

## 2021-2022 学年

### PHLpreK 申请

这是费城市学前班计划 PHLpreK 的申请，该计划针对 3 岁和 4 岁儿童。通过填写此申请表，您将申请参与该计划，且该计划由符合资格要求且参与早期学习计划的提供者提供。想要获取参与计划的 PHLpreK 提供者的清单，请访问 [www.phlprek.org](http://www.phlprek.org) 或致电 844-PHL-PREK。

**PHLpreK 由费城饮料税资助。**

### 关于 PHLpreK 资格要求

在 2021-2022 学年期间，参与 PHLpreK 的仅有的资格要求为：

- 儿童必须在 2021 年 9 月 1 日前年满 3 岁或 4 岁
- 家庭必须定居费城

此申请中收集的信息将有助于 PHLpreK 团队为 PHLpreK 家庭提供服务、资源和福利。本申请中收集的信息也将用于更多地了解参与 PHLpreK 的家庭，并确定社区中有幼儿的家庭所需的其他资源。

本申请中包含的个人识别信息将予以保密，儿童/家庭联系方式将仅由 PHLpreK 的工作人员用于与家庭沟通有关 PHLpreK 的事宜。

### 申请问题

#### 儿童信息

儿童名字：\_\_\_\_\_ 儿童中名：\_\_\_\_\_

儿童姓氏：\_\_\_\_\_

儿童的街道号码和街道名称：\_\_\_\_\_

市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

儿童目前是否住在收容所、临时住房或合租住房？（请勾选一项）  是  否

儿童出生日期： 月 \_\_\_\_\_ / 日 \_\_\_\_\_ / 年 \_\_\_\_\_

儿童性别 (请勾选一项) :  男  女  其他

您的孩子之前是否接受过儿童保育服务? (请勾选一项)  是  否

您的孩子目前是否正在接受早期干预服务? (请勾选一项)  是  否

您的孩子目前是否有个性化家庭服务计划 (IFSP) 或个性化教育计划 (IEP)? (请勾选一项)  是  否

## 家庭信息

看护者一

家长/监护人名字: \_\_\_\_\_

家长/监护人姓氏: \_\_\_\_\_

家长/监护人与儿童的关系: \_\_\_\_\_

家长/监护人电话号码: \_\_\_\_\_  手机  家庭电话  工作电话

家长/监护人电子邮箱地址: \_\_\_\_\_

看护者二

家长/监护人名字: \_\_\_\_\_

家长/监护人姓氏: \_\_\_\_\_

家长/监护人与儿童的关系: \_\_\_\_\_

家长/监护人电话号码: \_\_\_\_\_  手机  家庭电话  工作电话

家长/监护人电子邮箱地址: \_\_\_\_\_

## 监护协议

该计划将假定, 家长/监护人有权随时了解其学生的学习进度并参与学校活动, 在这方面没有任何限制。只有在签署的法院命令 (如离婚判决、监护命令或限制令) 明确限制家长/监护人接触学生的情况下, 才会阻止家长/监护人参与其学生的教育。如有限制, 具有合法监护权的家长/监护人必须提交一份描述受限制权利的法院命令的签名副本。

该儿童是否有监护协议需要我们了解: (请勾选一项)  是  否

**\*\* 如果是, 请提供监护协议的副本。**

根据监护协议，请说明因以下原因应联系的人员：

- 注册参与和退出：\_\_\_\_\_
- 出勤和计划时间表：\_\_\_\_\_
- 课程、儿童进度、儿童记录：\_\_\_\_\_
- 计划活动、会议和政策：\_\_\_\_\_
- 事故、疾病和紧急情况联系人：\*\_\_\_\_\_

