

紐約市幼教中心 (NYCEEC) 半天學前班課程* 2019-2020學年申請表

說明:

請只使用藍色或黑色墨水筆**清楚填寫**。請注意，只有身為紐約市居民的家長/監護人才能遞交該報名表。在報名表上面簽名，然後直接將其交到您所申請的每一家紐約市幼教中心那裏。請記住將報名表複印一份後保存，作為您自己的紀錄。若要查閱紐約市幼教中心列表，請參閱《學前班指南》。您可在您當地的學校或紐約市幼教中心索取該指南，也可上網查閱，網址是nyc.gov/prek。

您報名的紐約市幼兒教育中心名稱: _____

A部分：學生資料 – 請用墨水筆或原子筆清楚填寫

學生姓氏	學生名字	出生日期 (月/日/年)	性別 (可不填)
		/ / 2015	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

學生目前住址 (門牌、街名、公寓、號碼、市、州和郵政編碼)	學生住家所在學區 (可不填)
-------------------------------	----------------

B部分：可以不填的資料 – 請用墨水筆或原子筆清楚填寫

醫療保險

學生是否有醫療保險？

有 如果有，是哪一種醫療保險？ 私營醫療保險 醫療補助計劃 兒童加健B

沒有 如果沒有，您是否願意我們就申請醫療保險的事宜與您聯繫？ 是 否

家庭語言

有關學前班的入學程序，您希望收到用哪種語言書寫的資訊和/或以哪種語言與您溝通？請勾選所有適用選項：

英文 阿拉伯語 孟加拉語 中文 法語 海地克里奧爾語 韓語 俄語 西班牙語 烏爾都語

其他，請具體說明：

C部分：家長資料 – 請用墨水筆或原子筆清楚填寫

我明白，學生必須每天出勤並準時到校。我必須安排一名負責任的成年人每天把我的子女送到學校和放學時從學校接走。我知道，學校不提供交通服務。

<u>家長/監護人姓氏</u>	<u>家長/監護人名字</u>	<u>與學生的關係</u>
-----------------	-----------------	---------------

<u>日間聯絡電話</u>	<u>晚間聯絡電話</u>	<u>家長/監護人電郵地址</u>
---------------	---------------	-------------------

<u>家長/監護人簽名</u>	<u>日期</u>
-----------------	-----------

*本申請表只適用於半天或5小時的紐約市幼教中心課程。

如果您要申請全天的紐約市幼教中心學前班課程，請造訪nyc.gov/prek，或者致電718-935-2009。

致家長/監護人：

聯邦政府規定紐約市教育局收集公立學校學生的種族和族裔資料並且將這些資料記錄在案。該資料的用途包括確定您的子女所在的學校是否可以獲得撥款，該資料屬於保密資料並會被妥善保管。

我們需要您幫助我們完成這項工作。請回答本頁另一面的關於種族和族裔的問題。第一個問題是讓您說明您的子女是否屬於西語裔、拉美裔、或者西班牙血統；第二個問題讓您說明子女的族裔（可復選）。請務必兩個問題都回答。被確認為有超過一種族裔血統的學生將被納入「兩個或更多族裔」的類別。各種族裔的西語裔學生都將被納入「西語裔」的類別。

紐約市教育局了解這一程序的敏感性。由聯邦政府提供的這些選項可能不一定準確、完整地代表您的家人對於自身的種族和族裔的認同。所以我們鼓勵您根據自己的最佳判斷力來回答問題。如果您拒絕回答其中任何一個問題，聯邦政府的條例規定紐約市教育局的學校教職員必須代您選擇您的子女的種族和族裔認同。

學生的種族和族裔資料受到本頁底部引述的保密規定的保護。

謝謝您的合作。

各位家長和監護人：請填寫本頁反面的表格，然後交給子女的學校。

學校教職員：把本表格作為保密資料存入學生的「累積檔案」文件夾。

保密程序與條例

「家庭教育權與隱私權法案」（1974）和「總監條例A-820」禁止擅自接觸學生檔案，以及禁止擅自透露任何可以根據學生姓名或者學生身分證號碼進行辨識的學生檔案資料。

