



Chân thành cảm ơn quý vị chú ý đến Chương Trình Head Start/Early Head Start. Chương trình chúng tôi cung cấp các chương trình vườn trẻ nữa ngày và nguyên ngày và các dịch vụ gia đình trong một số địa điểm trong Quận Hạt Santa Clara và San Benito.

Để hội đủ điều kiện cho các dịch vụ của chúng tôi, con em quý vị phải đủ tuổi quy định và gia đình của quý vị một là phải hội đủ điều kiện về mặt lợi tức hoặc hội đủ theo thành phần tuyệt đối.

### SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN THIẾT YẾU:

**Hội Đủ Tuổi:** Cho Head Start – Con em quý vị phải đúng 3 tuổi VÀ chưa tới 5 tuổi vào ngày 2 Tháng Mười Hai  
Cho Early Head Start – Con em quý vị phải ít nhất là 18 tháng và chưa đầy 3 tuổi

**Hội Đủ Lợi Tức:** Gia đình quý vị sẽ hội đủ lợi tức nếu lợi tức quý vị đạt theo Mức Án Định Lợi Tức Liên Bang năm 2011 như được ghi dưới đây:

| SỐ NGƯỜI TRONG HỘ | LỢI TỨC HÀNG NĂM (CHƯA TRỪ THUẾ) |
|-------------------|----------------------------------|
| 1                 | \$ 10,890                        |
| 2                 | \$ 14,710                        |
| 3                 | \$ 18,530                        |
| 4                 | \$ 22,350                        |

| SỐ NGƯỜI TRONG HỘ | LỢI TỨC HÀNG NĂM (CHƯA TRỪ THUẾ) |
|-------------------|----------------------------------|
| 5                 | \$ 26,170                        |
| 6                 | \$ 29,990                        |
| 7                 | \$ 33,810                        |
| 8                 | \$ 37,630                        |

*Nếu gia đình có hơn 8 người, cộng thêm \$3,820 cho mỗi người có thêm trong hộ.*

**Hội Đủ theo Thành Phần Tuyệt Đối:** Gia đình quý vị sẽ hội đủ điều kiện nếu quý vị thuộc bất kỳ thành phần nào dưới đây

- Đứa trẻ sẽ nhập học là con em trong chương trình con nuôi
- Gia đình đang tiếp nhận phúc lợi hay dịch vụ qua Chương Trình CalWORKs
- Một thành viên trong gia đình đang tiếp nhận phúc lợi Anh Sinh Xã Hội (SSI) sống chung và được trợ giúp bởi quý vị
- Gia đình vô gia cư

**Trẻ Em Bị Tàn Tật:** Sự yêu cầu hội đủ điều kiện lợi tức để vào chương trình Head Start có thể được miễn xét (cho đến khi chương trình đạt được 10% số trẻ nhập học có khuyết tật) nếu con em quý vị hiện có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Biệt (IEP) hoặc quý vị hiện có Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Biệt (IFSP) đối với chương trình Early Head Start.

### CÁC GIẤY TỜ THIẾT YẾU

Đơn xin của quý vị cần phải được hoàn tất và bao gồm bản sao các giấy tờ sau đây (*các giấy tờ này sẽ không gửi trả lại*):

- **Giấy Khai Sanh**
- **Số chính giữa**
- **Giấy Khám Lao và/hoặc Kết quả Thử Lao (TB)**
- **Giấy Chứng Minh Lợi Tức** – Giấy tờ phải chiếu theo tình trạng kinh tế hiện tại của quý vị và phải bao gồm tất cả các nguồn lợi tức được nhận bởi các phụ huynh hay giám hộ của đứa trẻ như là:
  - ✓ Các cùi phiếu lương hiện có để chứng minh hai (2) tháng lợi tức
  - ✓ Điền “Tờ Chứng Minh Lợi Tức từ Chủ Sở” để cho biết số giờ làm
  - ✓ Tờ Khai Thuế Lợi Tức hoặc tờ W-2 mới nhất (Nếu đi làm theo mùa, làm chủ, hoặc nếu không thể cung cấp cùi phiếu lương; phải chiếu theo tình trạng kinh tế hiện tại)
  - ✓ Lợi tức thất nghiệp
  - ✓ Bồi thường nhân công
  - ✓ Trợ cấp con cái
  - ✓ Lợi tức tàn tật
- **Giấy chứng nhận con nuôi hợp pháp** (nếu đứa trẻ trong chương trình con nuôi)
- **Giấy Báo Trợ Cấp (Notice of Action)** (nếu có nhận trợ cấp CalWORKs)
- **Giấy Chứng Minh Trợ Cấp An Sinh Xã Hội (SSI)** (Nếu thích ứng)
- **Giấy Chứng Nhận Vô Gia Cư** (nếu thích ứng và có)
- **Giấy IEP (Head Start) hay IFSP hiện có (Early Head Start)** (nếu thích ứng)
- **Giấy Chứng Minh Đi Làm Nguyên Thời Gian hoặc Đi Học/Huấn Nghề** (nếu quý vị yêu cầu dịch vụ nguyên ngày)

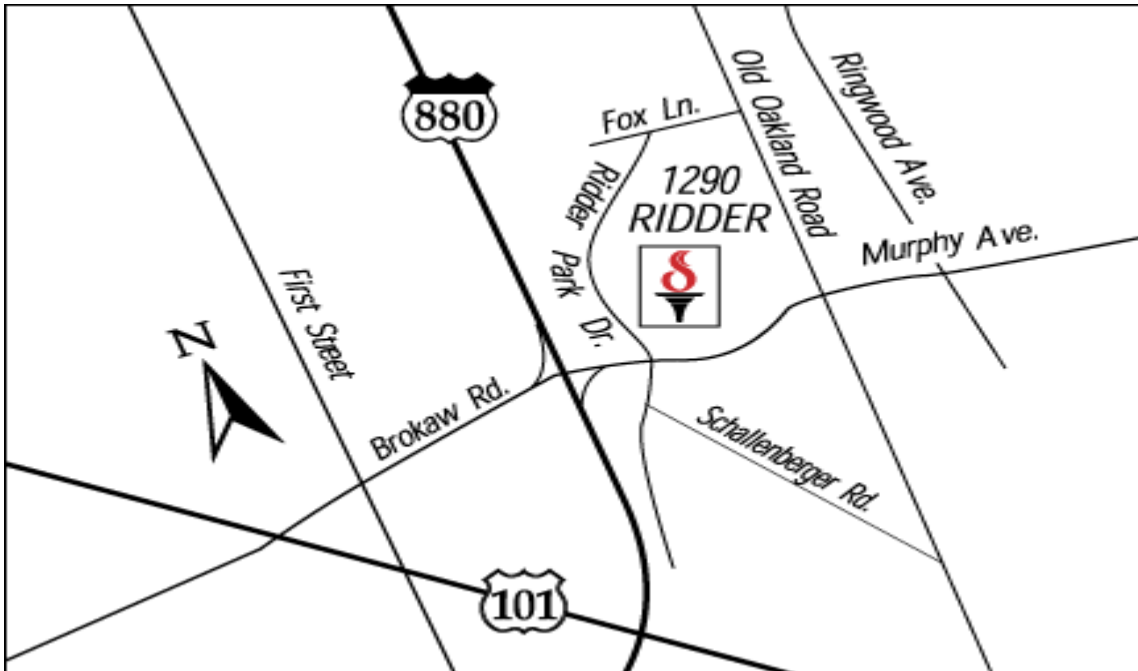
### ĐỀ NẠP ĐƠN XIN NHẬP HỌC CỦA QUÝ VỊ

Khi quý vị đã điền xong đơn xin, quý vị có thể nộp mọi giấy tờ bằng một trong những cách thức sau đây:

- ✓ Gọi văn phòng để hỏi đường đi đến trung tâm gần quý vị nhất
- ✓ Đem đến hoặc gửi đến địa chỉ: Head Start Program, 1290 Ridder Park Drive, MC 225, San Jose, CA 95131-2304

**Quý vị sẽ được liên lạc qua thư từ khi đơn xin của quý vị đã được duyệt xét.** Nếu quý vị có thắc mắc, yêu cầu giúp đỡ, hoặc cần giải thích để hoàn tất đơn xin nhập học, xin gọi (408) 453-6900 hoặc (800) 820-8182, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

# SCCOE RIDDER PARK MAP



Ty Giáo Dục Hạt Santa Clara (SCCOE) tọa lạc tại 1290 Ridder Park Drive, San Jose, CA 95131-2304, ngay dưới Xa lộ 880 tại góc đường Brokaw Road và Ridder Park Drive. Có nhiều đường để quý vị có thể đi đến văn phòng chúng tôi.

Có một số đường mà quý vị có thể đi để đến văn phòng chúng tôi.

