

幼前/啟蒙申請表

Prekindergarten/Head Start Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

學生姓名(姓、名、中間名) _____ 出生日期 ____/____/____
慣用名 _____

對學生負責的成人

居住在現住址、對學生負責的成人姓名 ¹ _____ 關係: <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 監護人 年齡 ____ <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 如果是學生, 你是否打算今年畢業 接受教育的時長(以年計) ____ <input type="checkbox"/> 現役軍人 <input type="checkbox"/> 退伍軍人 請勾選所有適用的選項 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 半職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 殘疾	居住在現住址、對學生負責的成人姓名 ² _____ 關係: <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 監護人 年齡 ____ <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 如果是學生, 你是否打算今年畢業 接受教育的時長(以年計) ____ <input type="checkbox"/> 現役軍人 <input type="checkbox"/> 退伍軍人 請勾選所有適用的選項 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 半職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 殘疾
---	---

家中的其他被扶養人

成人姓名	驗證	兄弟姐妹/兒童(18歲以下)姓名	出生日期
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

接送信息

供安排學校使用的接送地址 家庭托兒所 中心 非正式的 在家 其他
 家庭托兒所(或)負責人姓名 _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____
 主要電話 # _____-_____-_____- 備用電話 # _____-_____-_____-

財務工作表-請註明所有家庭成員的收入

總收入	以下僅供工作人員使用		證明文件(例如 1040、W-2、薪 水單等)	醫療保險
對孩子負責的成人 ¹	每	x	_____	<input type="checkbox"/> MCHIP 提供者: _____
對孩子負責的成人 ²	每	x	_____	<input type="checkbox"/> 私人業者提供者: _____
TCA	每	月	_____	<input type="checkbox"/> Care for Kids 提供者
兒童撫養費.....	每	月	_____	<input type="checkbox"/> 沒有
贍養費.....	每	月	_____	<input type="checkbox"/> 推介給 SEU
寄養計劃.....	每	月	_____	醫療援助計畫 # _____
退休金	每	月	_____	特殊學習問題 _____
社會安全福利	每	月	_____	
SSI(成人)	每	月	_____	
津貼	每	月	_____	
失業補償.....	每	週	_____	
職工補償.....	每	月	_____	
租金收入.....	每	月	_____	
財務補助.....	每	月	_____	
無收入證明文件			_____	
⇨ WIC ⇨ HOC			_____	
家庭人口			家庭總收入	類別
_____			_____	_____

醫療保險
 MCHIP 提供者: _____
 私人業者提供者: _____
 Care for Kids 提供者
 沒有
 推介給 SEU
 醫療援助計畫 # _____
 特殊學習問題 _____

緊急聯絡人:
 姓名 _____
 與學生的關係 _____
 電話 ____/____/_____
 替代者 ____/____/_____
 姓名 _____
 與學生的關係 _____
 電話 ____/____/_____
 替代者 ____/____/_____

請勾選所有適用的選項:
 無家可歸者 IEP
 寄養兒童 嬰幼兒
 早期啟蒙計畫

食物補助計畫(Case # _____)

申請表收件人: _____ 職位: _____ 日期: ____/____/____

收入核實人: _____ 職位: _____ 日期: ____/____/____

托兒補助券? 有 沒有
 CCSP 失效日期 ____/____/____
 WPA 失效日期 ____/____/____

我證明, 就本人所知, 本申請表及任何附件所載的所有資料, 包括所有收入的申報, 均屬準確、完整且屬實。我了解, 提供此信息是為獲得聯邦、州和郡的補助金; 學校官員可以核實該申請表上的信息, 而偽造任何提交的資料可能會導致申請被拒絕或在安置後被計畫開除。
 父母/監護人簽名 _____ 日期 ____/____/____

FOR OFFICE USE ONLY

Home School for Family Address _____ Home school for pick-up/drop-off address _____
 Assigned School/Location for Prekindergarten/Head Start _____ Date ____/____/____

學生姓名