

# PHLpreK

2019-2020 学年

## PHLpreK 申请表

这是一份 PHLpreK 申请表。PHLpreK 是费城市为 3 到 4 周岁儿童提供的一项学前教育计划。可通过填写这份申请表，申请参加有参与早期学习计划且有资格的提供者提供的计划。如需获得参与了 PHLpreK 的提供者列表，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。*

## 有关 PHLpreK 资格

在 2019-2020 学年参加 PHLpreK 的唯一资格要求是：

- 孩子在 2019 年 9 月 1 日前必须年满 3 或 4 周岁
- 家庭必须住在费城

如要把家搬到费城市外，参加 PHLpreK 孩子的父母/监护人必须在 15 天内通知其 PHLpreK 提供者。他们如果把家搬到费城市外，则不再有资格加入 PHLpreK 计划。

从这份申请表中收集到的信息将帮助 PHLpreK 团队为 PHLpreK 家庭找到适合他们的服务、资源和福利。还会利用从申请表中收集到的信息，帮助我们加深对接受 PHLpreK 服务家庭的了解，为有年幼儿童的家庭在其社区找到其他所需资源。

这份申请表中的个人身份识别信息一直都将保密的，只有 PHLpreK 工作人员可以使用儿童/家庭联系信息，与家庭就 PHLpreK 进行沟通。

## 申请表问题

### 孩子/家庭信息

孩子的名字：\_\_\_\_\_ 孩子的姓氏：\_\_\_\_\_

孩子住所的街道号码和街道名称：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

孩子的出生日期： 月 \_\_\_\_\_ / 日 \_\_\_\_\_ / 年 \_\_\_\_\_

孩子的性别（选择一项）： 男  女  其他

父母/监护人姓名：

父母/监护人姓氏：

父母/监护人与孩子的关系：

父母/监护人的电话号码：  手机  家庭电话  工作电话

父母/监护人的电子邮件地址：

我没有电子邮件地址

父母/监护人的工作场所或学校的邮编：

这个孩子目前是否住在收容所、过渡性住房或租房内？（选择一项）

是  否

## 人口统计信息

家庭主要语言：

家庭第二语言：

孩子的种族（选择一项）：

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民           | <input type="checkbox"/> 亚洲人     |
| <input type="checkbox"/> 美国黑人/非裔美国人               | <input type="checkbox"/> 多种族     |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民             | <input type="checkbox"/> 白人/高加索人 |
| <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> |                                  |

孩子的民族（选择一项）：

- 西班牙裔/拉丁裔  非西班牙裔/拉丁裔

家中人数（请将任何住在您的住所，与您有血缘、婚姻或收养关系的人都包含在内）：

年度家庭收入\*

不愿披露

\*年度家庭收入并不决定加入 PHLpreK 计划的资格。询问这个信息只是出于统计目的。

父母/监护人主要在哪种类别的行业工作？（选择一项）

- 教育       医疗保健       联邦、州或地方政府
- 金融服务     运输服务     已退休
- 其他：\_\_\_\_\_

您的孩子目前是否正在接受早期疗育服务？（选择一项）       是       否

您的孩子是否有一份现行的 IFSP 或 IEP？（选择一项）       是       否

### 服务信息

日服务制：     半日制（5.5 小时）      年服务制：     学年制（180 天）  
（选择一项）  全日制（5.5 小时以上）      （选择一项）  全年制（260 天）

**\*PHLpreK 只提供 5.5 小时的教学时间。**

如果选择全日制或全年制，请说明有哪些补充资金来源会资助超出 PHLpreK 资助的学习时间：

- Child Care Works 补贴     私人付款     其他，请说明：\_\_\_\_\_

### 提供者偏好信息

您希望您的孩子一天参加多少个小时的早期学习计划？\_\_\_\_\_

如果您希望孩子参加计划的时间超出 PHLpreK 免费为您提供的时间，您愿意支付多少看护费（每月）？\_\_\_\_\_

您是否希望让您孩子的兄弟/姐妹报名参加婴儿/学步期幼儿计划？  是     否

您是否希望让您孩子的兄弟/姐妹报名参加学龄计划？       是     否

您打算如何带孩子去参加早期学习计划？（选择所有适用项）

- 开车和/或让其他人开车送我       坐公交和/或电车
- 乘 Market Frankford Line/Broad Street Line 地铁线       区域铁路
- 步行       其他，请说明：\_\_\_\_\_

您愿意花多少时间送孩子去参加早期学习计划？（选择一项）

- 1-15 分钟       16-30 分钟       31-45 分钟       45 分钟以上

如果距离/方便性是选择这个位置的原因之一，以下哪个因素更重要一些？（选择一项）  离家近       离工作单位/学校近

您认为在为孩子选择早期学习计划时最优先考虑的三件事是什么？（从下方列表中**选出三项**）

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 可负担能力     | <input type="checkbox"/> 学校成熟度/学术课程          |
| <input type="checkbox"/> 安全的环境     | <input type="checkbox"/> 直升小学计划              |
| <input type="checkbox"/> 提供的餐食     | <input type="checkbox"/> Keystone STARs 品质评价 |
| <input type="checkbox"/> 提供的户外游戏空间 | <input type="checkbox"/> 个人推荐/口碑             |
| <input type="checkbox"/> 提供的婴儿看护   | <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹已注册到该中心         |
| <input type="checkbox"/> 提供的其他社会服务 | <input type="checkbox"/> 其他，请说明：_____        |

您是如何听说 PHLpreK 计划的？（选择所有适用项）

- SEPTA 广告
- 社区领导
- PHLpreK 网站
- 朋友/家人（口头宣传）
- 报纸广告
- 医生办公室
- Child Care Works 邮寄的信件
- 校区
- 社交媒体
- 新闻故事
- 电台广告
- 其他：\_\_\_\_\_

## 资格认证

我作为一名 PHLpreK 提供者，特此证明这名儿童是费城市的居民，在 2019 年 9 月 1 日年满 3 或 4 周岁（并且在 2019 年 9 月 1 日没有达到幼儿园的入学年龄），并已被转到 ELRC 以确定其是否有资格享受其他服务。我确认，所有证明文件（出生日期和住所）均在相关托儿地点存档保存。

\_\_\_\_\_  
工作人员的姓名

\_\_\_\_\_  
职位

\_\_\_\_\_  
日期

签署这份表格表明，参加 PHLpreK 孩子的父母/监护人同意，如果这家人有把家搬到费城市之外，会在 15 天内通知其 PHLpreK 提供者。

如果作为 PHLpreK 父母/监护人，您同意接收 PHLpreK 团队发送的短信，请在此签署姓名首字母：

\_\_\_\_\_

## 提供者和父母/监护人签名

\_\_\_\_\_  
提供者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
父母/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期