**Nếu quý vị đi từ Sunnyvale:** Lấy Xa lộ 101 (hướng nam đi San Jose) đến lối ra đường First Street/Brokaw Road. Giữ len sát bên tay trái và quẹo trái trên đường Brokaw. Tiếp tục đi về hướng đông trên đường Brokaw cỡ 1.3 dặm (miles), rồi quẹo trái trên đường Ridder Park Drive. Quẹo mặt trên ngõ quẹo đầu tiên để vào bãi đậu xe của Ty Giáo Dục.

**Nếu quý vị đi từ Bắc San Jose:** Lấy Xa lộ 880 (hướng Nam về phía San Jose), đến lối ra đường Brokaw Road; giữ len bên trái và quẹo trái trên đường Brokaw Road. Tiếp tục đi về hướng đông trên đường Brokaw (qua khỏi thêm một đèn giao thông), sang len bên trái và quẹo trái đường Ridder Park Drive. Quẹo mặt trên ngõ quẹo đầu tiên để vào bãi đậu xe của Ty Giáo Dục.

**Nếu quý vị đi từ San Jose hay từ hướng Nam Hạt:** Lấy Xa lộ 101 (hướng bắc đi San Francisco); bắt qua Xa lộ 880 hướng Bắc (về phía Oakland) và, chạy khoảng một mile, rồi lấy lối ra đường Brokaw Road. Quẹo phải (hướng đông) trên đường Brokaw Road; sang len bên trái. Quẹo trái trên đường Ridder Park Drive. Quẹo mặt trên ngõ quẹo đầu tiên để vào bãi đậu xe của Ty Giáo Dục.

- Hoặc -

Lấy Xa lộ 880 hướng Bắc đến lối ra đường Brokaw Road. Quẹo phải (hướng đông) trên đường Brokaw Road; sang len len bên trái. Quẹo trái trên đường Ridder Park Drive. Quẹo mặt trên ngõ quẹo đầu tiên để vào bãi đậu xe của Ty Giáo Dục.

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHO CHƯƠNG TRÌNH HEAD START/EARLY HEAD START**  
(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

**XIN GHI THẬT RÕ BẰNG VIẾT MỰC ĐEN HOẶC MỰC XANH**  
(PLEASE PRINT LEGIBLY USING BLACK OR BLUE INK ONLY)

**VĂN PHÒNG ĐIỀN: Tracker # \_\_\_\_\_**  
(OFFICE USE ONLY)

| <b>Con em (xin nhập học) [Child (Applicant)]</b>  |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| Tên (First Name)  |  | Họ (Last Name)   |   | Tên lót (Middle)  |
|   |  |  |   | Phái tính (Gender)<br><input type="checkbox"/> Nam (M) <input type="checkbox"/> Nữ (F)  |
| Ngày sinh (Birthdate)<br>/ /  |  |  |   |   |
| <b>Chủng tộc (race):</b>  |  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Á đông (Asian)<br><input type="checkbox"/> Da trắng (White)  | <input type="checkbox"/> Da đen/Mỹ phi châu (Black/African American) | <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương (Pacific Islander/Hawaiian)                   | <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Tây Ban Nha/Mỹ gốc Ấn độ/Mỹ gốc A-las-ka (Hispanic/American Indian/Alaskan)<br><input type="checkbox"/> Chủng tộc khác (Other): | <b>Sắc tộc (Ethnicity)</b><br><input type="checkbox"/> Tây Ban Nha (Hispanic)<br><input type="checkbox"/> Không phải Tây Ban Nha (Non-Hispanic) |
| Đứa trẻ hiện có IEP hoặc IFSP không? (Does the child have a current IEP or IFSP?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No) Nếu có, xin điền thêm các câu hỏi về sự tàn tật trên trang 7 (If yes, please also complete the Disabilities questions on page 7)                |  |  |   |   |
| Tôi muốn xin (I would like to apply for): <input type="checkbox"/> Lớp nguyên ngày* (Full Day*) <input type="checkbox"/> Lớp sáng (AM Session) <input type="checkbox"/> Lớp chiều (PM Session)<br><input type="checkbox"/> Lớp nào cũng được (No Preference)  |  |  |   |   |
| *Ghi chú: Để hội đủ điều kiện cho lớp nguyên ngày, cả hai phụ huynh phải làm việc nguyên thời gian (30+ tiếng/tuần hoặc đang đi học nguyên thời gian (12+ đơn vị)<br>(Note: To be eligible for full day both parents/guardians must be working full time (30+ hrs/wk or in school full time (12+ units) |  |  |   |   |
| Quý vị muốn nhận được giấy tờ bằng ngôn ngữ gì? (What language would you like to receive written materials in?)<br><input type="checkbox"/> Tây ban nha (Spanish) <input type="checkbox"/> Anh ngữ (English) <input type="checkbox"/> Việt Nam (Vietnamese)   |  |  |   |   |
| Chi tiết về gia đình (Family Information)   |  |  |   |   |
| Tên người chủ hộ gia đình (Head of Household's Name)  |  |  | Sự quan hệ với đứa trẻ (Relationship to Child)  |   |
| Tên họ người mẹ/Giám hộ (Mother/Guardian's Name)  |  | Ngày sinh (Birth Date)<br>/ /  | Tên họ người cha/Giám hộ (Father/Guardian's Name)   |   |
|   |  |  | Ngày sinh (Birth Date)<br>/ /   |   |
| Địa chỉ cư ngụ (Living Address)   |  |  | Thành phố/Zip (City/ Zip)   |   |
| Địa chỉ gửi thư (nếu khác) (Mailing Address (if different))   |  |  | Thành phố/Zip (City/ Zip)   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Gia đình hiện không có nơi cư ngụ (Family is Currently homeless)</b>  |  |  |   |   |
| Điện thoại nhà (Home Phone)<br><input type="checkbox"/> (Là số điện thoại chính (Primary phone))  |  | Điện thoại tay (Cell Phone)<br><input type="checkbox"/> (Là số điện thoại chính (Primary phone)) |   | Điện thoại sở (Work Phone)<br><input type="checkbox"/> Là số điện thoại chính (Primary phone)   |
| Địa chỉ Email của Người mẹ/Giám hộ (Mother/Guardian's Email Address)  |  | <input type="checkbox"/> E-mail chính (Primary)  | Địa chỉ Email của Người cha/Giám hộ (Father/Guardian's Email Address)   |   |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> E-mail chính (Primary)   |   |
| Phụ huynh/Giám hộ trong nhà (Parents/Guardians in the Home)<br><input type="checkbox"/> Một Phụ Huynh (One parent) <input type="checkbox"/> Hai Phụ Huynh (Two parent)  |  | Tên người có quyền pháp lý nuôi dưỡng (Name of Person Having Legal Custody of the Child)         |   | Đứa trẻ là con nuôi? (Is the child in foster care?)<br><input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                  |
| Đứa trẻ đang sống chung với người thân hay bạn bè vì sự tù tội hay vì bị bỏ bê? (Is the child living with a relative or friend due to incarceration or abandonment?) (ngoại trừ con nuôi (excluding foster children)) <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)           |  |  |   |   |
| Ngôn ngữ chính nói ở nhà (Primary Language Spoken at Home) <input type="checkbox"/> Anh Ngữ (English) <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha (Spanish) <input type="checkbox"/> Việt Nam (Vietnamese) <input type="checkbox"/><br>Ngôn ngữ khác (Other) _____   |  |  |   |   |
| Quý vị hay có thành viên trong gia đình nào sống và được quý vị trợ giúp nhận Phụ Cấp An Sinh (SSI) không? (Do you or a family member living with and supported by you receive Supplemental Security Income benefits (SSI)?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)      |  |  |   |   |
| Con em (xin nhập học) có anh chị em nào hiện có IEP hay IFSP không? (Does the child (applicant) have a sibling with a current IEP or IFSP?)<br><input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)  |  |  |   |   |

Laserfiche / Child's Binder Enrollment Section

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

**TIẾP TỤC (CONTINUED)** - Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình sống chung một hộ gia đình mà quý vị có trách nhiệm phải chăm sóc và bảo vệ: (List all other family members living in the household for whom you are responsible for the care and welfare of:)

| Tên (First Name) | Họ (Last Name) | Ngày sinh (Birth Date) | Người này có liên hệ với phụ huynh của đứa trẻ? (Is this person related to the child's parent(s)?) | Người này được trợ giúp bởi lợi tức của phụ huynh? (Is this person supported by the parent's income?) |
|------------------|----------------|------------------------|--|---|
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |
|                  |                | / /                    | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                            | <input type="checkbox"/> Phải (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)                               |

**Tổng cộng số người sống trong hộ gia đình (bao gồm quý vị) mà quý vị hỗ trợ về mặt tài chính.**  
**(Total number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support.)**

Các thành viên khác trong gia đình hay bạn bè mà chúng tôi có thể liên lạc trong trường hợp chúng tôi không thể liên lạc được với quý vị.  
 (Other family members or friends we can contact in case we are unable to reach you.)

