

프리킨더가든/Head Start 지원서

프리킨더가든/헤드 스타트 프로그램
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

학생 이름 (성, 이름) _____ 생년월일 ____/____/____

불리고 싶은 이름 _____

학생을 책임지는 성인

현주소에 함께 사는 학생을 책임지는 성인 이름:¹ 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 나이 ____ <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 학생의 경우, 졸업 예정년도 교육을 받은 해수 <input type="checkbox"/> 군복무 중 <input type="checkbox"/> 퇴역군인 해당하는 곳에 모두 표시하십시오 <input type="checkbox"/> 풀타임 <input type="checkbox"/> 파트타임 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 장애	현주소에 함께 사는 학생을 책임지는 성인 이름:² 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 나이 ____ <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 학생의 경우, 졸업 예정년도 교육을 받은 해수 <input type="checkbox"/> 군복무 중 <input type="checkbox"/> 퇴역군인 해당하는 곳에 모두 표시하십시오 <input type="checkbox"/> 풀타임 <input type="checkbox"/> 파트타임 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 장애
--	--

기타 부양가족

성인 이름	증명	형제, 자매/자녀 (18세 미만) 이름	생년월일
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

등학교 픽업과 드롭오프에 관한 정보

학교 배정을 위한 타는 장소와 내려주는 장소 가족 차일드케어의 집 센터 비공식 집 기타
 차일드케어 센터 (또는) 책임을 맡은 사람 이름 _____
 주소 _____ 시 _____ 주 _____ zip코드 _____
 주 전화번호 _____ 대체 전화번호 _____

재정에 관한 작업시트—가족 모두의 수입을 포함

총소득	사무실용/Office Use Only	증명(예: 1040, W-2, 월급명세 (Pay stubs), 등)
책임을 맡은 성인¹	당	X
책임을 맡은 성인²	당	X
임시 정부 보조금 (TCA) ...	당 월	X
아동보조	당 월	X
부양금/별거수당	당 월	X
위탁 프로그램	당 월	X
은퇴	당 월	X
사회보장(소셜시큐리티) 혜택	당 월	X
SSI (성인)	당 월	X
용돈	당 월	X
실업	당 주	X
근로자 재해보상	당 월	X
임대 수입	당 월	X
재정적 도움	당 월	X
수입이 없음을 증명하는 서류		

의료 보험
 MCHIP 제공 기관 보험: _____
 개인보험: _____
 Care for Kids 보험
 없음
 Referred to SEU
 메디컬 어시스턴스 수혜자 # _____
 학습에 관해 특별히 염려되는 점 _____

비상시 또는 응급상황 연락처:
 이름 _____
 학생과의 관계 _____
 전화번호 ____/____/____
 대체 ____/____/____
 이름 _____
 학생과의 관계 _____
 전화번호 ____/____/____
 대체 ____/____/____

다음 중 해당되는 곳 모두에 표시하십시오:
 홀리스 IEP
 위탁 아동 Infants & Toddlers
 조기 Head Start
 탁아 서비스 보조 바우처가 있습니까? 예 아니요
 CCSP 만료일Exp. 날짜
 WPA 만료일Exp. 날짜

음식보조 프로그램(Food Supplement Program: 케이스 번호 _____)
 지원서 접수자: _____ Title: _____ 날짜: ____/____/____
 수입 확인자: _____ Title: _____ 날짜: ____/____/____

본인은 이 지원서에 적은 모든 수입보고와 함께 제공하는 서류를 포함한 본인이 제공하는 모든 정보는 정확하고 온전하며 또한, 사실임을 보증합니다. 본인은 이 정보가 연방, 주와 카운티 예산을 받기 위한 정보로 제공되며, 학교 행정 교직원들이 제출한 지원서에 있는 정보를 확인할 수도 있으며, 거짓정보를 기재 및 제공할 경우, 지원서가 거부되거나 등록의 취소 또는 학생이 배치된 프로그램에서 배제될 수 있음을 알고 이해합니다.
 서명, 부모/후견인 _____ 날짜 ____/____/____

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 ____/____/____

학생 이름