

## 麦迪臣早期儿童服务申请表

### 儿童(申请人)

名字	中间名	姓	性别 <input type="checkbox"/> 男孩 <input type="checkbox"/> 女孩	出生日期	
住家地址		城市/ 邮区号码			
寄养儿童? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/非拉丁裔原血统	族裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 白人 (欧洲, 中东, 北非) <input type="checkbox"/> 黑人/美国非洲裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 混血儿/多种族) <input type="checkbox"/> 其他族裔		
家中主要语言		<input type="checkbox"/> 英文	<input type="checkbox"/> 西班牙文	<input type="checkbox"/> 中文	<input type="checkbox"/> 其他
您的孩子最常使用哪种语言?		<input type="checkbox"/> 英文	<input type="checkbox"/> 西班牙文	<input type="checkbox"/> 中文	<input type="checkbox"/> 其他

### 儿童信息-健康

您的孩子是否有医疗保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 什麼计划? <input type="checkbox"/> 医疗补助 <input type="checkbox"/> 私人医疗保险 <input type="checkbox"/> 儿童医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他			
孩子有儿科医生或诊所吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	儿科医生和诊所名称: _____ 医生名字: _____			
最近12个月内您孩子是否做过一次健康检查?				
<input type="checkbox"/> 是 - 上一次体检日期(月/日/年): _____				
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 日期未知				
您孩子的免疫状况? <input type="checkbox"/> 完全免疫 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 不完全免疫或豁免 <input type="checkbox"/> 不确定				
孩子有牙科保险吗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
如果有什么类型? <input type="checkbox"/> 医疗补助 <input type="checkbox"/> 私人医疗保险 <input type="checkbox"/> 儿童医疗保健 <input type="checkbox"/> 其他				
孩子是否有牙科医生或诊所? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
牙科医生和诊所名称: _____ 牙科医生名字: _____				
该儿童是否被医生诊断患有慢性健康状况 (可能包括哮喘, 癌症, 糖尿病, 癫痫症, 多动症, 自闭症, 脊柱裂, 镰状细胞病或威胁生命的过敏)?				
<input type="checkbox"/> 是 - 请描述: _____ 健康状况: <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 轻微				
<input type="checkbox"/> 否				

### 儿童信息- 发展

你是否担心这个孩子的健康? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 请在以下格子打勾 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 低出生体重 (小于5.5磅/ 5磅8盎司)	<input type="checkbox"/> 早产少于37周	<input type="checkbox"/> 受药物/酒精影响
<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 大肌肉/小肌肉	<input type="checkbox"/> 心脏疾病
<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 食物零忍受/特殊饮食	<input type="checkbox"/> 其他
请描述: _____		
这个孩子是否正接受个人教育计划 (IEP) 或是早期介入家庭服务计划 (IFSP)?		
<input type="checkbox"/> 是 - 请提供计划书复本		
<input type="checkbox"/> 否 - 请在适合你孩子情况选项打勾:		
<input type="checkbox"/> 我的孩子被诊断出发育迟缓或有障碍, 没有IEP 或正在接受评估.		
<input type="checkbox"/> 我的孩子怀疑有发育迟缓或有障碍		

## 家庭信息

家里说的主要语言		<input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 其他	
在家父母/监护人 <input type="checkbox"/> 一个家长 <input type="checkbox"/> 两个家长		您想用哪种语言接收书面信息? <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 其他	
第一家长/监护人姓名:		出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
地址:	种族 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/非拉丁裔	族裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/美国非洲裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 混血儿/多种族) <input type="checkbox"/> 其他族裔
与孩子同住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶	手机号码 选择接收短信 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (    )	与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 亲生父母 <input type="checkbox"/> 收养父母/继父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 叔叔阿姨 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他
第一家长/监护人的电子邮件地址:		备用电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 其他 (    )	教育程度 <input type="checkbox"/> 低于高中 <input type="checkbox"/> 一些大学或 AA / AS <input type="checkbox"/> 高中毕业/同等高中学历 <input type="checkbox"/> 大学士/高级学位
第二家长/监护人的姓名		出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
地址:	种族 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/非拉丁裔	族裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/美国非洲裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 混血儿/多种族) <input type="checkbox"/> 其他族裔
与孩子同住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶	手机号码 选择接收短信 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (    )	与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 亲生父母 <input type="checkbox"/> 收养父母/继父母 <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 叔叔阿姨 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他
第二家长/监护人的电子邮件地址:		备用电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 其他 (    )	教育程度 <input type="checkbox"/> 低于高中 <input type="checkbox"/> 一些大学或 AA / AS <input type="checkbox"/> 高中毕业/同等高中学历 <input type="checkbox"/> 大学士/高级学位

