Name

លេខទូរស័ព្ទ/Telephone

បានយល់ព្រមឱ្យ/Approval has been granted for: [សរសេរឈ្មោះក្មេងម្នាក់ៗ និងមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលរបស់ក្មេង] _____

នៅជាមួយ _____ នៅអាសយដ្ឋានដែលបានបង្ហាញក្នុងជំពូក ១

ឈ្មោះអ្នករស់នៅ/Resident's Name

ហត្ថលេខារបស់ ម្ចាស់ផ្ទះ ឬអ្នកជួលផ្ទះ/Homeowner's or Tenant's signature _____ ថ្ងៃខែ/Date _____

សេចក្តីបញ្ជាក់ដោយម្ចាស់ផ្ទះជួល/ VERIFICATION BY LANDLORD

ឈ្មោះម្ចាស់ផ្ទះ/Landlord name _____

សរសេរឈ្មោះ/Print Name

លេខទូរស័ព្ទ/Telephone

បានយល់ព្រមឱ្យ/Approval has been granted for: [សរសេរឈ្មោះក្មេងម្នាក់ៗ និងមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលរបស់ក្មេង] _____

ឱ្យរស់នៅអាសយដ្ឋានដែលបានបង្ហាញក្នុងជំពូក ១/to reside at the address identified in Section 1.

ហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់ផ្ទះជួល/Landlord's signature _____ ថ្ងៃខែ/Date _____

ជំពូក ៣ ~ ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល និងអ្នកបោះត្រាបញ្ជាក់

តាមការចុះហត្ថលេខានិងបោះត្រាបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងអប់រំ ស៊ើបអង្កេតព័ត៌មានខាងលើ ដែល ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូននៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះសម្រាប់ជាការបញ្ជាក់ និងត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ Parent(s)/Guardian(s) Signature(s)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបោះត្រាបញ្ជាក់ និងត្រា/ Licensed Notary Signature and Seal

ដាក់លិខិត HA

មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង លិខិតវាយតម្លៃសុខភាពក្មេង ក្នុងពេលថ្មីៗ និងពេញលេញ ឬ លិខិត ដែលស្រដៀងគ្នា ដែលមានព័ត៌មានដូចគ្នា ត្រូវប្រគល់ឲ្យទៅការិយាល័យកម្មវិធីអនាគតភ្លឺស្វាង។ ថ្ងៃខែពិនិត្យរាងកាយរបស់ កូនលោកអ្នកត្រូវធ្វើឡើងក្នុងកំឡុង ពេល១២ខែ មុនថ្ងៃដែលក្មេងចូលរៀនដំបូងក្នុងកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ។

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេលហ្វី/ The School District of Philadelphia			
របាយការណ៍ពិនិត្យធ្មេញដោយពេទ្យធ្មេញឯកជន/REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION			
ឈ្មោះសាលា/Name of School	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសិស្ស/Student ID	ថ្ងៃខែចេញរបាយការណ៍/Date Issued	
ឈ្មោះសិស្ស/Name of Student	ថ្ងៃកំណើត/DOB	បន្ទប់/ផ្នែក/លេខសៀវភៅ/Rm/Sec/Bk	ថ្នាក់ទី/Grade
<p>ជូនចំពោះពេទ្យធ្មេញ/To the dentist</p> <p>ច្បាប់រដ្ឋផ្តល់សិទ្ធិដល់ តម្រូវឲ្យសិស្សដែលរៀននៅសាលាក្នុងរដ្ឋ ទទួលការពិនិត្យធ្មេញឲ្យបានទៀងទាត់ តាមរយៈពេលដូចតទៅ (ពេលចូលដំបូង ពេលរៀនថ្នាក់ទីបី និងពេលរៀនថ្នាក់ទីប្រាំពីរ)។ គេតម្រូវឲ្យមានការពិនិត្យទាំងនេះដើម្បីចូលរៀន។ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការចេញថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យទាំងនេះ។ ប្រសិនបើ សិស្ស/គ្រួសារ គ្មានលិខិតធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ គិលានុបដ្ឋាកសាលានឹងជួយគ្រួសារដាក់ពាក្យសុំលិខិតធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ សូមដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍ពិនិត្យធ្មេញរបស់ក្មេងមួយច្បាប់ ឬសរសេរនៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ។</p> <p>សូមអរគុណចំពោះការសហការរបស់លោកអ្នក។</p> <p><i>Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance, the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below. Thank you for your cooperation.</i></p>			
កំពុងព្យាបាល/បានចាប់ផ្តើមព្យាបាល/Under Treatment/Work Begun		ព្យាបាលរួចហើយ/មិនត្រូវការព្យាបាលទេ/Complete of Work/No Treatment Necessary	
ថ្ងៃខែដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាល/Date Work Begun	<input type="checkbox"/> នៅពេលនេះ មិនត្រូវការព្យាបាលទេ /No treatment Required now		
ថ្ងៃណាត់ជួបដើម្បីព្យាបាលបន្ត/Scheduled follow-up appointment	<input type="checkbox"/> ការចាំបាច់ត្រូវព្យាបាលធ្មេញទាំងអស់ បានចប់រួចរាល់អស់ហើយ/All necessary dental work completed		
ថ្ងៃខែពិនិត្យធ្មេញ/Date of dental examination	ថ្ងៃខែដែលនឹងព្យាបាលឲ្យបានរួចរាល់/Expected completion date		
ការពន្យល់/ការព្យាបាលបន្ត/ការណែនាំពិសេសដល់សាលា/ Comments/Follow-up treatment/Special instructions to school			
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យធ្មេញ/Name of dentist	ទូរស័ព្ទ/Telephone		
ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យធ្មេញ/Signature of dentist	ថ្ងៃខែចុះហត្ថលេខា/Date signed		
អាសយដ្ឋាន/Address	ទូរសារ/Fax		