|               |                    |                        |
|---------------|--------------------|------------------------|
| Tên họ (Name) | Điện thoại (Phone) | Quan hệ (Relationship) |
|               |                    |                        |
| Tên họ (Name) | Điện thoại (Phone) | Quan hệ (Relationship) |
|               |                    |                        |

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHO CHƯƠNG TRÌNH HEAD START/EARLY HEAD START  
(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

| <b>NGƯỜI ME/GIÁM HỘ (Mother/Guardian)</b>  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Tên (First Name)   |   | Họ (Last Name)                                  |  |
| Ngày sinh (Birth Date)<br>/ /  | Sống với con em (Lives with Child)<br>P (Y) K (N) | Giữ Con Hợp Pháp (Legal Custody)<br>P (Y) K (N) | Có lợi tức (Has Income)<br>P (Y) K (N) |
| Tình trạng hôn nhân (Marital Status)<br><input type="checkbox"/> Có chồng (Married) <input type="checkbox"/> Độc thân (Single) <input type="checkbox"/> Ly thân (Separated)<br><input type="checkbox"/> Ly dị (Divorced) <input type="checkbox"/> Góa chồng (Widowed)  |   |   |  |
| Quý vị có nhận tiền Trợ Cấp Con Cái không? (You receive Child Support?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)   Nếu có, bao nhiêu mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____  |   |   |  |
| Trình độ học vấn cao nhất (Highest Level of Education)<br><input type="checkbox"/> Chưa xong Đại Học hay Cao Đẳng (Some College or AA/AS)<br><input type="checkbox"/> Chưa xong Trung Học (Less than High School) <input type="checkbox"/> Có Bằng Cử Nhân hay cao hơn (Bachelor's or Advanced Degree)<br><input type="checkbox"/> Có bằng Trung Học hoặc Bằng tương đương (High School Grad or GED)   |   |   |  |
| Tình trạng việc làm (Employment Status):<br><input type="checkbox"/> Có việc làm (Employed) <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa (Seasonally Employed)<br><input type="checkbox"/> Thất nghiệp (Unemployed) <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu (Retired)<br><input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm (Seeking Employment) <input type="checkbox"/> Bị tàn tật (Disabled)<br><input type="checkbox"/> Mất khả năng làm việc (Incapacitated)<br>Ngày mất khả năng (Dates of Incapacity) Từ (From) _____ đến (To) _____ |   |   |  |
| Tên họ của chủ sở (Employer Name)  |   | Điện thoại của chủ sở (Employer Phone)          |  |
| Tên họ của chủ sở (Employer Name)  |   | Điện thoại của chủ sở (Employer Phone)          |  |
| Thời khóa biểu đi làm (tất cả các việc làm) (Work Schedule (Include all jobs))<br>Thứ Hai (Monday) _____ Thứ Năm (Thursday) _____<br>Thứ Ba (Tuesday) _____ Thứ Sáu (Friday) _____<br>Thứ Tư (Wednesday) _____ Thứ Bảy/Chủ nhật (Sat/Sun) _____<br>Tổng cộng số giờ mỗi tuần (Total Hours Per Week): _____   |   |   |  |
| Ngày trả lương là (Pay Days are)<br><input type="checkbox"/> Mỗi tuần (Weekly) <input type="checkbox"/> Mỗi 2 tuần (Every 2 Weeks)<br><input type="checkbox"/> 2 lần mỗi tháng (Twice Per Month) <input type="checkbox"/> Mỗi tháng (Monthly)  |   |   |  |
| Tổng số lợi tức (Gross Income) \$ _____  |   | Mỗi _____                                       |  |
| Quý vị có nhận trợ cấp CalWORKs (TANF) không? (You receive CalWORKs (TANF)?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)<br>Nếu có, số tiền mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____  |   |   |  |
| Quý vị có nguồn lợi tức nào khác nữa không? (Do you have any other sources of income?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)<br>Nếu có, số tiền mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____<br>Nêu rõ từ đâu: _____  |   |   |  |

| <b>NGƯỜI CHA/GIÁM HỘ (Father/Guardian)</b>   |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Tên (First Name)   |   | Họ (Last Name)                                  |  |
| Ngày sinh (Birth Date)<br>/ /  | Sống với con em (Lives with Child)<br>P (Y) K (N) | Giữ Con Hợp Pháp (Legal Custody)<br>P (Y) K (N) | Có lợi tức (Has Income)<br>P (Y) K (N) |
| Tình trạng hôn nhân (Marital Status)<br><input type="checkbox"/> Có chồng (Married) <input type="checkbox"/> Độc thân (Single) <input type="checkbox"/> Ly thân (Separated)<br><input type="checkbox"/> Ly dị (Divorced) <input type="checkbox"/> Góa vợ (Widowed)   |   |   |  |
| Quý vị có nhận tiền Trợ Cấp Con Cái không? (You receive Child Support?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)   Nếu có, bao nhiêu mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____  |   |   |  |
| Trình độ học vấn cao nhất (Highest Level of Education)<br><input type="checkbox"/> Chưa xong Đại Học hay Cao Đẳng (Some College or AA/AS)<br><input type="checkbox"/> Chưa xong Trung Học (Less than High School) <input type="checkbox"/> Có Bằng Cử Nhân hay cao hơn (Bachelor's or Advanced Degree)<br><input type="checkbox"/> Có bằng Trung Học hoặc Bằng tương đương (High School Grad or GED)   |   |   |  |
| Tình trạng việc làm (Employment Status):<br><input type="checkbox"/> Có việc làm (Employed) <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa (Seasonally Employed)<br><input type="checkbox"/> Thất nghiệp (Unemployed) <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu (Retired)<br><input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm (Seeking Employment) <input type="checkbox"/> Bị tàn tật (Disabled)<br><input type="checkbox"/> Mất khả năng làm việc (Incapacitated)<br>Ngày mất khả năng (Dates of Incapacity) Từ (From) _____ đến (To) _____ |   |   |  |
| Tên họ của chủ sở (Employer Name)  |   | Điện thoại của chủ sở (Employer Phone)          |  |
| Tên họ của chủ sở (Employer Name)  |   | Điện thoại của chủ sở (Employer Phone)          |  |
| Thời khóa biểu đi làm (tất cả các việc làm) (Work Schedule (Include all jobs))<br>Thứ Hai (Monday) _____ Thứ Năm (Thursday) _____<br>Thứ Ba (Tuesday) _____ Thứ Sáu (Friday) _____<br>Thứ Tư (Wednesday) _____ Thứ Bảy/Chủ nhật (Sat/Sun) _____<br>Tổng cộng số giờ mỗi tuần (Total Hours Per Week): _____   |   |   |  |
| Ngày trả lương là (Pay Days are)<br><input type="checkbox"/> Mỗi tuần (Weekly) <input type="checkbox"/> Mỗi 2 tuần (Every 2 Weeks)<br><input type="checkbox"/> 2 lần mỗi tháng (Twice Per Month) <input type="checkbox"/> Mỗi tháng (Monthly)  |   |   |  |
| Tổng số lợi tức (Gross Income) \$ _____  |   | Mỗi _____                                       |  |
| Quý vị có nhận trợ cấp CalWORKs (TANF) không? (You receive CalWORKs (TANF)?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)<br>Nếu có, số tiền mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____  |   |   |  |
| Quý vị có nguồn lợi tức nào khác nữa không? (Do you have any other sources of income?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)<br>Nếu có, số tiền mỗi tháng (If yes, amount per month) \$ _____<br>Nêu rõ từ đâu: _____  |   |   |  |

Laserfiche Only

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

| NGƯỜI MẸ/GIÁM HỘ (Mother/Guardian)   |                                  |
|--|----------------------------------|
| Quý vị có đi học hay đang huấn nghề không? (You in School or Training?)<br><input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No) |                                  |
| Tên trường (School Name)   | Điện thoại trường (School Phone) |
| Thời khóa biểu đi học hay huấn nghề (School or Training Schedule)  | Đơn vị (Units)                   |
| Thứ Hai (Monday) _____   | Thứ Năm (Thursday) _____         |
| Thứ Ba (Tuesday) _____   | Thứ Sáu (Friday) _____           |
| Thứ Tư (Wednesday) _____   | Thứ Bảy/Chủ Nhật (Sat/Sun) _____ |
| Tổng cộng số giờ mỗi tuần (chỉ ghi số giờ trong lớp)<br>{(Total Hours Per Week) (class time only)}   |                                  |
| Quý vị là nhân viên của SCCOE Head Start?<br>(Are you an employee of SCCOE Head Start?)  | Phải (Y)<br>Không (N)            |
| Quý vị có quan hệ gì với nhân viên SCCOE Head Start không?<br>(Are you related to an SCCOE Head Start employee?)                                 | Có (Y)<br>Không (N)              |

| NGƯỜI CHA/GIÁM HỘ (Father/Guardian)  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Quý vị có đi học hay đang huấn nghề không? (You in School or Training?)<br><input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No) |                                  |
| Tên trường (School Name)   | Điện thoại trường (School Phone) |
| Thời khóa biểu đi học hay huấn nghề (School or Training Schedule)  | Đơn vị (Units)                   |
| Thứ Hai (Monday) _____   | Thứ Năm (Thursday) _____         |
| Thứ Ba (Tuesday) _____   | Thứ Sáu (Friday) _____           |
| Thứ Tư (Wednesday) _____   | Thứ Bảy/Chủ Nhật (Sat/Sun) _____ |
| Tổng cộng số giờ mỗi tuần (chỉ ghi số giờ trong lớp)<br>{(Total Hours Per Week) (class time only)}   |                                  |
| Quý vị là nhân viên của SCCOE Head Start?<br>(Are you an employee of SCCOE Head Start?)  | Phải (Y)<br>Không (N)            |
| Quý vị có quan hệ gì với nhân viên SCCOE Head Start không?<br>(Are you related to an SCCOE Head Start employee?)                                 | Có (Y)<br>Không (N)              |

