

Учебный год 2022-2023

Заявка на PHLpreK

Это заявка на PHLpreK — программу дошкольного образования города Филадельфия для детей в возрасте трех и четырех лет. Заполняя ее, вы подаете заявку на участие в программе правомочному поставщику программ раннего обучения. Список участвующих поставщиков PHLpreK можно найти по адресу www.phlprek.org или позвонив по телефону 844-PHL-PREK.

PHLpreK финансируется за счет налога на напитки Филадельфии.

О критериях участия в PHLpreK

Единственными требованиями для участия в программе PHLpreK в 2022-2023 учебном году являются следующие:

- к 1 сентября 2022 года ребенку должно исполниться 3 или 4 года
- семья должна проживать в Филадельфии

Информация, предоставленная вами в этой заявке, поможет команде PHLpreK предоставлять семьям PHLpreK необходимые услуги, ресурсы и льготы. Информация, предоставленная вами в этой заявке, также будет использована для того, чтобы получить более подробную информацию о семьях, которые получают доступ к PHLpreK, и определить то, какие дополнительные ресурсы необходимы в сообществе для семей с маленькими детьми.

Личная информация, предоставленная вами в этой заявке, останется конфиденциальной, а контактная информация ребенка/семьи будет использоваться персоналом PHLpreK исключительно для связи с семьями по поводу PHLpreK.

Вопросы заявки

Информация о ребенке

Имя ребенка: _____ Второе имя ребенка: _____

Фамилия ребенка: _____

Почтовый адрес ребенка: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Проживает ли ребенок в настоящее время в приюте, учреждении временного или краткосрочного проживания или временно проживает в чужом доме? **(Выберите один вариант)** Да Нет

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

Пол ребенка **(выберите один вариант)**: Мужской Женский Небинарный

Получал ли ваш ребенок ранее услуги по уходу? **(Выберите один вариант)** Да Нет

Получает ли ваш ребенок в настоящее время услуги раннего вмешательства, например, услуги физической, речевой или другой терапии? **(Выберите один вариант)** Да Нет

Есть ли у вашего ребенка действующий Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) или Индивидуальный план обучения (IEP)? **(Выберите один вариант)** Да Нет

Принимает ли семья участие в какой-либо из следующих программ помощи?

- Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) Да Нет
- Специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC) Да Нет
- Программа помощи в дополнительном питании (SNAP) Да Нет
- Дополнительный социальный доход (SSI) Да Нет

Применимо ли следующее?

- Патронатное воспитание
- Родственная опека
- Родитель, отбывающий срок в тюрьме
- Беженец

Информация о семье

Первый попечитель

Имя родителя/опекуна: _____

Фамилия родителя/опекуна: _____

Кем приходится ребенку родитель/опекун: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Номер телефона родителя/опекуна: _____ Мобильный Домашний
 Рабочий

Адрес эл. почты родителя/опекуна: _____

Кем приходится второму попечителю родитель/опекун: _____

Второй попечитель

Имя родителя/опекуна: _____

Фамилия родителя/опекуна: _____

Кем приходится ребенку родитель/опекун: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Номер телефона родителя/опекуна: _____ Мобильный Домашний
 Рабочий

Адрес эл. почты родителя/опекуна: _____

Кем приходится первому попечителю родитель/опекун: _____

Соглашение об опеке

Программа исходит из того, что ограничения в отношении права родителя/опекуна получать информацию об успеваемости своего ученика и участвовать в школьных мероприятиях отсутствуют. Родителю/опекуну запрещается участвовать в обучении своего ученика только в том случае, если соответствующий судебный приказ (например, постановление о разводе, постановление об опеке или запретительный судебный приказ) однозначно ограничивает доступ родителя/опекуна к ученику. При наличии ограничений родитель/опекун, имеющий законную опеку, должен представить подписанную копию постановления суда с описанием всех ограниченных прав.

Есть ли соглашение об опеке над этим ребенком, о котором нам следует знать? (Выберите один вариант) Да Нет

Если да, предоставьте копию соглашения об опеке.