¹ 只有在法庭指令的要求下，種族才可以作為入學考慮因素；只有在單一性別的學校，性別才可以作為考慮因素。

聯邦政府由家長/監護人填寫的學生種族與族裔確認表

- 所有年齡在5歲和21歲之間的學生都有權獲得免費的公立教育。
- 聯邦法律規定紐約市教育局必須收集公立學校學生的種族與族裔資料並將這些資料記錄在案。
- 禁止因孩童的種族、膚色、信仰、原國籍、性別、性別認同、懷孕與否、移民/公民身分、殘障、性傾向、宗教或族裔而拒絕讓其入讀公立學校。¹

只用英文填寫

學校教職員：請填寫這部分/ SCHOOL STAFF: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

行政區	<input type="text"/>	學區	<input type="text"/>	學校	<input type="text"/>	高中 名稱/ 小型學校/附屬大樓	-----
年級代碼	<input type="text"/>	班級代碼	<input type="text"/>	紐約市學生身分號碼	<input type="text"/>		
		(4位數——只限高中)		出生日期(月/日/年)	<input type="text"/>		

學生姓名： 姓氏、名字、中間名

家長/監護人：請填寫這部分

問題(1)和(2)都要回答。請在回答之前先閱讀說明。

回答問題(1)時，請在最恰當描述您的子女的情況的相應方格裏打勾(√)。

1. 學生是否是西語裔、拉美裔、或者是西班牙血統？ 西語裔、拉美裔、或者西班牙血統指的是來自古巴、多米尼加、墨西哥、波多黎各、中美洲或南美洲、或其他西班牙文化或原籍的學生，無論其屬於什麼種族。

是的，是西語裔

不是，不是西語裔

回答問題(2)時，請在適合您的子女的所有類別旁邊打勾(√)。

2. 從下面五個種族類別中選擇一項或多項。

美洲印第安人或阿拉斯加土著：學生的原籍屬於北美洲和南美洲(包括中美洲)原住民中的任何一個群體。(ATS代碼：B)

亞裔：學生的原籍屬於遠東、東南亞或印度次大陸原住民中的任何一個群體，這些地區包括諸如柬埔寨、中國、印度、日本、韓國、馬來西亞、巴基斯坦、菲律賓群島、泰國和越南等國家和地區。(ATS代碼：C)

夏威夷原住民或其他太平洋島民：學生原籍屬於夏威夷、關島或其他太平洋島嶼。(ATS代碼：D)

黑人：學生原籍屬於非洲的任何黑人種族類別。(ATS代碼：E)

白人：學生原籍屬於歐洲、北非、或者中東。(ATS代碼：F)

家長/監護人/其他人/學校教職員觀察員簽名：_____

日期：_____

與學生的關係：

父母 監護人 其他(請說明)： 學校教職員觀察員(姓名)：

住房調查問卷

家長/監護人/學生：

本表格的目的是處理「麥金尼-凡托無家可歸者援助法案」(McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435) 相關事宜，必須為每一位學生填寫。**您所提供的資訊是保密的。**您的子女不會因您所提供的資訊而受到歧視。

請回答下列有關學生的居住情況的問題，以便幫助確定該生可能有資格接受的服務。

致學校/臨時居所聯絡人：請協助學生和家庭填寫此表格。請不要僅僅把這份表格附在整套註冊資料當中，因為如果學生符合臨時居所學生的資格，那麼該生便不必提交住址證明和可能作為整套註冊資料的一部分的其他必備文件。學區在沒有徵得家長同意的情况下，不能透露住房狀況的訊息。

學生姓名			
姓氏	名字	中間名	
學生身份號碼#	出生日期 (月/日/年)	性別	學校

請確定學生目前的居住情況。請勾選一個方格：

請勾選 (✓)		住房調查問卷選擇	僅供學校填寫/ School Use Only ATS 代碼
	<input type="checkbox"/>	與其他家庭合宿 因失去住所或經濟困難而與另外一個家庭或他人住在一起	D
	<input type="checkbox"/>	避難所 緊急或過渡收容所	S
	<input type="checkbox"/>	旅館/汽車旅館 (Hotel / Motel) 居住在一個不是緊急或過渡收容所而且需要付錢的地方	H
	<input type="checkbox"/>	其他暫時的居住狀態 住在拖車屋停車場、野營地、汽車裏、公園、公共場所、被棄置的建築物、大街上或任何其他不適當的住處	T
	<input type="checkbox"/>	永久性的住所/Permanent Housing 居住在固定不變、正常的且條件充分的住所的學生	P