Tôi xin xác nhận rằng những chi tiết trên đơn xin nhập học này là sự thật và được hoàn tất với tất cả sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu khai báo chi tiết không đúng, đơn xin có thể bị bác bỏ hay bị loại bỏ khỏi dịch vụ giữ trẻ. Tôi sẽ báo cho cơ quan biết ngay nếu có sự thay đổi về mặt lợi tức, số người trong gia đình, nơi trú ngụ, việc làm, hoặc lý do cần dịch vụ giữ trẻ.

(I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, residence, employment, or reason for needing childcare services.)

Phụ huynh/Giám hộ ký tên (Parent / Guardian Signature): \_\_\_\_\_ Ngày (Date): \_\_\_\_\_

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHO CHƯƠNG TRÌNH HEAD START/EARLY HEAD START  
(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

**CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE VÀ BỆNH SỬ (HEALTH INFORMATION AND HISTORY)**

|  |                        |                   |                  |     |
|--|------------------------|-------------------|------------------|-----|
| Tên Họ Bác Sĩ (Doctor's Name) {(Y Khoa Gia Đình) (Medical Home)}   | Điện thoại (Phone) ( ) | Địa chỉ (Address) | Thành phố (City) | Zip |
| Tên Họ Nha Sĩ (Dentist's Name) {(Nha Khoa Gia Đình) (Dental Home)} | Điện thoại (Phone) ( ) | Địa chỉ (Address) | Thành phố (City) | Zip |

**Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Coverage):**  Medi-Cal/Medicaid  Chương trình (Healthy Families)  Chương trình (California Healthy Kids)  
 Bảo hiểm tư (Private)  Bảo hiểm khác (Other) \_\_\_\_\_

**Bảo Hiểm Nha Khoa (Dental Coverage):**  Medi-Cal/Medicaid  Chương trình (Healthy Families)  Chương trình (California Healthy Kids)  
 Bảo hiểm tư (Private)  Bảo hiểm khác (Other) \_\_\_\_\_

**Quý vị có tiếp nhận dịch vụ từ chương trình WIC (Are you receiving services from WIC):**  Có (Yes)  Không (Không)

**CHỨNG NGỪA (IMMUNIZATIONS)**

Trước khi con em được xếp vào danh sách của lớp học, một bản sao của tờ lịch ngừa mới nhất của con em phải được nhận bởi chương trình chiếu theo yêu cầu Chứng Ngừa của Tiểu Bang California. Tất cả các mũi chích phải được ghi lại ngày đã chích và được ký tên hay đóng dấu chứng nhận bởi y sĩ chăm sóc sức khỏe. Nếu con em quý vị chưa có hồ sơ chủng ngừa hoặc chưa chích tất cả các mũi ngừa cần thiết, hãy gọi cho bác sĩ thật sớm để có hồ sơ hay lấy hẹn để con em chích những mũi ngừa này.

(Before your child is placed on a class list, a copy of your child's current immunizations must be received by program according to the State of California Immunizations requirements. All immunizations must be recorded by showing a date given and signature or stamp verification by health care provider. If your child does not have an immunization record or has not received all required immunizations, call your health care provider, as soon as possible, to obtain a record or make an appointment for your child to receive these immunizations.)

**YÊU CẦU KHÁM SỨC KHỎE (KHÁM TỔNG QUÁT) {(REQUIRED HEALTH ASSESSMENT (PHYSICAL EXAM))}**

Con em bắt buộc phải được đánh giá sức khỏe (khám tổng quát) bởi bác sĩ. Cuộc khám tổng quát này phải gồm có khám Huyết cầu tố/Tế bào máu (Máu), Khám Thị giác và Thính giác, Chiều cao & Độ nặng, Thử lao phổi TB, Thuốc Lá, và khám Chất chì. Nếu quý vị không có bản sao tờ khám tổng quát mới nhất của con em, chương trình sẽ yêu cầu quý vị đem con em đi bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày đầu con em đi học để được khám. Tốt nhất là nên khám trước khi con em được xếp vào danh sách lớp học. (Xem tờ Báo Cáo Khám Sức Khỏe của Trẻ Em đính kèm).

{(A health assessment (physical examination) by a physician is required. This exam must include Hemoglobin/Hematocrit (blood work), Hearing and Vision Screenings, Height & Weight, TB Assessment and/or test if at risk, Tobacco, and Lead Test. If you do not have a copy of a current physical exam for your child, you will be asked to take your child to the doctor within 30 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Child Health Assessment form)}

Một bản sao tờ Khám Tổng Quát có được đính kèm theo đơn xin này không? (Is a copy of a current Physical Exam included with application?)  
 Có (Yes)  Không (No) Ngày con em được khám tổng quát lần cuối (Date of child's last physical exam) \_\_\_\_\_

**YÊU CẦU KHÁM NHA KHOA (CHỈ CHO TRẺ EM VƯỜN TRẺ Ở LỨA TUỔI TỪ 3-5) {(REQUIRED DENTAL EXAM FOR PRESCHOOL CHILDREN AGES 3-5 YEARS OLD ONLY)}**

Con em bắt buộc phải được khám nha khoa bởi nha sĩ. Nếu quý vị không có bản sao tờ khám nha khoa mới nhất của con em, chương trình sẽ yêu cầu quý vị đưa con em đi gặp nha sĩ trong vòng 90 ngày kể từ ngày đầu con em đi học để được khám. Tốt nhất là nên khám trước khi con em được xếp vào danh sách lớp học. (Xem tờ Báo Cáo Khám Nha Khoa của Trẻ Em đính kèm).

(A dental exam by a dentist is required. If you do not have a copy of a current dental exam for your child, you will be asked to take your child to the dentist within 90 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Dental Examination form).

Một bản sao tờ Khám Nha Khoa có được đính kèm theo đơn xin này không? (Is a copy of a current Dental Exam included with application?)  
 Có (Yes)  Không (No) Ngày con em được khám nha khoa lần cuối (Date of child's last dental visit) \_\_\_\_\_

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

**THUỐC (MEDICATIONS)**

**LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LOẠI THUỐC CÓ TOA VÀ KHÔNG-TOA, MÀ CON EM QUÝ VỊ UỐNG THƯỜNG XUYÊN (LIST ALL MEDICINES, PRESCRIPTIVE AND NON-PRESCRIPTIVE, THAT YOUR CHILD TAKES REGULARLY):**

*Con em quý vị sẽ không được cho thuốc uống tại trường nếu không có giấy báo của bác sĩ và tờ Kế Hoạch Sức Khỏe Lớp Học được soạn bởi phụ huynh và nhân viên chương trình. (Your child will not be given medication at school without a physician's note and a Classroom Health Plan written with the parent and program staff.)*

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>THỨC ĂN DỊ ỨNG VÀ ĐẶC BIỆT (ALLERGIES AND SPECIAL DIET)</b> | <b>KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)</b> |
|--|---------------------------------|

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC THỨ DỊ ỨNG (THỨC ĂN VÀ CÁC THỨ KHÁC) [(LIST ALL ALLERGIES (FOOD OR OTHER):</b> | <b>Có (Yes)</b>   |
|  | <b>Không (No)</b> |

**Liệt kê thức ăn đặc biệt thay đổi vì Ý Muốn thuộc Văn Hóa hay vì Lý Do Tôn Giáo hoặc Y khoa (Xin ghi rõ bao gồm những thức ăn nào) [(Special Diets to Accommodate for Cultural Preference or for Religious or medical Reasons (indicate what specific foods are included]):**

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Con em quý vị có từng được kê toa thuốc uống vì bị dị ứng không? (Has your child been prescribed medication for an allergic reaction?)</b> | <b>Có (Yes)</b>   |
|   | <b>Không (No)</b> |

Một Kế Hoạch Dinh Dưỡng Lớp Học sẽ được biên soạn với phụ huynh và nhân viên chương trình để đề cập tất cả thức ăn dị ứng và thức ăn đặc biệt. (A Classroom Nutrition Plan will be written with the parent and Head Start / Early Head Start staff to address all allergies and special diets.)