На основании соглашения об опеке укажите, к кому следует обращаться по следующим причинам:

- Поступление [в детское учреждение] и выпуск:
 Первый попечитель Второй попечитель Оба попечителя
- Посещаемость и календарь программы:
 Первый попечитель Второй попечитель Оба попечителя
- Расписание занятий, успеваемость ребенка, табель с оценками ребенка:
 Первый попечитель Второй попечитель Оба попечителя
- Мероприятия, встречи и политики программы:
 Первый попечитель Второй попечитель Оба попечителя
- Инциденты, болезни и чрезвычайные ситуации: *
 Первый попечитель Второй попечитель Оба попечителя

**На сайте необходимо заполнить форму/документ для экстренных ситуаций с целью сбора дополнительной информации.*

Демографическая информация

Основной язык семьи (где проживает ребенок): _____

Второй язык семьи (где проживает ребенок): _____

Если в семье говорят на языках, отличных от указанных выше, укажите их:

Расовая принадлежность ребенка (**выберите все применимые варианты**):

- Американский индеец/коренной житель Аляски Азиат
- Черный/афроамериканец Из семьи, состоящей из представителей разных рас
- Коренной житель Гавайских/тихоокеанских островов Белый (европеоидной расы)
- Другое: _____

Этническая принадлежность ребенка (выберите один вариант):

- Испанец/латиноамериканец Не испанец/латиноамериканец

Количество людей в семье, в которой проживает ребенок: _____
(Укажите всех, кто проживает в семье)

**Годовой доход семьи не является определяющим критерием для участия в программе PHLpreK. Нам нужна эта информация только для целей статистики.*

Доход за последние 12 месяцев* Укажите **ОБЩЮЮ СУММУ** дохода (по наиболее точной оценке), полученного совместно всеми членами семьи, где проживает ребенок, в течение **ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ** (общая сумма за последние 12 месяцев).

ОБЩАЯ СУММА дохода включает зарплату, оклад, пенсионный доход, государственные пособия и/или доход от самостоятельной занятости.

\$. ,00

ОБЩАЯ СУММА за последние 12 месяцев

Предпочитаю не указывать

В какой сфере в основном работает родитель/опекун? **(Выберите все применимые варианты)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Образование | <input type="radio"/> Строительство и добывающая промышленность | <input type="radio"/> Обрабатывающая промышленность |
| <input type="radio"/> Здравоохранение | <input type="radio"/> Розничная торговля | <input type="radio"/> Производство |
| <input type="radio"/> Федеральное правительство, правительство штата, местное правительство | <input type="radio"/> Пищевая промышленность | <input type="radio"/> Менеджмент |
| <input type="radio"/> Деловые и финансовые услуги | <input type="radio"/> Юридическая сфера | <input type="radio"/> Уход на дому |
| <input type="radio"/> Транспортные услуги | <input type="radio"/> Некоммерческая сфера | <input type="radio"/> В настоящее время без работы |
| <input type="radio"/> На пенсии | <input type="radio"/> Общественные и социальные услуги | <input type="radio"/> Неоплачиваемая работа |
| | <input type="radio"/> Санитарно-техническое обслуживание | <input type="radio"/> Другое: _____ |

Информация о предоставляемой услуге

PHLpreK покрывает только 5,5 часов обучения в течение 180 дней в учебном году. Информация, которую вы предоставляете в этом разделе, используется для определения того, какие дополнительные ресурсы могут понадобиться семьям в системе PHLpreK. Целиком заполните этот раздел.

День оказания услуги: (Выберите один вариант)

- Неполный день (5,5 часов)
- Полный день (более 5,5 часов)

Год оказания услуги: (Выберите один вариант)

- Учебный год (180 дней)
- Полный год (260 дней)

Если **выше вы выбрали полный день** или **полный год**, укажите дополнительный источник финансирования, который используется для покрытия расходов за период, выходящий за рамки финансируемого PHLpreK:

Субсидия Child Care Works (CCW) Самостоятельная оплата Другое (укажите): _____

Информация о предпочтениях в отношении поставщика

**Информация, которую вы предоставляете в этом разделе, используется для определения приоритетов семей в системе PHLpreK и для принятия решений о размещении мест PHLpreK. Целиком заполните этот раздел.*

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

Если вы хотите зарегистрировать своего ребенка более чем на 5,5 часов [пребывания в день], которые поставщики PHLpreK предоставляют бесплатно, сколько вы готовы платить за ребенка (**в месяц**)?