សារៈសំខាន់/Important:

ផ្ញើលិខិតនេះទៅ/Return this form to:

គិលានុបដ្ឋាកសាលាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ /Certified School Nurse/Practitioner

សាលា/School

អាសយដ្ឋានសាលា /School Address

ទូរស័ព្ទ/Telephone)



ដល់ពេលទៅជួបពេទ្យធ្មេញហើយ!

មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព នៅក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី សម្រាប់ព្យាបាលធ្មេញ

- មណ្ឌលលេខ២ ៖ 1720 S. Broad Street, 19145 ៖ ២១៥-៦៨៥-១៨២២
- មណ្ឌលលេខ៣ ៖ 555 S. 43rd Street, 19104 ៖ ២១៥-៦៨៥-៧៥០៦
- មណ្ឌលលេខ៤ ៖ 4400 Haverford Ave., 19104 ៖ ២១៥-៦៨៥-៧៦០៥
- មណ្ឌលលេខ៥ ៖ 1920 N. 20th Street, 19121 ៖ ២១៥-៦៨៥-២៩៣៨
- មណ្ឌលលេខ៦ ៖ 321 W. Girard Ave., 19123 ៖ ២១៥-៦៨៥-៣៨១៦
- មណ្ឌលលេខ៧ ៖ 131 E. Chelton Ave., 19144 ៖ ២១៥-៦៨៥-៥៧៣៨
- មណ្ឌលលេខ១០ ៖ 2230 Cottman Ave., 19149 ៖ ២១៥-៦៨៥-០៦០៨



មន្ទីរព្យាបាលធ្មេញ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ



ST. CHRISTOPHER'S
Front & Erie Avenue
ការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ
២១៥-៤២៧-៥០៦៥

TEMPLE
3233 S. Broad Street
រៀនខាងពេទ្យធ្មេញ
២១៥-៧០៧-២៨៦៣

EINSTEIN
York & Tabor Road
ការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ
២១៥-៤៥៦-៧១៣០

EPISCOPAL
Front & Lehigh Avenue
ការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ
២១៥-៧០៧-១០៣០

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA
40th & Spruce Street
រៀនខាងពេទ្យធ្មេញ

មន្ទីរព្យាបាលដែលរដ្ឋសហព័ន្ធ ផ្តល់ជំនួយសេរី

FAIRMOUNT HEALTH CENTER
1412 Fairmount Avenue
ការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ
២១៥-៦៨៤-៥៣៨៩

MARIA DE LOS SANTOS HEALTH CENTER
401 W. Allegheny Avenue
២១៥-២៩១-២៥០០



“អស្ចារ្យ!”
ពេទ្យធ្មេញទាំងនេះចេះរកកំណែប្រែមែនទែន!”