**CHI TIẾT VỀ DINH DƯỠNG (NUTRITION INFORMATION)**

**Con em quý vị có từng trải qua những triệu chứng nào dưới đây sau khi ăn không? (Does your child experience any of the following symptoms after eating):**  Có (Yes)  Không (No)  Tiêu chảy (Diarrhea)  Ngứa (Itching)  Ói mửa (Vomiting)  Khó nuốt (Difficulty Swallowing)

|   |                      |                           |                            |                         |   |
|---|----------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---|
| <b>Con em có ăn những thứ sau đây không? (Does your child eat any of the following?):</b> <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No) | Đất (Dirt)           | Đất sét (Clay)            | Mảnh sơn vụn (Paint Chips) | Nước đá cục (Ice Chips) | Đá đông lạnh trong tủ lạnh (Refrigerator Frost) |
| <b>[nếu có, xin khoanh tròn vào chữ thích hợp (If yes, circle those that apply)]</b>  | Bột bắp (Cornstarch) | Bột giặt (Laundry Starch) | Hồ dán (School Paste)      | Viết chì (Pencils)      |   |

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>NHU CẦU SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT/BỆNH KINH NIÊN (SPECIAL HEALTH NEEDS / CHRONIC ILLNESS)</b> | <b>KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)</b> |
|--|---------------------------------|

|  |                 |                   |
|--|-----------------|-------------------|
| Bệnh suyễn (Asthma)  | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Bệnh thiếu máu (Anemia)  | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Bệnh tiểu đường (Diabetes)   | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Bệnh giật kinh phong (Seizures)  | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Sơ cứu Khoa Nhi thiết yếu (Pediatric First Aid Needs):   | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Sự chăm sóc sức khỏe đặc biệt thiết yếu khác – xin giải thích (Other Special Health Needs-xin giải thích): | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |

**QUÁ TRÌNH SANH SẴN (BIRTH HISTORY)**

|   |                 |                   |  |
|---|-----------------|-------------------|--|
| Con em có bị sanh sớm không? (Premature?)                                       | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> | Trong khi ở bệnh viện, sức khoẻ của con em có bị biến chứng gì không? (While in the hospital, did your child experience any health complications?) |
| Con em có bị ảnh hưởng bởi khói thuốc không? (Was your child exposed to smoke?) | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |  |

**TAI VÀ MẮT (EARS AND EYES)**

|  |                 |                   |   |                 |                   |
|--|-----------------|-------------------|---|-----------------|-------------------|
| Có trở ngại khi nghe không? (Any trouble hearing?)   | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> | Có trở ngại về mắt không? (Any trouble with his/her eyes?)        | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
| Có dùng máy trợ thính không? (Use a hearing device?) | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> | Con em có đeo mắt kính không? (Has your child ever worn glasses?) | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |

**Nếu trả lời có với bất kỳ câu nào ở trên, xin giải thích (If yes, to any of the above, please explain):**

**QUÁ TRÌNH SỨC KHỎE CỦA GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)**

|   |   |
|---|---|
| Tình trạng sức khỏe của người mẹ (Mother's Health Status)<br><input type="checkbox"/> Tốt (Good) <input type="checkbox"/> Thường (Fair) <input type="checkbox"/> Kém (Poor)                       | Tình trạng sức khỏe của người cha (Father's Health Status):<br><input type="checkbox"/> Tốt (Good) <input type="checkbox"/> Thường (Fair) <input type="checkbox"/> Kém (Poor)                 |
| Trong khi mang thai người mẹ có uống rượu làm ảnh hưởng đến sự phát triển của con em không? (While pregnant did the mother drink alcoholic beverages that affected the development of the child?) | Trong khi mang thai người mẹ có dùng chất ma túy làm ảnh hưởng đến sự phát triển của con em không? (While pregnant did the mother take any drugs that affected the development of the child?) |
| <b>Có (Yes)</b>   | <b>Có (Yes)</b>   |
| <b>Không (No)</b>   | <b>Không (No)</b>   |

**Nếu trả lời có với bất kỳ câu nào ở trên, xin giải thích (If yes, to any of the above, please explain):**

|   |                 |                   |
|---|-----------------|-------------------|
| Con em quý vị có bị hít phải khói thuốc lá không? (Has your child been exposed to second hand smoke?) | <b>Có (Yes)</b> | <b>Không (No)</b> |
|---|-----------------|-------------------|

Tên họ con em (Child's Name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birth Date) \_\_\_\_\_

| PHÁT TRIỂN VỀ MẶT XÃ HỘI – TÌNH CẢM (SOCIAL – EMOTIONAL DEVELOPMENT)  |   |  |
|---|---|--|
| Con em quý vị có (Does your child have)   | Con em quý vị có (Does your child have) | KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)   |
| Trở ngại khi chơi chung với các trẻ em cùng lứa tuổi khác không? (Problems getting along with other children the same age?)   | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    | Tánh khí xung động không? <b>Có (Yes)</b> <b>Không (No)</b>  |
| Trở ngại khi chung đụng với các thành viên trong gia đình khác không? (Problems getting along with other family members?)   | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    | Mắc cỡ thái quá không? <b>Có (Yes)</b> <b>Không (No)</b>   |
| Trở ngại khi ngủ không? (Problems sleeping?)  | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    | Trở ngại khi rời xa cha mẹ/giám hộ không? (Problems separating from parent/guardian?) <b>Có (Yes)</b> <b>Không (No)</b>            |
| Thường giận dữ không? (Temper tantrums?)  | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    | Các mối quan ngại khác mà quý vị quan tâm về tánh tình của con em quý vị (Other concerns you may have about your child's behavior) |
| Sợ hãi thái quá? (Severe fears?)  | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    |  |
| Hiện có tiếp nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần không? (Currently receiving mental health services?)   | <b>Có (Yes)</b><br><b>Không (No)</b>    | <b>Nếu có, tên cơ quan (If yes, agency name)</b>   |
| TÀN TẬT (DISABILITIES)  |   | KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)   |
| Con em quý vị có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) với học khu tại địa phương cư trú hay với chương trình Ty Giáo Dục Hạt không? <b>Nếu có</b> , xin đính kèm bản sao của tờ IEP mới nhất. (Does your child have an Individual Education Plan (IEP) with your local school district of residence or County Office of Education program? <b>If yes</b> , please attach copy (ies) of the most recent IEP).   |   | <b>Có (Yes)</b> <b>Không (No)</b>  |
| Con em quý vị có Kế Hoạch Dịch Vụ Cá Nhân Gia Đình (IFSP) với một chương trình ngăn chặn sớm, trung tâm khu vực, Ty Giáo Dục Hạt, hay với học khu không? <b>Nếu có</b> , xin đính kèm bản sao của tờ IFSP mới nhất.. (Does your child have an Individual Family Service Plan (IFSP) with an early intervention program, regional center, County Office of Education, or school district? <b>If yes</b> , please attach copy (ies) of the most recent IFSP). |   | <b>Có (Yes)</b> <b>Không (No)</b>  |
| Các chi tiết bổ sung về sự tàn tật của con em quý vị hay các mối quan ngại nào khác về sự phát triển. Xin giải thích nếu đã trả lời có ở trên (Additional information about your child's disability or other developmental concerns. Please explain if yes circled above):  |   |  |

**PHỤ HUYNH CHẤP THUẬN CÁC DỊCH VỤ CỦA CHƯƠNG TRÌNH (PARENT CONSENT FOR PROGRAM SERVICES)**

Tôi hiểu rằng Head Start là một chương trình tổng hợp và sẽ cung cấp rất nhiều dịch vụ để trợ giúp con em và gia đình chúng tôi. Sự quan sát lớp học và khám nghiệm là thành phần của chương trình, để nhân viên có thể kế hoạch sự phát triển cá nhân cho con em chúng tôi. Tôi hiểu rằng nhân viên của chương trình sẽ cho tôi biết mỗi dịch vụ được hoàn tất và cung cấp, cho tôi, tất cả kết quả các thủ tục và dịch vụ mà con tôi nhận được. Tôi xin cho phép nhân viên Head Start thực hiện những điều sau đây với con tôi

(I understand that Head Start is a comprehensive program that will provide many services to support my child and family. Classroom observations and screenings are part of the program, which enable staff to plan for my child's individual development. I understand that the Head Start staff will keep me informed as each service is completed and provide, to me, the results of all procedures and services my child receives. I give permission for Head Start staff to complete the following with my child):