Вы хотите зарегистрировать брата или сестру вашего ребенка в программе для младенцев/малышей?

Да Нет

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

Как вы планируете добираться до места, где проводится раннее обучение вашего ребенка по данной программе? (**Выберите все применимые варианты**)

- На своей машине и/или на чьей-либо чужой машине Электричка
 Автобус и/или троллейбус Пешком
 Market Frankford Line/Broad Street Line Другое (укажите): _____

Как далеко (в минутах) вы готовы добираться до места, где проводится раннее обучение вашего ребенка по данной программе? (**Выберите один вариант**)

- От 1 до 15 минут От 16 до 30 минут От 31 до 45 минут Более 45 минут

Если расстояние/удобство является для вас приоритетом при выборе этого места, какой критерий является более важным?

(**Выберите один вариант**) Близость к дому Близость к работе/школе

Какие **ТРИ ПРИОРИТЕТА** вы назвали бы основными при выборе программы раннего обучения для вашего ребенка? (**Выберите три варианта** из списка)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Доступность в материальном плане | <input type="radio"/> Братья/сестры уже зарегистрированы в центре |
| <input type="radio"/> Подготовка к школе/учебная программа | <input type="radio"/> Местоположение |
| <input type="radio"/> Надежная окружающая среда | <input type="radio"/> Время работы |
| <input type="radio"/> Программа подготовки к начальной школе | <input type="radio"/> Возможность получить место/отсутствие списка ожидания |
| <input type="radio"/> Питание | <input type="radio"/> Поддержка двуязычия |
| <input type="radio"/> Рейтинг качества Keystone STARS | <input type="radio"/> Уход за детьми с особыми потребностями |
| <input type="radio"/> Место для игр на свежем воздухе | <input type="radio"/> Другие социальные услуги |
| <input type="radio"/> Личные рекомендации/«сарафанное радио» | <input type="radio"/> Другое (укажите): _____ |
| <input type="radio"/> Возможность ухода за младенцами | |

Как вы узнали о программе PHLpreK? (Выберите все применимые варианты)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Реклама SEPTA | <input type="radio"/> Клиника | <input type="radio"/> Социальные сети (<i>Facebook, Instagram, Twitter и т. д.</i>) |
| <input type="radio"/> Руководитель сообщества | <input type="radio"/> Рассылка Child Care Works | <input type="radio"/> Сюжет в новостях |
| <input type="radio"/> Сайт PHLpreK | <input type="radio"/> Школьный округ | <input type="radio"/> Поставщик услуг по уходу за детьми |
| <input type="radio"/> Друг/член семьи | <input type="radio"/> Реклама по радио | <input type="radio"/> Другое: _____ |
| <input type="radio"/> Реклама в газете | | |

Подтверждение права на участие в программе

Как поставщик PHLpreK, я подтверждаю, что этот ребенок является жителем Филадельфии, по состоянию на 1 сентября 2022 г. ему исполнилось 3 или 4 года (при этом по состоянию на 1 сентября 2022 г. он не достиг возраста поступления в детский сад), и он был направлен в ELRC для определения права на получение других услуг. Я подтверждаю, что вся сопроводительная документация (дата рождения и место жительства) хранится на месте в деле.

Имя сотрудника (печатными буквами)

Должность

Дата

Подпись сотрудника

Название программы PHLpreK

Подписывая эту форму, родители/опекуны детей в PHLpreK соглашаются в течение 15 дней уведомить своего поставщика услуг PHLpreK, если семья переезжает за пределы города Филадельфия. Переезжая за пределы Филадельфии, семья **перестает отвечать критериям** участия в программе PHLpreK.

Проставьте здесь **свои инициалы**, если вы, будучи родителем/опекуном PHLpreK, соглашаетесь получать СМС-сообщения от команды PHLpreK: _____ Номер телефона, на который вы соглашаетесь получать СМС-сообщения: _____

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

ДАТА