如果學生不居住在永久性的住所裏，請註明是否屬於下列情況：

如果學生不居住在永久性的住所裏，請註明是否屬於下列情況：		僅供學校填寫/ School Use Only
<input type="checkbox"/>	無成人監護的青少年 沒有家長或監護人看護的青少年	填「Y」(若適用的話)

家長/監護人姓名 (請工整填寫)

家長/監護人簽名

日期

請按照要求將這份表格交還給您子女的學校。

註： 您在上面所作的回答將幫助確定您或您的子女根據「麥金尼-凡托無家可歸者援助法案」將可能有資格獲得哪些服務。受到該法案保護的學生即使沒有通常所需的文件 (如住址證明、學籍記錄、免疫記錄或出生證)，也有權立即入學。在學生入學之後，新學校必須聯繫該生此前最後就讀的學校，要求該校提供學生的教育檔案，包括免疫記錄，而且臨時居所學生 (STH)。聯絡人 (Liaison) 必須幫助學生獲得其他要求的證明文件或免疫記錄。受到「麥金尼-凡托無家可歸者援助法案」保護的學生也可能有權獲得免費的交通服務和其他服務。請參閱《總監條例 A-780》。

本表格附有一頁附件，其題目是：
「麥金尼-凡托無家可歸者援助法案 - 為家長和青少年提供的臨時居所學生指南。」

紐約市教育局 學前班學生語言需要調查表

致 _____ (enter student name here) 家長或監護人：

這份調查表是您的子女的學前班註冊資料中的一份重要文件，因為該調查表會告訴子女即將入讀的新學校您的家庭有哪些語言方面的需要。我們非常感謝您回答下面的問題。請把這份表格交給學校的行政人員 _____，如果您有任何問題，請與 _____ 聯絡，電話是 _____。

謝謝！

學生身份證號碼： _____

第1部分。語言方面的需要：這部分信息將說明填表人在家裏使用什麼語言，以及該戶家庭要求學校用哪種語言授課（如果學校可以用這種語言教學）。

1. 您在家裏講哪種（些）語言？請勾選（√）所有適用選項：

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英語 | <input type="checkbox"/> 烏爾都語 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙語 | <input type="checkbox"/> 法語 |
| <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 韓文 |
| <input type="checkbox"/> 孟加拉語 | <input type="checkbox"/> 阿爾巴尼亞語 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 | <input type="checkbox"/> 旁遮普語 |
| <input type="checkbox"/> 海地克裏奧爾語 | <input type="checkbox"/> 波蘭語 |
| <input type="checkbox"/> 俄語 | <input type="checkbox"/> 其他，請說明 _____ |