**Có (Yes)**       **Không (No)**

- Khám Nha khoa (Dental Screening)
- Khám Thị giác & Thính Giác (Vision & Hearing Screenings)
- Áp Huyết (Blood Pressure)
- Đo chiều cao & độ cân (Height & Weight)
- Đánh giá dinh dưỡng (Nutritional Assessment)

Phụ huynh/Giám hộ ký tên (Parent / Guardian Signature): \_\_\_\_\_ Ngày (Date): \_\_\_\_\_

**Authorization to Release Records**

COMPLETE AND RETURN THIS FORM

Giấy Ủy Quyền Công Bố Hồ Sơ  
HOÀN TẤT VÀ GỬI TRẢ LẠI

**Child's Name** \_\_\_\_\_ **Birth Date** \_\_\_\_\_  
Tên họ con em Ngày sanh

**Parent/Guardian's Name** \_\_\_\_\_  
Tên họ phụ huynh/giám ho

Tôi, qua giấy này, cho phép công bố các hồ sơ sau đây đến Chương Trình Head Start thuộc Bộ Dịch Vụ Vườn Trẻ của Ty Giáo Dục Hạt Santa Clara: (I hereby authorize the release of the following records to Santa Clara County Office of Education, Preschool Services Department Head Start Program:)

**Giấy khám tổng quát, hồ sơ chích ngừa (bao gồm Thử Lao TB), giấy khám nha khoa và kế hoạch chữa trị, tất cả mọi báo cáo thẩm định và chuẩn đoán liên quan đến sức khỏe và sự phát triển của con tôi, và Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) và/hoặc Kế Hoạch Phục Vụ Cá Nhân Gia Đình (IFSP) từ các học khu hay các cơ quan khác.**

[Physical examination, immunizations records (including a Tuberculosis Skin Test), dental examination and treatment plan, all assessment or diagnostic reports related to my child's health and development, and Individualized Educational Plan (IEP) and/or Individual Family Service Plan (IFSP) from school districts or other agencies.]

Tất cả mọi chi tiết công bố về con tôi sẽ thực hiện theo biện pháp bảo vệ được ghi trong điều khoản của Bộ Luật Điều Hành của Chính Phủ Liên Bang và Tiểu Bang: Đạo Luật Bảo Hiểm Sức Khỏe và Sự Tư Ẩn, (HIPAA), 2003; Đạo Luật Quyền Giáo Dục của Gia Đình và Sự Tư Ẩn, (FERPA), 2009; Đạo Luật Cải Thiện Giáo Dục cho Cá Nhân bị Tàn Tật, (IDEA), 2009; và Quy Chế Hành Sự của Head Start (1301, 1304, 1305, và 1308). [All release of information about my child will follow the procedural safeguards outlined in the provisions of Federal and State Administrative Codes: Health Insurance Portability and Private Act, (HIPAA), 2003; Family Educational Rights and Privacy Act, (FERPA), 2009; Individuals with Disabilities Education Improvement Act, (IDEA), 2009; and Head Start Performance Standards (1301, 1304, 1305, and 1308)].

Tôi hiểu rằng các chi tiết này hoàn toàn được bảo mật và sẽ được dùng để cung cấp các dịch vụ cần thiết và để báo cáo thống kê về kết quả khám nghiệm. Sự cho phép này sẽ được hiệu lực cho một năm kể từ ngày ký tên. (I understand this information is strictly confidential and will be used to provide necessary services and to permit statistical reporting on the results of screenings. This authorization shall be valid for one year from date it is signed).

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian's Signature)**  
Phụ huynh/Giám hộ ký tên

\_\_\_\_\_  
**Date**  
Ngày

**Authorization to Share Records**  
**COMPLETE AND RETURN THIS FORM**

**Giấy Cho Phép Cho Biết Hồ Sơ**  
**XIN HOÀN TẤT VÀ GỬI LẠI GIẤY NÀY**

**Child's Name** \_\_\_\_\_  
Tên họ con em

**Birth Date** \_\_\_\_\_  
Ngày sanh

**Parent/Guardian's Name** \_\_\_\_\_  
Tên họ phụ huynh/giám ho

Ty Giáo Dục Hạt Santa Clara, Chương Trình Head Start/Early Head Start đã hợp tác với các cơ quan giữ trẻ khác để có thể cung cấp các dịch vụ giữ trẻ và dịch vụ gia đình có chất lượng cho một số lớn trẻ em và gia đình. Nếu quý vị cho phép chúng tôi cho các cơ quan hợp tác biết các chi tiết trên đơn xin nhập học và các chi tiết thích hợp thì sẽ giúp chúng tôi tìm được được chỗ học cho con em quý vị sớm hơn. Trẻ em và gia đình được phục vụ bởi các cơ quan hợp tác giữ trẻ đều có được tất cả các quyền lợi học tập với chất lượng cao của Head Start hay Early Head Start như đã có trong các lớp học do chúng tôi trực tiếp điều hành.

Nếu quý vị cho phép sự công bố này quý vị có thể sẽ được liên lạc bởi một cơ quan hợp tác giữ trẻ của chúng tôi về cơ hội gia nhập vào chương trình của họ.

**Các Cơ Quan Hợp Tác Giữ Trẻ của Chương Trình Head Start/Early Head Start SCCOE:**

- East Side Union High School District Child Development Program (Early Head Start)
- Kidango, Inc.
- Mountain View Whisman School District
- Parkway Child Development Programs
- SJB Child Development Center

Tất cả mọi chi tiết công bố sẽ được thực hiện theo biện pháp bảo vệ được ghi trong điều khoản của Bộ Luật Điều Hành của Chính Phủ Liên Bang và Tiểu Bang: Đạo Luật Bảo Hiểm Sức Khỏe và Sự Tư Ẩn, (HIPAA), 2003; Đạo Luật Quyền Giáo Dục của Gia Đình và Sự Tư Ẩn, (FERPA), 2009; Đạo Luật Cải Thiện Giáo Dục cho Cá Nhân bị Tàn Tật, (IDEA), 2009; và Quy Chế Hành Sự của Head Start (1301, 1304, 1305, và 1308).

- Vâng, tôi cho phép công bố đơn xin nhập học và gửi các chi tiết thích hợp của con tôi đến các cơ quan hợp tác giữ trẻ để thúc tiến sự nhập học của con tôi vào một chương trình vườn trẻ.
- Không, tôi Không cho phép công bố đơn xin nhập học và gửi các chi tiết thích hợp của con tôi đến các cơ quan hợp tác giữ trẻ.

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian's Signature**  
Phụ huynh/Giám hộ ký tên

\_\_\_\_\_  
**Date**  
Ngày

**Dental Examination**

Child's Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Center Name \_\_\_\_\_ Enrollment Date \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN / LỜI CHO PHÉP QUẢNG BÁ CHI TIẾT**

I authorize release of dental information contained in this report to the Head Start Program  
Yo autorizo a que la información dental que aparece en este reporte sea revelada al Programa Head Start  
Tôi cho phép quảng bá các chi tiết y khoa ở trên bản báo cáo này đến Chương Trình Head Start.

Parent/Guardian's Signature / Firma Del Padre-Tutor / Phụ Huynh Hoặc Giám Hộ Ký Tên \_\_\_\_\_

Date / Fecha / Ngày \_\_\_\_\_

Dear Dental Provider:

Please fill out this form completely, sign, and return to the child's parent/guardian listed above. If the child requires more than a routine check-up, we will require information when the initial examination is done and when treatment has been completed\*. **Please note: when routine care is provided by a hygienist, Head Start guidelines require a dentist signature to ensure that care has been provided.**

Date of most recent dental examination \_\_\_\_\_

- Child received prophylaxis, OHI and fluoride application
- Child had x-rays taken
- Was child prescribed fluoride  Yes  No
- Decay  Yes  No
- Is treatment required at this time?  Yes  No
- Class I Prevention (sealant/fluoride/prophylaxis)
- Class II Moderate dental problems (cavities into dentin – less than 3 teeth)
- Class III Severe dental problems (more than 3teeth have cavities, cavities involving the pulp)
- Class IV Emergency dental treatment required (abscess/pain/rampant decay)

**Results**

Dentist's office stamp/name, phone number, and address (required) \_\_\_\_\_

Dentist's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\*COMPLETE THIS SECTION ONLY IF TREATMENT OTHER THAN PREVENTATIVE CARE IS REQUIRED.**

**Summary of Treatment**

- Treatment completed  Yes  No Date \_\_\_\_\_
- Pulpal treatment
- Recall appointment date \_\_\_\_\_
- Extraction of non-restorable teeth  Space maintainers
- Restoration of decayed teeth (fillings /crowns)
- Referred to specialist (Dentist name & specialty) \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

