

屋崙市政府  
人民社會服務部  
150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352  
Oakland, CA 94612  
電話：510-238-3165 傳真：510-238-6784



## 申請程序通知信函

尊敬的家長或監護人：

感謝您關注屋崙市「Early Head Start/Head Start」兒童早期啟蒙教育項目。屋崙 Head Start 為符合年齡和收入要求的孕婦和擁有新生至 5 歲兒童的家庭提供服務。請查看「貧困指南」（參見本函背面）以瞭解您是否滿足該項目的參與資格。

請將**填寫完整**的申請表格連同下列必要文件寄回至您選擇的 Early Head Start/Head Start 中心或 Head Start 中心招生辦公室（150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352, Oakland, CA 94612）。不完整的申請將不被受理。

作業時間需時 30 天，請耐心等待。

請備妥並提供以下文件：

	可接受的合資格文件
Head Start 申請表格	
兒童出生證明文件	<ul style="list-style-type: none"><li>• 出世紙</li><li>• 護照</li><li>• 醫院證明信</li></ul>
家長雙方/監護人的收入證明文件 ——請提供所有適用的文件。	<ul style="list-style-type: none"><li>• 最近<u>一個月</u>的工資單存根（或收入證明） （若工資按週支付，請提供 4 個工資單等）</li><li>• 若屬自雇人士，請提交報稅表 1040 或 W-2</li><li>• CalWORKS 證明單</li><li>• 社會安全金收入</li><li>• 兒童援助證明</li><li>• 失業金收入</li><li>• 殘障金收入</li></ul>

請注意：如果您的孩子獲予參與計劃，您將被要求在第一天上課之前提供疫苗接種記錄、肺結核風險評估和體檢表。您孩子的錄取通知書上將會提供更多資訊。

如果您對此程序有任何疑問，請撥打(510) 238-3165。

### Head Start 中心分佈地點

**85<sup>th</sup> Avenue** – 8501 International Blvd.  
**Brookfield** – 9600 Edes Ave.  
**Fannie Wall** – 647 – 55<sup>th</sup> St.  
**Frank G. Mar** – 274 – 12<sup>th</sup> St.  
**Franklin** – 1010 – E. 15<sup>th</sup> St.  
**Lion Creek** – 6818 Lion Way, Suite #110  
**San Antonio CDC** – 2228 East 15<sup>th</sup> St.  
**Sungate** – 2563 International Blvd.  
**Tassafaronga** – 975 85<sup>th</sup> Ave.

### Early Head Start 中心分佈地點

**Arroyo Viejo** – 7700 Krause Ave.  
**Broadway** – 2619 Broadway  
**Lion Creek** – 6818 Lion Way, Suite #110  
**San Antonio Park** – 1701 E. 19<sup>th</sup> St.  
**West Grand** – 1058 West Grand

### Head Start 服務夥伴

**St. Vincent's Day Home** – 1086 8<sup>th</sup> Street  
**OUSD Arroyo Viejo CDC** – 1895 78<sup>th</sup> Ave.  
**Laney College** – 900 Fallon Street

2018 年度美國 48 州貧困線指南 於 1/13/18 生效		
家庭/ 家庭人數	100% (優先資格)	130%
1	\$12,140	15,782
2	\$16,460	21,398
3	\$20,780	27,014
4	\$25,100	32,630
5	\$29,420	38,246
6	\$33,740	43,862
7	\$38,060	49,478
8	\$42,380	55,094
9	\$46,700	60,710
10	\$51,020	66,326
11	\$55,340	71,942
12	\$59,660	77,558
13	\$63,980	83,174
14	\$68,300	\$88,790



屋崙 (奧克蘭) 市 Head Start/Early Head Start 課程

報名申請表

150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352 Oakland, CA 94612  
(510) 238-3165/ (510) 238-6784

ChildPlus ID # : \_

課程 (HS/EHS/HB) : \_\_\_\_\_ 加長全日班 :  是  否

CCTR/CSPP :  是  否

填表人 : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_

家庭資訊 (請書寫正楷)