KIDS SMILES
2821 Island Ave, Suite 210
២១៥-៤៩២២-៩២៩១

KIDS SMILES II
5848 Market Street
២១៥-៧៤៧-៦៩១១

DOC BRESLER'S
6801 Ridge Avenue
២១៥-៤៨៣-៦៦៣៣

DOC BRESLER'S
1430 Snyder Avenue
២១៥-៤៦៧-៦០០០

DOUGLAS R. REICH, D.M.D.
7122 Rising Sun Avenue
២១៥-៧២៥-៨៣០០

DENTAL DREAMS
2107A Cottman Avenue
២១៥-២៣៥-៤០៦០

DENTAL DREAMS
5675 N. Front Street
២១៥-២២៤-០៤៤០

DENTAL DREAMS
2459 Aramingo Avenue
២១៥-៤២៧-២៨០០

PEDIATRIC DENTAL ASSOCIATES
6404 Roosevelt Boulevard
២១៥-៧៤៣-៣៧០០

PEDIATRIC DENTAL ASSOCIATES
100 E. Lehigh Avenue
២១៥-៧០៧-១០៣០

១-៨០០-DENTIST ៖ លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ស្តុំព័ត៌មានដោយឥតគិតថ្លៃ (ទូទាំងប្រទេស)
២១៥-៩៥២-៦០៥០ ៖ សហគមន៍ពេទ្យធ្មេញប្រចាំតំបន់ហ្វីឡាដែលហ្វី
(សម្រាប់ពេទ្យធ្មេញឯកជននៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក)

សូមអរគុណ ដែលលោកអ្នកបានបំពេញលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធី អនាគតក្តីស្វាង។ សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលកម្មវិធី អនាគតក្តីស្វាង* ដើម្បីឲ្យដឹងថាលោកអ្នកបានបំពេញ និងមានអ្វីៗដែលគេបានតម្រូវ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកបំពេញបានគ្រប់គ្រាន់។ មុននឹងប្រគល់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នក លោកអ្នកអាចចម្លង លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀននេះ សម្រាប់ទុកធ្វើជាឯកសាររបស់លោកអ្នក។

សូមផ្ញើលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលរៀន ដែលបានបំពេញរួចហើយ និងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារផ្សេងៗ ដែលគេបានតម្រូវ តាមការប្រើវិធីមួយដូចខាងក្រោមនេះ៖

<p>ផ្ញើសំបុត្រ</p>	<p>យកទៅដោយផ្ទាល់</p>
<p>ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដែលហ្សឺណា មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ 440 N. Broad Street ~ Suite 170 Bright Futures ~ Sue Maraschiello Philadelphia, PA 19130-4015</p>	<p>ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណាដែលហ្សឺណា មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ 440 N. Broad Street Philadelphia, PA 19130 ដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារផ្សេងៗទៀតក្នុងស្រោមសំបុត្រ។ ដាក់ស្រោមសំបុត្រក្នុងប្រអប់ Bright Futures (Bright Futures Drop Box) ដែលស្ថិតនៅផ្លូវចូលតាម Broad Street entrance.</p>
<p>ទូរសារ គេនឹងទទួលយកលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនរបស់កូនលោកអ្នកតាមទូរសារ ត្រូវប្រគល់ច្បាប់ដើមនៃលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនតាមការ ផ្ញើសំបុត្រ ឬយកទៅដោយផ្ទាល់ នៅអាសយដ្ឋានខាងលើនេះ ក្នុងកំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកផ្ញើទូរសារ។ បើសិនជាលោកអ្នកចង់ធ្វើតាមវិធីនេះ សូមផ្ញើទូរសារ ឯកសារដែលគេតម្រូវ និងលិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀន ទាំងសងខាង ទៅលេខ ២១៥-៤០០-៤២៧៥ Attn: Sue in Bright Futures.</p>	

សូមចាំថា ថ្ងៃទី៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១២ ជាថ្ងៃកំណត់ប្រគល់លិខិតដាក់ពាក្យសុំចូលរៀន សម្រាប់ការពិចារណាចាប់ផ្តើម។

បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទាក់ទងមក៖

Sue Maraschiello ~ Bright Futures Office
ទូរស័ព្ទ៖ ២១៥-៤០០-៤២៧៥
ទូរសារ៖ ២១៥-៤០០-៤២៧៥
Email: BrightFutures@philasd.org



មិនបាច់ផ្ញើទំព័រនេះមកជាមួយពាក្យសុំចូលក្នុងកម្មវិធីរបស់កូនលោកអ្នកទេ