

Программа PHLpreK

2019/2020 учебный год

Заявление на участие в программе PHLpreK

Это заявление на участие в программе PHLpreK — предподготовительной программе для детей в возрасте 3–4 лет, осуществляемой городской администрацией Филадельфии. Заполнив это заявление, вы подаете заявку на участие в этой программе в форме посещения участвующего центра раннего обучения. Чтобы получить список центров, участвующих в программе PHLpreK, посетите сайт www.phlprek.org или позвоните по телефону 844-PHL-PREK.

Программа PHLpreK финансируется из средств, полученных от уплаты налога на продажу напитков города Филадельфии.

Право участия в программе PHLpreK

Для получения права на участие в программе PHLpreK на 2019/2020 учебный год обязательно соблюдение только двух условий:

- Ребенку должно исполниться 3 или 4 года по состоянию на 1 сентября 2019 года
- Семья ребенка должна проживать в городе Филадельфии

Родители/опекуны детей-участников программы PHLpreK обязаны в течение 15 дней уведомить своего поставщика услуг PHLpreK в том случае, если семья переедет на жительство за пределы города Филадельфии. Если семья переезжает на жительство за пределы города Филадельфии, она **теряет право на участие** в программе PHLpreK.

Сведения, указанные в настоящем заявлении, используются сотрудниками программы PHLpreK для предоставления услуг, ресурсов и льгот семьям, имеющим право на участие в PHLpreK. Сведения, указанные в настоящем заявлении, используются также для формирования представления о семьях, участвующих в программе PHLpreK, и для выявления

дополнительных местных ресурсов для семей с маленькими детьми.

Персональные данные, указанные в настоящем заявлении, считаются конфиденциальными, а контактная информация ребенка и семьи может использоваться только персоналом программы PHLpreK для взаимодействия с семьями относительно программы PHLpreK.

Анкета заявления

Сведения о ребенке и семье

Имя ребенка: _____ Фамилия _____ ребенка:

Улица и номер дома места жительства ребенка:

Город: _____ Штат: _____
Почтовый индекс: _____

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

Пол ребенка (отметьте один вариант): Мужской
 Женский Другое

Имя родителя/опекуна: _____

Фамилия _____ родителя/опекуна:

Степень родства родителя/опекуна с ребенком:

Номер _____ телефона _____ родителя/опекуна:

Мобильный Домашний Рабочий

Адрес электронной почты родителя/опекуна:

У меня нет адреса электронной почты

Почтовый индекс места работы или учебного заведения родителя/опекуна: _____

Ребенок в настоящее время проживает в приюте, временном или общем жилье? (Выберите один вариант) Да Нет

Демографические сведения

Основной язык, используемый в домохозяйстве:

Второй язык, используемый в домохозяйстве:

Расовая принадлежность ребенка (выберите один вариант):

- Американский индеец/коренной житель Аляски
 Азиатского происхождения

Чернокожий/афроамериканец

Несколько рас

Коренной житель Гавайских островов
/островов Тихого океана

Белый

Другое: _____

Этническая принадлежность ребенка (выберите один вариант):

- Испанского/латиноамериканского происхождения
 Не испанского/латиноамериканского происхождения

Количество человек в домохозяйстве (учитывайте всех совместно проживающих с вами людей, находящихся с вами в родственных отношениях по рождению, браку или правам усыновления):

Годовой доход домохозяйства* _____

Предпочитаю не сообщать

** Годовой доход домохозяйства не определяет права на участие в программе RHLpreK. Эта информация запрашивается только в целях статистики.*

К какой отрасли относится основное место работы родителя/опекуна?(Отметьте один вариант)

- Образование Здравоохранение
 Федеральные, штатные или
местные государственные учреждения

Финансовые услуги Транспорт На пенсии

Другое: _____

Ваш ребенок в настоящее время получает услуги по лечебно-терапевтическому вмешательству в раннем возрасте?(Отметьте один вариант) Да

Нет

У вашего ребенка в настоящее время есть план IFSP или IEP?(Отметьте один вариант) Да Нет

Сведения об услуге

День услуги: Неполный день (5,5 часов)

Время предоставления услуги в год: Учебный год (180 дней)

(Отметьте один вариант) Полный день (более 5,5 часов)

(Отметьте один вариант) Полный год (260 дней)

*** Программа PHLpreK распространяется только на 5,5 часов обучения.**

Если выбран вариант «**Полный день**» или «**Полный год**», из какого источника дополнительно оплачивается время, не оплачиваемое по программе PHLpreK?