\*该站点将要求您填写紧急联系人以收集更多信息。

## 人口统计信息

**\*\*主要家庭系指儿童居住的家庭**

主要家庭语言：\_\_\_\_\_

次要家庭语言：\_\_\_\_\_

儿童种族（请选择所有适用项）：

- 美洲印地安人/阿拉斯加原住民
- 亚洲人
- 黑人/非裔美国人
- 多种族
- 夏威夷原住民/太平洋岛民
- 白人/高加索人
- 其他：\_\_\_\_\_

儿童民族（请勾选一项）：

- 西班牙裔/拉丁裔
- 非西班牙裔/拉丁裔

儿童所在家庭的人数（请包含住在此家庭中的每个人）：\_\_\_\_\_

\*家庭年收入并不决定是否有资格参与 PHLpreK 计划。此信息仅用于统计目的。

过去 12 个月的收入\* 提供儿童所在家庭的所有成员在过去 12 个月 内共同赚取的收入总额的最佳估计值（过去 12 个月的总额）。

收入总额包括工资、薪水、退休收入、公共援助款项和/或自营收入。

\$	□	□	□	,	□	□	□	.00
----	---	---	---	---	---	---	---	-----

过去 12 个月的总额

- 不愿透露

家长/监护人主要从事什么行业？（请勾选所有适用项）

- 教育  医疗护理  联邦、州或地方政府  商业及金融服务
- 交通服务  已退休  建筑和萃取  零售和销售  食品行业
- 法律  非营利  社区和社会服务  卫生和维护  制造
- 生产工作  管理工作  居家看护者  目前未就业  无薪工作  其他：\_\_\_\_\_

## 服务信息

\*本节中收集的信息将用于确定 PHLpreK 系统中可能需要那些额外资源。请完整填写此部分。

服务天数： 半天（5.5 小时） 全天（5.5 小时以上）  
（请勾选一项）  
服务年限： 学年（180 天） 全年（260 天）  
（请勾选一项）

**\*PHLpreK 仅涵盖 5.5 小时的教学时间。**

如果是全天或全年，请说明 PHLpreK 资助之外的补充资金来源：

- 儿童保育工作补贴  私人支付  其他，请注明：\_\_\_\_\_

## 提供者偏好信息

\*本部分收集的信息将用于确定 PHLpreK 系统中各个家庭的优先级，并用于决定 PHLpreK 座位的位置。请完整填写此部分。

您让您的孩子一天参与 PHLpreK 的时间为几个小时？\_\_\_\_\_

如果您让您的孩子参与 PHLpreK 提供者计划的时间为一天 5.5 小时以上，则您愿意支付多少护理费（每个月）?? \_\_\_\_\_

您是否想让您孩子的兄弟姐妹报名参与婴幼儿计划？ 是  否

您是否想让您孩子的兄弟姐妹报名参与学龄计划？ 是  否

您计划如何前往您孩子的早期学习计划地点？（请勾选所有适用项）

- 开车和/或让人开车送我  公交车和/或有轨电车

乘坐市场法兰克福线 (Market Frankford Line)/宽街线 (Broad Street Line)

区域

轨道交通

步行

其他, 请说明: \_\_\_\_\_

您想要花多长时间前往您孩子的早期学习计划地点? (请勾选一项)

1-15 分钟

16-30 分钟

31-45 分钟

45 分钟以上

如果距离/便利是选择此地点的一个因素, 则哪个因素更重要?

(请勾选一项)

离家近

离工作单位/学校近

当您在为您的孩子选择早期学习计划时, 您认为您优先考虑的三个方面是什么? (请在下列清单中勾选三项)

负担能力

入学准备/学术课程

安全的环境

小学对口计划

提供餐食

Keystone STAR 质量评级

提供户外游戏场地

个人推荐/口碑

提供婴儿护理

兄弟姐妹已在此中心报名参与

站点位置

站点营业时间

有名额/无需等待

双语教学

特殊需求护理

提供其他社会服务

其他, 请说明: \_\_\_\_\_

您是如何知道 PHLpreK 计划的? (请勾选所有适用项)

SEPTA 广告  社区领导者  PHLpreK 网站  朋友/家庭成员

报纸广告  医生诊所  儿童保育工作 (Child Care Works) 邮件  学区

社交媒体 (Facebook、Instagram、Twitter 等)  新闻报道  电台广告  儿童保育提供者  其

他: \_\_\_\_\_

## 资格证明

本人作为 PHLpreK 的提供者，特此证明该儿童是费城居民，于 2021 年 9 月 1 日年满 3 岁或 4 岁（且在 2021 年 9 月 1 日未达到幼儿园入学年龄），并已交由 ELRC 确定是否有资格获得其他服务。本人确认，所有认证文件（出生日期和居住地）均在站点位置存档。

\_\_\_\_\_  
工作人员姓名（印刷体）

\_\_\_\_\_  
职称

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
工作人员签名

\_\_\_\_\_  
PHLpreK 计划名称

**签署该表格，表明 PHLpreK 儿童的家长/监护人同意，如果家庭搬离费城市，将在 15 天内通知其 PHLpreK 提供者。如果家庭搬离费城，他们将再无资格参与 PHLpreK 计划。**

如果您作为 PHLpreK 家长/监护人同意接收来自 PHLpreK 团队的短信，请在此处以姓名首字母签名：  
\_\_\_\_\_

请提供您同意接收短信的电话号码：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期