Dentist's Signature (\*\*treatment required ) \_\_\_\_\_

**Các Nhà Khám Nha Khoa CHDP**  
CHDP DENTAL PROVIDERS

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Cyrus M. Akhbari</b><br/><b>Pediatric Dentistry</b><br/>1201 Park Avenue, Suite 2<br/>San Jose, CA 95126<br/>(408) 971-9990<br/>Spanish/Farsi/Vietnamese</p> | <p><b>Children's Dental Center</b><br/>1153 South King Road<br/>San Jose, CA 95122<br/>(408) 240-0250<br/>Spanish/Vietnamese</p>  | <p><b>Indian Health Center Dental Department</b><br/>1333 Meridian Avenue<br/>San Jose, CA 95125<br/>(408) 445-3400 ext. 230 or 280<br/>Spanish<br/>Saturdays by appointment only</p> |
| <p><b>Comprecare Dental</b><br/>3030 Alum Rock Avenue<br/>San Jose, CA 95127<br/>(408) 254-5185<br/>Spanish/Vietnamese<br/>Open Monday through Saturday</p>        | <p><b>Dental Image</b><br/><b>Adrienne N. Lan Van</b><br/>2114 Senter Road, Suite 14<br/>San Jose, CA 95112<br/>(408) 298-8187<br/>Spanish/Vietnamese</p>                   | <p><b>Daisy G. Ison</b><br/>2340 McKee Road, Suite 22<br/>San Jose, CA 95116<br/>(408) 272-8855<br/>Spanish/Tagalog</p>   |
| <p><b>Evergreen Dental Group</b><br/>3162 Newberry Avenue<br/>San Jose, CA 95118<br/>(408) 274-9600<br/>Spanish</p>  | <p><b>Tully Dental Center</b><br/>500 Tully Road<br/>San Jose, CA 95111<br/>(408) 808-6102<br/>Spanish</p>  | <p><b>Duong Chi Nguyen</b><br/>88 Tully Road, Suite 109<br/>San Jose, CA 95111<br/>(408) 298-1221<br/>Vietnamese</p>  |
| <p><b>Jackson Family Dental</b><br/>2324 Montpelier, Suite 3<br/>San Jose, CA 95116<br/>(408) 937-5950<br/>Spanish/Farsi</p>                                       | <p><b>Devinder S. Shoker</b><br/>1295 South Park Victoria Drive<br/>Milpitas, CA 95035<br/>(408) 945-0411<br/>Spanish/Vietnamese/Hindi/Tagalog</p>                          | <p><b>Lawrence Tottori</b><br/>2180 Story Road, Suite 101<br/>San Jose, CA 95122<br/>(408) 259-7772<br/>Spanish/Korean</p>  |
| <p><b>Lucky Dental</b><br/>2003 Story Road, Suite 800<br/>San Jose, CA 95122<br/>(408) 928-6000<br/>Spanish/Chinese</p>  | <p><b>San Jose Dental Surgery Center</b><br/><b>Children's Dental Clinic</b><br/>1998 Alum Rock Avenue<br/>San Jose, CA 95116<br/>(408) 240-9000<br/>Spanish/Vietnamese</p> | <p><b>Maria Villar</b><br/><b>Willow Dental Health Center</b><br/>283 Willow Street<br/>San Jose, CA 95110<br/>(408) 298-6411<br/>Spanish</p>   |
| <p><b>Son A. Tran</b><br/>260 Aborn Road, Suite 150<br/>San Jose, CA 95121<br/>(408) 239-0816<br/>Vietnamese</p>   | <p><b>Asadi H</b><br/>3535 Ross Avenue, Suite 105<br/>San Jose, CA 95124<br/>(408) 267-5600<br/>Spanish/Farsi</p>   | <p><b>Western Dental Center</b><br/>Accepts all types of Medical and children as young as 1 year old<br/>Call to make an appointment at<br/>1(800) 466-5555 ext 3304<br/>Spanish</p>  |
| <p><b>City Dental Center</b><br/>7671 Monterey Road, Suite C<br/>Gilroy, CA 95020<br/>(408) 842-5000<br/>Spanish/Farsi</p>   | <p><b>South Valley Dental Clinic</b><br/>7475 Camino Arroyo Circle<br/>Gilroy, CA 95020<br/>(888) 334-1000<br/>Spanish</p>  | <p><b>South County Dental Center</b><br/><b>Gardner Health</b><br/>7526 Monterey Street<br/>Gilroy, CA 95050<br/>(408) 846-6473<br/>Spanish<br/>Open Monday through Saturday</p>      |
| <p><b>Virginia Cavero, DSS</b><br/>345 5<sup>th</sup> Street, Suite 2<br/>Hollister, CA 95023<br/>(831) 636-6510</p>   | <p><b>Santa Ana Dental</b><br/>4 East Street<br/>Hollister, CA 95023-4004<br/>(831) 634-0411</p>  | <p><b>Terry Slaughter, DDS</b><br/>901 Sunset Drive, Suite 5<br/>Hollister, CA 95023<br/>(831) 636-8484</p>   |

**YOUR CHILD COULD BE ELIGIBLE FOR FREE DENTAL EXAM.**

**Call the numbers below for information on free or low cost children's health insurance programs:**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>Children's Health Initiative</b>                     | <b>1 (888) 244-5222</b> |
| <b>Child Health &amp; Disability Prevention Program</b> | <b>(408) 494-7410</b>   |
| <b>Medi-Cal Eligibility</b>                             | <b>(408) 271-5600</b>   |
| <b>Santa Clara Family Health Foundation</b>             | <b>1 (877) 680-4555</b> |

**CHILD HEALTH ASSESSMENT REPORT – CONFIDENTIAL**

**Medi-Cal / CHDP / Medical Providers:**

Please complete Confidential Screening and return to parent/guardian in the Head Start / Early Head Start Program.

|                    |            |         |               |            |     |      |
|--------------------|------------|---------|---------------|------------|-----|------|
| Child's Last Name: | First name | Initial | Sex<br>M    F | Birth Date |     |      |
|                    |            |         |               | Month      | Day | Year |

**SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN / LỜI CHO PHÉP QUẢNG BÁ CHI TIẾT**  
I authorize release of medical information contained in this report to the Head Start Program / Yo autorizo a que la información médica que aparece en este informe sea revelada al Programa Head Start / Tôi cho phép quảng bá các chi tiết y khoa ở trên bản báo cáo này đến Chương Trình Head Start.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE O TUTOR / PHỤ HUYNH HOẶC GIÁM HỘ KÝ TÊN \_\_\_\_\_ DATE / FECHA / NGÀY \_\_\_\_\_

**HEALTH CARE PROVIDER MUST COMPLETE ALL ITEMS BELOW**

The Santa Clara County Office of Education administers a Head Start Program which is federally funded. Federal regulations require that a health professional make a determination as to whether a child is up to date on a schedule of age appropriate health assessments and screenings.

| Date of Service   | Month | Day                                | Year  | Child's Age  | Years                              | Months   | Allergies |   |  |   |  |                                |  |  |
|---|-------|------------------------------------|---|--|------------------------------------|--|-----------|---|--|---|--|--------------------------------|--|--|
| <b>Height / Length Required</b><br>(Inches)   |       | <b>Weight Required</b><br>(Pounds) |   | <b>BMI Percentile</b><br>(2, 3, 4, 5 yrs. old only)                                |                                    | <b>Blood Pressure</b><br>(3, 4, 5 yrs. old only)<br><br>/<br><br>BP Elevated _____ |           | <b>Vision Chart Exam</b><br>OD _____<br>OS _____<br>OU _____<br><br>Corrected / Uncorrected   |  | <b>Head Circumference</b><br><br>(Inches) _____ |  |                                |  |  |
| <b>Please indicate outcome for each screening procedure</b><br>(Refer to Periodicity Schedule on reverse of form) |       |                                    |   | No Problem Suspected<br>✓  |                                    | Problem Suspected<br>✓   |           | <b>Comments / Problems</b><br>If a problem is diagnosed on this visit, please enter diagnosis, treatment plan, and special care instructions or restrictions this area. |  |   |  |                                |  |  |
| <b>History and Physical Exam</b>  |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Dental Assessment / Referral</b>   |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Nutrition Assessment</b>   |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Develop / Behavioral Surveillance</b>  |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Anticipatory Guidance</b>  |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Psychosocial Assessment</b>  |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Tobacco Assessment</b>   |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Hemoglobin or Hematocrit</b><br>Starting at 9-12 months, then annually at 2, 3, 4, and 5 yrs. old              |       |                                    | <b>Hgb Values</b><br>Date   |  |                                    | <b>Hct Values</b><br>Date  |           |   | <b>If tests were not done, please explain why?</b> |   |  |                                |  |  |
| <b>Blood Lead Level (BLL)</b><br>required at 12 and 24 months;<br>Test at 24-72 months, if not tested previously  |       |                                    | <b>BLL Value</b><br>Date  |  |                                    | <b>Need status of BLL Value</b>  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Blood Lead Risk Assessment / Anticipatory Guidance</b> (Must be checked)              |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>0 – 35 months old – Sensory Screening Hearing Clinical Assessment</b>                 |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>0 – 35 months old – Sensory Screening Vision Clinical Observation</b>                 |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>3 – 5 yrs. old – Hearing Screening</b>  |       |                                    | <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Unable/Uncooperative |  | <input type="checkbox"/> Re-Screen |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>3 – 5 yrs. old – Vision Screening</b>   |       |                                    | <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Unable/Uncooperative |  | <input type="checkbox"/> Re-Screen |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Tuberculin Verbal Risk Assessment</b><br>Required 0-60 months  |       |                                    |   | <input type="checkbox"/> <b>Verbal Risk Assessment Completed</b> (Must be checked) |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Is child at risk?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                 |       |                                    |   | <b>Complete this section only if TB Test is Required</b>                           |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>If yes, is TB Test Required?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                      |       |                                    |   | <b>Date Given</b> _____  |                                    | <b>Date Read</b> _____   |           | <b>Results in millimeters</b> _____   |  |   |  | <b>Date X-Rays Taken</b> _____ |  |  |
|   |       |                                    |   |  |                                    | <input type="checkbox"/> <b>Negative</b> <input type="checkbox"/> <b>Positive</b>  |           | <b>X-Rays Results</b> _____   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Child's Needs Immunizations</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                       |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Immunizations given today</b>  |       | Polio (OPV or IPV) _____           |   | DTP _____  |                                    | MMR _____  |           | HIB _____   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Date</b> _____   |       | Hepatitis B _____                  |   | Varicella _____  |                                    | PCV _____  |           | Other _____   |  |   |  |                                |  |  |
| <b>Provider of Service</b> (Please include name, address, and telephone number)                                   |       |                                    |   |  |                                    | <b>Referred to</b>   |           |   | <b>Telephone Number</b>                            |   |  |                                |  |  |
| <b>Provider's Signature</b>   |       |                                    |   |  |                                    |  |           |   | <b>Date</b>  |   |  |                                |  |  |