<b>兒童姓名</b>			
_____		出生日期 ____/____/____	
_____	_____	_____	_____
姓氏	名字	中間名	月 日 年
<b>性別</b> <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	<b>民族</b> <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔	<b>種族</b> <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國印地安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人 <input type="checkbox"/> 其他 : _____
<b>語言</b> 在家說的主要語言 _____		英文能力 : <input type="checkbox"/> 零 <input type="checkbox"/> 一點點 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 流利	
申請類型 : <input type="checkbox"/> 新申請人 <input type="checkbox"/> 第 3 年復學 <input type="checkbox"/> Early Head Start <sup>1</sup> 轉學			
<b>家長/照顧者姓名 (A)</b>			若為單親家長/照顧者, 請勾選此處 : <input type="checkbox"/>
_____		出生日期 ____/____/____	
_____	_____	_____	_____
姓氏	名字	中間名	月 日 年
<b>住址</b>		<b>電子郵件 :</b>	
_____		_____	
_____	_____	_____	_____
街道	公寓號碼	城市	郵遞區號
		<b>主要電話/行動電話 :</b> ( )	
性別 : <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			
與兒童的關係 : <input type="checkbox"/> 親生父母/養父母/繼父母 <input type="checkbox"/> 寄養父母 <input type="checkbox"/> (外) 孫子女 <input type="checkbox"/> 其他 : _____			
<b>最高教育程度</b>		<b>就業狀況</b>	
<input type="checkbox"/> 高中以下	<input type="checkbox"/> 大專/副學士	<input type="checkbox"/> 受雇	<input type="checkbox"/> 半工半讀
<input type="checkbox"/> 高中畢業證書/GED (同等學力)	<input type="checkbox"/> 學士或學位以上	<input type="checkbox"/> 在學	<input type="checkbox"/> 無業
<b>家長/照顧者姓名 (B)</b>			
_____		出生日期 ____/____/____	
_____	_____	_____	_____
姓氏	名字	中間名	月 日 年
<b>住址</b> <input type="checkbox"/> 若地址同上請勾選此處。		<b>電子郵件 :</b>	
_____		_____	
_____	_____	_____	_____
街道	公寓號碼	城市	郵遞區號
		<b>主要電話/行動電話 :</b> ( )	
性別 : <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			
與兒童的關係 : <input type="checkbox"/> 親生父母/養父母/繼父母 <input type="checkbox"/> 寄養父母 <input type="checkbox"/> (外) 孫子女 <input type="checkbox"/> 其他 : _____			
<b>最高教育程度</b>		<b>就業狀況</b>	
<input type="checkbox"/> 高中以下	<input type="checkbox"/> 大專/副學士	<input type="checkbox"/> 受雇	<input type="checkbox"/> 半工半讀
<input type="checkbox"/> 高中畢業證書/GED (同等學力)	<input type="checkbox"/> 學士或學位以上	<input type="checkbox"/> 在學	<input type="checkbox"/> 無業

<sup>1</sup> 限目前就讀 Early Head Start 且欲申請轉讀 Head Start 的家庭

**家中未滿 18 歲的兒童** (請列出居住在您家中的所有兒童，包括申請人)

兒童全名，包括中間名縮寫	性別	出生日期(月/日/年)
1	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
2	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
3	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
4	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
5	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	

**課程選擇/優先選項** (請於下方選擇)

<b>課程類型：</b> <input type="checkbox"/> 中心課程 <input type="checkbox"/> 家庭課程		<b>課程選擇：</b> <input type="checkbox"/> Early Head Start (出生前-2 歲) <input type="checkbox"/> Head Start (3-5 歲)	
若要申請中心課程服務： <b>第 1 選擇地點：</b>	<b>第 2 選擇地點：</b>	<b>第 3 選擇地點：</b>	

**醫療資訊** (請勾選所有符合的項目)

您的孩子有哪些健康問題？  <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 過敏 (請註明)： _____ <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 須戴助聽器/眼鏡 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)： _____	您的孩子是否有投保醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  您的孩子在接受照顧期間 <sup>2</sup> 是否需要服藥？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  您的孩子目前是否加入 IFSP 或 IEP <sup>3</sup> ？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
---	---

**推薦與服務準則** (請勾選所有符合的項目)

您從何處得知我們的課程？ <input type="checkbox"/> 上網/自行研究 <input type="checkbox"/> 朋友/家人 <input type="checkbox"/> 傳單/手冊 <input type="checkbox"/> 社區機構 (請註明)： _____ <input type="checkbox"/> 社會服務局 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)： _____	下列若有任何一項 <b>住所狀況</b> 與貴府相符，請問是哪一項？ <input type="checkbox"/> 無家可歸家庭 <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> 寄養照顧  您是否有尚未結案的 <b>兒童保護服務</b> 個案？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  下列貴府目前有申領下列任何 <b>公共扶助</b> ，請問是哪一項？ <input type="checkbox"/> 糧食券 <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CaWORKS <input type="checkbox"/> SSI
--	---

**家長/監護人/照顧者保證與簽名**

1. 我保證，在我所知範圍內，以上資訊盡屬真實且正確無誤，如有不實，願受偽證罪懲處。  
 2. 我了解，這項資訊屬極機密資訊，且將成為判定我的子女接受服務與安置資格之依據。所有資訊將由加州、聯邦政府、獨立稽核員，或為課程行政之需所指定之其他代表進行審查。  
 3. 我了解，這份申請表將用於申請 Head Start/Early Head Start 服務，我在申請表上簽名後 30 天內，將可得知申請狀態。  
 4. 我了解，我可能必須應要求提供其他必要文件，才能具備申請其他資金來源 (如公立幼兒園) 的資格。  
 5. 我了解，我繳交所有資金來源要求提供之**所有文件**，且文件經審查、簽名後，申請表才算完整。申請表如有不完整之處，將會遭到退件，且將延誤報名程序。

請在下方簽名並加註日期：

\_\_\_\_\_ 日期

\_\_\_\_\_ 家長/監護人/照顧者簽名

**限課程職員填寫：**

申請表填寫地點：中心辦公室 中心/住家課程，請註明： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 日期

\_\_\_\_\_ 職員簽名

請以正楷填寫姓

<sup>2</sup> 必須出具醫師簽名的聲明書、同意書及最新的處方箋各一份，並留存備查，才能在教室給藥。

<sup>3</sup> 東海灣區域中心或屋崙聯合學區設立的個別化家庭服務計畫 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 或個別化教育計畫 (Individualized Education Plan, IEP)

<sup>4</sup> 「無家可歸」家庭的定義是指無固定、長期及適當過夜住處的家庭，包括因失去住所、經濟困頓或類似因素而與朋友和親戚同住的家庭。