

Учебный год 2021–2022

Форма заявки для участия в программе PHLpreK

Эта форма заявки для участия в PHLpreK — программе дошкольной подготовки для детей в возрасте 3 и 4 лет, которая проводится в Филадельфии. Заполняя эту форму, вы регистрируетесь для участия в программе у официально признанного и действующего поставщика услуг раннего развития. Чтобы ознакомиться со списком поставщиков услуг, сотрудничающих с программой PHLpreK, перейдите на веб-сайт www.phlprek.org или позвоните по телефону 844-PHL-PREK.

Программа PHLpreK финансируется из налогов на продажу напитков в Филадельфии.

О критериях участия в программе PHLpreK

Единственными требованиями для участия в программе PHLpreK в 2021–2022 школьном году являются следующие:

- На 1 сентября 2021 года ребенку должно исполниться 3 или 4 года
- Семья должна проживать в Филадельфии

Информация, указанная в этой форме заявки, поможет специалистам программы PHLpreK предоставлять семьям, участвующим в PHLpreK, услуги, ресурсы и льготы. Кроме того, информация в этой форме будет использована для более подробного анализа данных семей, использующих программу PHLpreK, а также для поиска дополнительных ресурсов, необходимых в тех или иных сообществах семьям с маленькими детьми.

Персональная идентифицирующая информация, указанная в этой форме, останется конфиденциальной, а контактная информация ребенка или семьи будет использована исключительно специалистами программы PHLpreK для предоставления семьям сведений о PHLpreK.

Вопросы в форме заявки

Информация о ребенке

Имя ребенка: _____ Второе имя ребенка: _____

Фамилия ребенка: _____

Номер и название улицы проживания ребенка: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Проживает ли ребенок в приюте, временном или съемном жилье в настоящее время? **(Отметьте нужный вариант)** Да Нет

Дата рождения ребенка: Месяц _____ / День _____ / Год _____

Пол ребенка **(отметьте нужный вариант)**: Мужской Женский Другой

Предоставлялись ли вашему ребенку услуги по уходу ранее? **(Отметьте нужный вариант)**
 Да Нет

Предоставляются ли вашему ребенку услуги раннего вмешательства в настоящий момент? **(Отметьте нужный вариант)** Да Нет

Есть ли у вашего ребенка действующий индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) или индивидуальный учебный план (IEP)? **(Отметьте нужный вариант)** Да Нет

Информация о семье

Первый попечитель

Имя родителя/опекуна: _____

Фамилия родителя/опекуна: _____

Кем родитель/опекун приходится ребенку: _____

Номер телефона родителя/опекуна: _____ Мобильный Домашний Рабочий

Электронная почта родителя/опекуна: _____

Второй попечитель

Имя родителя/опекуна: _____

Фамилия родителя/опекуна: _____

Кем родитель/опекун приходится ребенку: _____

Номер телефона родителя/опекуна: _____ Мобильный Домашний Рабочий

Электронная почта родителя/опекуна: _____

Договор опеки

Условия программы подразумевают, что нет каких-либо ограничений в отношении права родителя/опекуна получать информацию об успеваемости его/ее ребенка и принимать участие в школьных мероприятиях. Родитель/опекун не будет иметь права участвовать в обучении своего ребенка только при наличии подписанного судебного постановления (например решения суда о разводе, постановления об опекунстве или запретительного судебного приказа), которое в определенной форме запрещает родителю/опекуну контактировать с ребенком. При наличии каких-либо ограничений родитель/опекун, обладающий правом юридической опеки, должен предоставить подписанную копию судебного распоряжения с описанием ограниченных прав.

Существует ли договор опеки в отношении этого ребенка, о котором нам следует знать? (Отметьте нужный вариант) Да Нет ****Если да, необходимо предоставить копию договора опеки.**

На основании договора опеки укажите, к кому следует обращаться по следующим вопросам:

- Регистрация для участия и завершение участия в программе: _____
- Посещение и календарь программы: _____
- Расписание, успеваемость ребенка, табель ребенка: _____
- Мероприятия, собрания и политики в рамках программы: _____
- Контакт на случай инцидента, болезни или чрезвычайной ситуации: _____

**Непосредственно на месте вам необходимо будет указать контактное лицо для экстренной связи для получения дополнительной информации.*

Демографические данные

****Под основной семьей понимается место проживания ребенка**

Язык в основной семье: _____

Язык во второй семье: _____

Расовая принадлежность ребенка (**Выберите все, что имеет отношение**):

- Американский индеец/коренной житель Аляски Азиат
 Темнокожий/афроамериканец Разные расы
 Коренной житель Гавайев/уроженец тихоокеанских островов Белый/европеец
 Другое: _____

Этническая принадлежность ребенка (отметьте нужный вариант):

- Испаноязычный американец/латиноамериканец Неиспаноязычный американец/латиноамериканец

Количество людей в семье проживания ребенка (укажите всех, кто живет в этой семье): _____

**Годовой доход на семью не является определяющим фактором для участия в программе PHLpreK. Предоставление этой информации необходимо исключительно для сбора статистики.*

Доход за прошедшие 12 месяцев* Укажите максимально точную **ОБЩУЮ СУММУ** дохода всех членов семьи проживания ребенка, полученного в течение **ПРОШЕДШИХ 12 МЕСЯЦЕВ** (общая сумма за прошедшие 12 месяцев).

ОБЩАЯ СУММА дохода включает в себя заработную плату, пенсионные выплаты, государственные денежные пособия или доход от самостоятельной предпринимательской деятельности.