## 合格标准

第一家长/监护人		第二家长/监护人	
第一家长/监护人姓名		第二家长/监护人姓名	
有收入 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		有收入 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 季节性/半职工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 正在找工作 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾人士 <input type="checkbox"/> 没有工作能力 由 _____ 致 _____		就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 季节性/半职工作 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 正在找工作 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾人士 <input type="checkbox"/> 没有工作能力 由 _____ 致 _____	
就业信息		就业信息	
雇主名称		雇主名称	
雇主电话 (    )		雇主电话 (    )	
雇主姓名		雇主姓名	
雇主电话 (    )		雇主电话 (    )	
工资付款期 <input type="checkbox"/> 每一周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每一个月		工资付款期 <input type="checkbox"/> 每一周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每一个月	
总收入\$ _____ 每 _____		总收入\$ _____ 每 _____	
学校/培训信息		学校/培训信息	
你在学校还是培训? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		你在学校还是培训? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
多少小时:		多少小时:	
学校名称		学校名称	
学校电话 (    )		学校电话 (    )	

## 家庭关注

请在您自己关心的问题/家人的问题打勾:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 儿童的父母/监护患有残疾或有慢性病;<br><input type="checkbox"/> 无法从事工作/学校/家庭生活<br><input type="checkbox"/> 有能力从事工作/学校家庭生活<br><input type="checkbox"/> 通常能够从事工作/学校/家庭生活 | <input type="checkbox"/> 家长患有精神疾病, 包括产妇抑郁症 (儿童已被诊断或成年人正在经历)<br><input type="checkbox"/> 家庭暴力 (过去或现在)<br><input type="checkbox"/> 毒品/酒精问题或药物滥用 (过去或现在)<br><input type="checkbox"/> 与社会隔绝, 与他人完全或几乎缺乏联系<br><input type="checkbox"/> 正在获得或保持工作 | <input type="checkbox"/> 法律问题<br><input type="checkbox"/> 儿童的父母/监护人是移徙工人<br><input type="checkbox"/> 新移民/难民 (最近5年)<br><input type="checkbox"/> 儿童的父母/监护人被监禁<br><input type="checkbox"/> 失去父母 (死亡, 遗弃或驱逐出境)<br><input type="checkbox"/> 孩子的父母/监护人离异或分居<br><input type="checkbox"/> 无家可归 (最近12个月内)<br><input type="checkbox"/> 住房问题 |
|--|---|---|

## 家庭生活状况

该家庭是否获得住房补贴, 例如住房优惠券或住房现金补助?  是  否

您家庭目前的住房状况如何? 《麦金尼-芬托法案》为无家可归的儿童和青少年提供服务和支持。您的回答可能有助于我们确定您的孩子可能有资格获得的服务。

- |  |                                |  |   |
|--|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 租房  | <input type="checkbox"/> 在旅馆   | <input type="checkbox"/> 在汽车, 公园, 露营地或类似地点 | <input type="checkbox"/> 流离/不固定住处             |
| <input type="checkbox"/> 拥有  | <input type="checkbox"/> 临时庇护所 | <input type="checkbox"/> 过渡式住房             | <input type="checkbox"/> 住所设施不足 (无水, 无暖气, 无电) |
| <input type="checkbox"/> 居住在另一个人的房子或公寓里:<br>➢ <input type="checkbox"/> 选择 (为了 省钱, 与家人亲近, 等.)<br>➢ <input type="checkbox"/> 由于失去住房, 经济困难或类似原因 |                                |  | <input type="checkbox"/> 其他 - 请描述:            |

## 家庭收入及人口

您和这个孩子或与您有婚姻或收养, 及有血缘关系的亲戚一起同住的其他人获得以下类型的公共援助, 请选择适合你的情况打勾:

- 接受社会补助金, 残疾金:  孩子  家长/监护人  其他 - 与孩子有关系的人:  
 公共援助金  
 粮食卷

请在下面列出与孩子同住的主要家庭成员, 不包括您本人和这个孩子。

姓名	出生日期 (月/日/年)	与孩子的关系	您在经济上支持 这个人吗?	这个人与您有血缘, 婚姻或收养关系吗?
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

包括你和这个孩子家庭成员总数是多少?

预计最近12个月的家庭总收入是多少?

我承认此表格上的信息是真实的。按学校计划的要求, 我已经报告了所有家庭收入和家庭人数。我知道如果我故意提供虚假信息, 我的家人可能无法继续进行计划服务。资助机构将审核所有提供的信息。

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

Staff Only			
Child's Age:	Total Verified Family Size:	Total Verified Income:	Total Points:
Site Name/ID:		Date received: (This date will determine eligibility timeframe)	
Date staff reviewed application with family:		Date submitted:	
<b>For Homeless Families – Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:</b>			
<input type="checkbox"/> Child care resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/ Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources		
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate		
Staff Name & Signature:		Date:	
<b>If parent/guardian can't sign during Covid 19 virtual interview and enrollment, complete below.</b> <b>Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the onsite enrollment visit.</b> <b>Reviewed and received verbal verification on (date):</b>			
		<b>Staff Name:</b>	