Субсидия по программе Child Care Works Частные средства
 Другое, укажите подробно: _____

Сведения о предпочтительном поставщике услуг

Сколько **часов в день** посещения программы раннего обучения вы планируете для своего ребенка? _____

Если вы хотите записать своего ребенка на большее количество часов, чем предлагается бесплатно в рамках программы PHLpreK, **СКОЛЬКО** вы готовы платить за предоставляемые услуги (**в месяц**)? _____

Хотите ли вы записать брата/сестру ребенка в программу для младенцев/малышей?

Да Нет

Хотите ли вы записать брата/сестру ребенка в программу для школьного возраста?

Да Нет

Как вы планируете добираться до центра раннего обучения, который будет посещать ваш ребенок? (Отметьте все подходящие варианты)

Я буду отвозить на машине и/или меня будут отвозить на машине

На автобусе и/или троллейбусе

Market Frankford Line/Broad Street Line

Пригородная электричка

Пешком

Другое, укажите подробно: _____

Сколько минут вы хотите тратить на дорогу до центра раннего обучения, который будет посещать ваш ребенок? (Выберите один вариант)

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

Если бы расстояние или удобство расположения влияло на выбор этого центра, какой из указанных факторов был бы более важным? (Выберите один вариант)

Рядом с домом Рядом с работой/учебным заведением

Какие вы можете назвать **ТРИ ГЛАВНЫХ** приоритета при выборе центра раннего обучения для вашего ребенка? (Отметьте три варианта в списке ниже)

Ценовая доступность Программа подготовки к школе/учебная программа

Безопасное окружение Совместная подготовительная программа с начальной школой

Предоставление питания Рейтинг качества

Keystone STARs

- Наличие игровой площадки на улице
 - Личная рекомендация/устный рассказ
 - Предоставление услуг по уходу за младенцами
 - Братья/сестры ребенка уже посещают этот центр
 - Предложение других социальных услуг
- Другое, укажите подробно: _____

Как вы узнали о программе PHLpreK? (Отметьте все подходящие варианты)

- Из рекламы SEPTA
- От руководителя сообщества
- На сайте PHLpreK
- От друга/члена семьи (устное сообщение)
- Из рекламы в газете
- В приемной врача
- Из почтовой рассылки Child Care Works
- В школьном округе
- В социальной сети
- Из новостей
- Из рекламы на радио
- Другое: _____

Свидетельство о соответствии требованиям

Я, поставщик услуг по программе PHLpreK, подтверждаю, что данный ребенок постоянно проживает в городе Филадельфии, имеет возраст 3 или 4 года по состоянию на 1 сентября 2019 года (и не достиг возраста приема в детский сад по состоянию на 1 сентября 2019 года) и направлен в CCIS для определения права на получение других услуг. Я подтверждаю, что все документы, подтверждающие дату рождения и место жительства, хранятся в досье в учреждении, оказывающем услуги.

Имя и фамилия сотрудника

Должность

Дата

Подписывая эту форму, родители/опекуны детей-участников программы RHLpreK обязуются в течение 15 дней уведомить своего поставщика услуг RHLpreK в том случае, если семья переедет на жительство за пределы города Филадельфии.

Поставьте здесь свои инициалы, если вы в качестве родителя/опекуна ребенка-участника программы RHLpreK согласны получать текстовую рассылку по программе RHLpreK. _____

Подписи _____ поставщика _____ услуг _____ и
родителя/опекуна _____

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ДАТА

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА
ДАТА