## HEAD START / EARLY HEAD START PERIODICITY SCREENING GUIDELINES

Note: These guidelines follow the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Child Health and Disabilities Prevention (CHDP) Programs

### PERIODICITY SCHEDULE FOR HEALTH ASSESSMENT REQUIREMENTS BY AGE GROUPS

| Screening Requirements                    | Age of Person Being Screened  |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
|---|---|----------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|----------|
|   | Under 1 mo.   | 1-2 Mos. | 4 Mos. | 6 Mos. | 9 Mos. | 12 Mos. | 15 Mos. | 18 Mos. | 2 yrs. | 3 yrs. | 4-5 yrs. |
| Interval Until Next Exam                  | 1 mo.   | 2 mos.   | 2 mos. | 2 mos. | 3 mos. | 3 mos.  | 3 mos.  | 6 mos.  | 1 yr.  | 1 yr.  | 2 yrs.   |
| <b>History &amp; Physical Examination</b> | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Dental Assessment                         | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Nutritional Assessment                    | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Developmental / Behavioral                | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Psychosocial Assessment                   | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Tobacco Assessment                        | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| <b>Measurements</b>                       |   |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Head Circumference                        | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       |        |        |          |
| Height / Length and Weight                | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| BMI Percentile                            |   |          |        |        |        |         |         |         | •      | •      | •        |
| Blood Pressure                            |   |          |        |        |        |         |         |         |        | •      | •        |
| <b>Sensory Screening</b>                  |   |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Visual Acuity Test (Snellen) <sup>2</sup> |   |          |        |        |        |         |         |         |        | •      | •        |
| Clinical Observation                      | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Audiometric <sup>2</sup>                  |   |          |        |        |        |         |         |         |        | •      | •        |
| Non-Audiometric                           | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| <b>Procedures / Tests</b>                 |   |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Tuberculin Test if at Risk                |   |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| TB Exposure Risk Assessment               |   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Hematocrit or Hemoglobin                  |   |          |        | *      | →      |         | *       | *       | •      | •      | •        |
| Blood Lead Risk Assessment                |   |          |        | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| Blood Lead Test                           |   |          |        |        |        | •       |         |         | •      | X      | →        |
| Anticipatory Guidance                     | •   | •        | •      | •      | •      | •       | •       | •       | •      | •      | •        |
| <b>Other Laboratory Tests</b>             |   |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Urine Dipstick or Urinalysis              | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| VDRL, RPR, or ART                         | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Gonorrhea Test                            | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Chlamydia Test                            | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Papanicolaou (Pap) Smear                  | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Sickle Cell                               | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| Ova and Parasites                         | To be done when health history and/or physical examination warrants |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |
| <b>Immunizations</b>                      | <b>Administer as necessary to make status current</b>               |          |        |        |        |         |         |         |        |        |          |

Note: Children coming under care who have not received all the recommended procedures for an earlier age should be brought up-to-date as appropriate.

1. Snellen testing and Audiometric testing should start at age 3 if possible. Clinical observation and non-audiometric testing may be substituted if child is uncooperative.

**Các Cơ Sở Y Tế Nhi Đồng**  
**Pediatric Primary Care Providers**

**Santa Clara Valley Health and Hospital System**

Call Valley Connection at 1 (888) 334-1000 to make an appointment at one of the following health centers:

**Valley Health Center Bascom**

750 South Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128

**Valley Health Center Tully**

500 Tully Road  
San Jose, CA 95111

**Valley Health Center East Valley**

1993 McKee Road  
San Jose, CA 95116

**Valley Health Center Silver Creek**

1620 East Capitol Expressway  
San Jose, CA 95121

**Valley Health Center Fair Oaks**

660 South Fair Oaks Avenue  
Sunnyvale, CA 94086

**Valley Health Center Gilroy**

7475 Camino Arroyo Circle  
Gilroy, CA 95020  
(888) 334-1000

**Community Clinics / Health Centers:**

**Franklin-McKinley Neighborhood Clinic**

645 Wool Creek Drive  
San Jose, CA 95112  
(408) 283-6051

**Gilroy Neighborhood Health Clinic**

7861 Murray Avenue  
Gilroy, CA 95020  
(408) 842-1017

**San Jose High Neighborhood Clinic**

1149 East Julian Street, Building H  
San Jose, CA 95116  
(408) 535-6001

**Indian Health Center**

1333 Meridian Avenue  
San Jose, CA 95125  
(408) 445-3400

**San Jose Foothill Family Community Clinic**

2880 Story Road  
San Jose, CA 95127  
(408) 729-4282

**Washington Neighborhood Health Clinic**

100 Oak Street  
San Jose, CA 95110  
(408) 295-0980

**Gardner Family Health Network:**

**CompreCare Health Center**

3030 Alum Rock Avenue  
San Jose, CA 95127  
(408) 259-8400

**Gardner Health Center**

195 East Virginia Street  
San Jose, CA 95112  
(408) 918-5500

**St. James Health Center**

55 East Julian Street  
San Jose, CA 95112  
(408) 918-2600

**Gardner South County Health Center**

7526 Monterey Street  
Gilroy, CA 95020  
(408) 848-9400

**Mayview Community Health Centers:**

**Columbia Neighborhood Center**

785 Morse Avenue  
Sunnyvale, CA 94085  
(408) 523-8150

**Mayview Community Health Center at Mountain View**

100 North Moffett Blvd., Suite 101  
Mt. View, CA 94043  
(650) 965-3323

**Planned Parenthood:**

**Planned Parenthood, Blossom Hill**

5440 Thornwood Drive, Suite G  
San Jose, CA 95123  
(408) 281-9777

**Planned Parenthood, San Jose**

1691 The Alameda  
San Jose, CA 95126  
(408) 287-7526

**Mar Monte Community Clinic**

2470 Alvin Avenue, Suite 80  
San Jose, CA 95121  
(408) 274-7100

**Planned Parenthood, Sunnyvale**

604 East Evelyn Avenue  
Sunnyvale, CA 94086  
(408) 739-5151

**Planned Parenthood, Mt View**

225 San Antonio Road  
Mt. View, CA 94040  
(650) 948-0807

**South County**

**Hazel Hawkins Community Health Clinic**

930 Sunset Drive, Building 3  
Hollister, CA 95023  
(831) 636-2664

**Office hours**

Mon - Fri – 8:00 am – 8:00 pm  
Saturday - 8:15 am – 5:00 pm  
Sunday – 8:15 am – 12:00 noon

***YOUR CHILD COULD BE ELIGIBLE FOR A FREE HEALTH EXAM***

**Call the numbers below for information on free or low cost children's health insurance programs:**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>Children's Health Initiative</b>                     | <b>1 (888) 244-5222</b> |
| <b>Child Health &amp; Disability Prevention Program</b> | <b>(408) 494-7410</b>   |
| <b>Medi-Cal Eligibility</b>                             | <b>(408) 271-5600</b>   |
| <b>Santa Clara Family Health Foundation</b>             | <b>1 (877) 680-4555</b> |