2. 子女聽得懂哪些語言？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

3. 子女會說哪些語言？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

4. 子女能用哪些語言閱讀？

英語 其他在家裏使用的語言 ： 還不會閱讀

5. 子女能用哪些語言寫作？

英語 其他在家裏使用的語言 ： 還不會寫

6. 子女的家裏或住所裏大多數時間講什麼語言？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

7. 子女大多數時間用哪種語言與父母/監護人溝通？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

8. 子女大多數時間用哪種語言與兄弟姐妹或朋友溝通？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

9. 子女大多數時間用哪種語言與其他親戚或照護者（例如：保姆）溝通？

英語 其他在家裏使用的語言 ：

紐約市教育局

學前班學生語言需要調查表

10. 您是否希望子女的學校用子女在家裏使用的語言進行教學（如果學校提供該服務）：

- 完全用家裏的語言 大部分時間用家裏的語言 部分時間用家裏的語言

第 2 部分。教學規劃：對這部分補充問題的回答將用於教學規劃。請正確回答下列與您的子女有關的每一個問題。

1. 這是否是您的子女第一次在美國接受教育或參加集體形式的活動？

- 是 否

如果回答「否」：

a. 他/她在這之前還在哪裏參加過日托/學前班/遊戲小組？

b. 註冊日期是哪一天？

c. 參加了多長時間？

d. 當時在教學中使用的是哪種語言？

2. 您的子女是否在其他國家接受過教育或參加過集體形式的活動？ 是 否

如果回答「是」的話：

a. 他/她在哪裏參加過日托/學前班/遊戲小組？

b. 參加了多長時間？

c. 當時在教學中使用的是哪種語言？

3. 您的子女是否有任何健康方面的問題需要學校提供特殊幫助或予以注意？ 是 否

如果回答「是」，請勾選所有適用選項：

聽力障礙

情緒障礙

視力障礙

哮喘病

言語障礙

成長障礙

肢體障礙

其他（請具體說明）_____

如果回答「是」，您的子女接受過哪些早期干預（如果有的話）？

4. 子女是否還使用其他方式進行溝通，例如美國手語或輔助溝通裝置（例如：手動/電子通信板）？

- 是 否

如果回答「是」：請註明有哪些？

第 3 部分。家長資料：您對於這部分補充問題的回答將能夠讓紐約市教育局用您選擇的語言與您溝通。

1. 您的母語是什麼？

家長/監護人：_____

家長/監護人：_____

母語：_____

母語：_____

2. 您希望學校發給您的書面材料使用哪種語言？

3. 您希望以哪種語言與學校的教職員進行口頭溝通？

家長簽名

日期

紐約市教育局

學前班學生語言需要調查表

僅限負責入學的工作人員或學校人員填寫/TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY					
Date:	Name of Student/ID:				
Borough	District:	School:			
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:			
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):					
If an interview is conducted, in what language is it conducted?					
Is a translator/interpreter used?					
OTELE Alpha Code <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
Potential English Language Learner?					
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____					

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name	First Name	Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____
Child's Address		Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____	
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name	District Number _____ Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Last Name <input type="checkbox"/> Foster Parent	First Name	Email	

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____	Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability Explain all checked items above.	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Addendum attached.	Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)
---	--	--	---

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____	General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL <input type="checkbox"/> Psychosocial Development <input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Back/spine
Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____	Describe abnormalities:				

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____	Nutrition < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)	Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Describe Suspected Delay or Concern: _____	Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk	Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Child Care Only Hemoglobin or Hematocrit _____ g/dL _____ %	Report only positive immunity: IgG Titers Date Hepatitis B _____ Measles _____ Mumps _____ Rubella _____ Varicella _____ Polio 1 _____ Polio 2 _____ Polio 3 _____	

CIR Number _____	Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>	Report only positive immunity:
IMMUNIZATIONS - DATES		
DTP/DTaP/DT _____ Tdap _____	MMR _____	Hepatitis B _____
Td _____	Varicella _____	Measles _____
Polio _____	Mening ACWY _____	Mumps _____
Hep B _____	Hep A _____	Rubella _____
Hib _____	Rotavirus _____	Varicella _____
PCV _____	Mening B _____	Polio 1 _____
Influenza _____	Other _____	Polio 2 _____
HPV _____		Polio 3 _____

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature _____	Date Form Completed ____/____/____	DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____
Health Care Practitioner Name and Degree (print) _____	Practitioner License No. and State _____	TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____
Facility Name _____	National Provider Identifier (NPI) _____	Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____		REVIEWER: _____
Telephone _____ Fax _____ Email _____		FORM ID# _____



Department of
Education

Office of Communications and Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

出於非牟利目的為學生攝影、錄影或錄像同意書
(例如：出於教育、公共服務或健康意識等目的)

學生姓名： _____ 學校： _____

我特此准許 _____ 採訪上述的學生、引用該學生說的話、並給該學生攝影、錄影或錄像。另外，我也准許 _____ 出於非牟利的目的編輯、使用及重復使用以上所述材料，包括：製成印刷品、在互聯網上使用以及以其他所有媒體形式使用。此外，我謹此豁免紐約市教育局及其代理人和工作人員承擔任何與上述情況相關的索賠、要求和責任。

家長/監護人簽名（如果學生未滿 18 歲）： _____ 日期： _____

家長/監護人住址： _____

或

學生簽名（如果滿 18 歲）： _____ 日期： _____

學生地址： _____