



波特兰公立学校头脑启动计划 (Head Start)

4800 NE 74th Ave. Portland, OR 97218 * 503-916-5724 * 传真 503-916-2670 * www.headstart.pps.k12.or.us

办公室使用				
收到日期_____	职员姓名的缩写_____	申请# _____	MECP? _____	地点_____

这份申请并不确保注册。你将尽快接到有关申请程序状态的通知。

孩子的法定名: 姓 _____ 名 _____ 中间名 _____

孩子的性别: 男 女 孩子的出生日期 ____/____/____

家庭住址 _____ 城市 _____ 邮编 _____

附近小学 _____ 电子邮件 _____

电话: 家庭 _____ 手机 _____ 工作/其他 _____

孩子的种族: 西班牙裔? 是 不是 孩子的人种: 黑人 美国本土人

白人 亚洲人 太平洋岛民

家庭语言: 第1 _____ 第2 _____

孩子的医疗 # 或健康保险 _____

这个孩子有残疾或健康损害的记录吗? 有 没有 如果有,什么类型? _____

这个孩子接受任何特殊教育服务吗? 有 没有 提供者? _____

孩子的家庭 请列出父母/监护人:

姓名	关系	出生日期	母语/ 需要翻译?	地址 (如果不同于上述地址的话)

勾一项: 单亲家庭 两个单亲家庭 寄养家庭 祖父母 其他

父母/监护人就业吗? 是的 不是

如果是, 谁? _____ 全职 兼职
_____ 全职 兼职

父母/监护人上学吗? 是的 不是

如果是, 谁? _____ 全职 兼职
_____ 全职 兼职

请列出居住在你的家庭里靠您的收入支持的所有其他人:

姓名	与孩子的关系	出生日期

请尽可能完整地回答下列问题。它将帮助我们确定你家庭需要的紧迫性。

这个孩子有没有注册: Head Start 早期 Head Start

什么时候/在哪里? _____

有家庭成员目前被监禁吗: 有 没有 如果有, 与孩子的关系? _____

有兄弟姐妹注册我们的计划吗? 有 没有 如果有, 姓名: _____

什么时候 _____

请勾出以下在过去2年里影响孩子的任何环境问题:

儿童虐待/忽视 家人去世 离婚 无家可归 家庭暴力
 药物或酒精滥用 家长的监禁 严重的儿童健康问题 _____ 其他 _____

家长/监护人被部署在军队吗? 是的 不是

你是一名青少年父母吗? 是的 不是

你的家庭由另一个机构提供服务吗: 是的 不是 如果是, 谁? _____

你的家庭正在接受食品券吗(SNAP)? 是的 不是

你正在为这个孩子获取WIC吗? 是的 不是 如果是 WIC # _____

需要提供与孩子的血液、婚姻或收养和生活在同一个家庭相关的所有父母/监护人的收入证明。这个金额必须在注册时通过以下至少其中一项来验证: W2 表格, 工资存根, 税单1040, 雇主的书面声明, 或者签署的声明。

你的家庭目前获得现金赠款或其他TANF 福利(ERDC) 吗? 是的 不是

你或你家庭的任何人目前获得补充社会保障收入(SSA)吗? 是的 不是

这个孩子是通过国土安全部(DHS)分配给你的养子(女)吗? 是的 不是

你有永久住房吗? 有 没有

如果没有, 请描述您目前的住房 _____

目前的年总收入: _____ 家庭成员数量: _____

目前每月的总收入: _____

PPS 头脑启动计划 (Head Start program) 包括许多家庭支持服务。父母将被要求参与这项计划, 通过:帮助各种课堂活动, 参与定期家访, 确保他们的孩子定期参加, 与项目工作人员沟通和为他们的孩子寻找定期的医疗和牙科保健。

家长/监护人签字 _____ 日期 _____

你通过什么方式得悉PPS Head Start 计划? _____

PPS Head Start 不提供任何地点的接送, 但可能提供TriMet 运输公司的援助。各家庭必须居住在波特兰公立学校的界限范围内才有资格申请PPS Head Start.