\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,00
----	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	-----

ОБЩАЯ СУММА за прошедшие 12 месяцев

- Предпочитаю не разглашать

В какой отрасли в основном работает родитель/опекун? (**Отметьте все, что имеет отношение**)

- Образование Медицина Федеральные или местные органы власти или органы власти штата Коммерческие и финансовые услуги
 Транспортные услуги На пенсии Строительство и разработка месторождений Розничная торговля
 Пищевая промышленность
 Юридические услуги Некоммерческая деятельность Общественные и социальные услуги Санитария и обслуживание Обрабатывающее производство
 Фабричное производство Руководящая деятельность Уход на дому В настоящее время не работает
 Работа без оплаты Другое: _____

Информация о предоставляемой услуге

**Информация, указанная в этом пункте, будет использована для определения дополнительных ресурсов, которые могут понадобиться семьям, участвующим в программе PHLpreK. В этом пункте необходимо ответить на все вопросы.*

Длительность услуги в день: Неполный день (5,5 часов) Длительность услуги в год: Школьный год (180 дней)
(Отметьте нужный вариант) Полный день (более 5,5 часов) **(Отметьте нужный вариант)** Полный год (260 дней)

***Программа PHLpreK покрывает только 5,5 часов учебного времени.**

Если вы отметили **полный день** или **полный год**, укажите дополнительный источник финансирования для времени, которое не покрывается программой PHLpreK:

Субсидия по программе Child Care Works. Частная оплата Другое (укажите): _____

Информация о предпочтениях при оказании услуг

**Информация, указанная в этом пункте, будет использована для определения приоритетов семей, участвующих в программе PHLpreK, и используется для распределения мест в рамках PHLpreK. В этом пункте необходимо ответить на все вопросы.*

Сколько **часов в день** вы бы хотели, чтобы ваш ребенок посещал заведение PHLpreK? _____

Если вам необходимо, чтобы ваш ребенок находился в заведении PHLpreK более 5,5 часов бесплатно, сколько вы хотели бы платить за услуги по уходу **(в месяц)**? _____

Вы хотите зарегистрировать родного брата или сестру своего ребенка для участия в программе для младенцев/маленьких детей? Да Нет

Вы хотите зарегистрировать родного брата или сестру своего ребенка для участия в программе для детей школьного возраста? Да Нет

Как вы планируете добираться до места проведения программы раннего развития своего ребенка?
(Отметьте все, что имеет отношение)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> На автомобиле лично/или кто-то привезет меня | <input type="checkbox"/> Автобус и/или трамвай |
| <input type="checkbox"/> Поезд Market Frankford Line/метро Broad Street Line | <input type="checkbox"/> Пригородный поезд |
| <input type="checkbox"/> Пешком | <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ |

Сколько минут вы хотели бы добираться до места проведения программы раннего развития своего ребенка? **(Отметьте нужный вариант)**

- 1–15 минут 16–30 минут 31–45 минут Более 45 минут

Если расстояние/удобство было основным фактором при выборе этого места проведения программы, какой фактор был более важным?

(Отметьте нужный вариант) Рядом с домом Рядом с работой/школой

Каковы ваши **ОСНОВНЫЕ ТРИ** приоритета при выборе программы раннего развития для своего ребенка?
(Отметьте три приоритета в списке ниже)

- Доступность Подготовка к школе/учебная программа

- Безопасная обстановка
- Наличие питания
- Наличие места для игры на улице
- Уход за маленькими детьми
- Расположение центра
- Доступность/Без списка ожидания
- Помощь с особыми потребностями
- Другое (укажите): _____
- Программа подготовки к начальной школе
- Рейтинг качества Keystone STARS
- Личная рекомендация/мнение других
- Брат/сестра уже участвуют в программе
- Рабочие часы
- Два языка
- Другие социальные услуги

Как вы узнали о программе PHLpreK? (Отметьте все, что имеет отношение)

- Объявление в транспорте SEPTA
- Общественный деятель
- Веб-сайт PHLpreK
- Друг/родственник
- Объявление в газете
- Приемная врача
- Письмо из центра Child Care Works
- Отдел образования
- Социальная сеть (Facebook, Instagram, Twitter и т. д....)
- Новостное сообщение
- Объявление по радио
- Медицинское учреждение
- Другое: _____

Подтверждение права на участие

Я, как поставщик услуг по программе PHLpreK, подтверждаю, что этот ребенок проживает в Филадельфии, на 1 сентября 2021 года ему исполнилось 3 или 4 года (и по состоянию на 1 сентября 2021 года он не достиг возраста, позволяющего посещать детский сад) и был направлен в центр ELRC, чтобы определить его соответствие требованиям для получения других услуг. Я подтверждаю, что все документы, подтверждающие возраст и место проживания, хранятся в центре проведения программы.

Имя сотрудника (печатными буквами)

Должность

дата

Подпись сотрудника

Название программы PHLpreK

Подписывая эту форму, родитель/опекун детей, участвующих в программе PHLpreK, обязуется в течение 15 дней уведомить своего поставщика услуг по программе PHLpreK в случае переезда семьи за пределы города Филадельфии. Если семья уезжает из Филадельфии, она **теряет право** на участие в программе PHLpreK.

Просим вас **поставить свои инициалы здесь**, если вы, как родитель/опекун ребенка, участвующего в программе PHLpreK, соглашаетесь получать сообщения от сотрудников PHLpreK: _____

Укажите номер телефона, на который вы согласны получать текстовые сообщения:

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

ДАТА