



Chi Tiết về Học Sinh Mới

Office of Shared Accountability, Records Unit
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 560-24
Tháng 2, 2019

HƯỚNG DẪN: Đơn này phải do phụ huynh/giám hộ điền. Cho tất cả các học sinh mới hay trở lại học với MCPS, giấy tờ chứng minh những điều sau đây phải được trình vào lúc ghi danh xin học: Cư Trú tại Quận Montgomery, tuổi và các chủng ngừa, trừ khi là vô gia cư.

CHI TIẾT VỀ HỌC SINH

Phải phù hợp giấy khai sanh hay các giấy chứng về ngày sanh khác

Họ Hợp Lệ _____ Tên Hợp Lệ _____ Tên Lót Hợp Lệ _____

Tên theo Ý Thích Học Sinh _____

Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc) _____ Ngày Sinh ____/____/____ Nam Nữ

Tên Trường Học _____ MCPS ID# _____ Cấp Lớp Học _____

MARYLAND HOME LANGUAGE SURVEY (Phỏng Vấn Về Ngôn Ngữ Tại Nhà Maryland)

Theo điều kiện liên bang và tiểu bang, Bản Phỏng Vấn Ngôn Ngữ Tại Nhà sẽ được phát cho tất cả các học sinh và **chỉ được dùng để xác định nếu em học sinh có cần các trợ giúp về Anh ngữ** và sẽ không được dùng cho các vấn đề di trú hay báo cáo với cơ quan thẩm quyền di dân.

Nếu một ngôn ngữ ngoài Anh ngữ được chỉ định trên hai cho ba câu hỏi dưới đây, em học sinh sẽ được thẩm định cho các dịch vụ hỗ trợ Anh ngữ. Tiêu chuẩn phụ trội để thẩm định có thể được suy xét lại.

Em học sinh nói **ngôn ngữ** nào khi em mới bắt đầu tập nói? _____

Ngôn ngữ nào mà em **học sinh** dùng thường xuyên nhất để nói chuyện hay giao thiệp? _____

Gia đình nói ngôn ngữ nào tại nhà? _____

GIẤY TỜ CHỨNG MINH TUỔI—(giấy khai sanh) Cho biết quý vị cung cấp tài liệu nào

Giấy Khai Sanh Giấy Thông Hành/Visa Giấy Chứng Nhận của Bác Sĩ Chứng Chỉ Rửa Tội hay Nhà Thờ Giấy Chứng Nhận của Bệnh Viện

Bản Khai của Phụ Huynh Giấy Ghi Danh Khai Sanh Giấy Kiểm Tra Hợp Pháp hay Thị Thực Khác. (Xin ghi rõ) _____

CƯ TRÚ

Số Nhà Tên Đường _____ Thành Phố _____

Tiểu Bang _____ Zip _____ Địa Chỉ E-mail _____

Số Điện Thoại Nhà hay Điện Thoại Cầm Tay _____ - _____ - _____

Hoàn cảnh (nếu có)

Em Nhỏ Vô Gia Cư/Em Trẻ Vô Gia Đình (hoàn tất MCPS Form 335-77, Homeless Status)

Informal Kinship Care (Họ Hàng Chăm Sóc Không Chính Thức) (hoàn tất MCPS Form 334-17, Affidavit: Các Trẻ Em Được Họ Hàng Chăm Sóc Không Chính Thức)

Maryland State Supervised Care- Nơi Chăm Sóc Trẻ Em Dưới Sự Giám Sát Tiểu Bang Maryland (hoàn tất Đơn MCPS 560-35, Enrollment of Child in Maryland State-Supervised Care and Transfer of Educational Records - Ghi Danh cho Em Trẻ trong Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Dưới Sự Giám Sát Tiểu Bang Maryland và Chuyển Hồ Sơ Học Vấn)

Giấy Tờ Chứng Minh Nơi Cư Trú—MCPS Regulation JEA-RB, Enrollment of Students, cần một bản sao của một trong các điều sau đây trừ khi vô gia cư:

Giấy thuê nhà hiện thời Hợp đồng thuê nhà Nếu thời hạn thuê chính hết hạn, một bản sao hợp đồng thuê và hóa đơn tiện ích hiện tại

Shared Housing Disclosure Form (Đơn thuê nhà chung và/hay sống chung nhà với người khác) (MCPS Form 335-74)

NGÔN NGỮ ĐỂ LIÊN LẠC QUA THƠ TỬ

Tiếng Amharic Tiếng Hoa Tiếng Anh Tiếng Pháp Tiếng Hàn Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt

DỊCH VỤ NHẬP CƯ VÀ MIỄN TRỪ MỘT SỐ CÁC BÀI THI

Với mục đích xác định việc đủ điều kiện cho các dịch vụ cho những người mới nhập cư và/hay miễn thi một số các bài thi, yêu cầu cung cấp thông tin dưới đây:

Em học sinh có sanh ngoài nước Mỹ không? Có Không **Nếu có:** Em học sinh đã học tại các trường học K-12 tại Hoa kỳ trong bao nhiêu tháng rồi?

Ngày em học sinh vào học tại **các trường K-12 tại Hoa kỳ lần đầu tiên** ____/____/____

CHUNG NGỪA

Giấy Tờ Chứng Nhận Có Chích Ngừa Đầy Đủ—MCPS Regulation JEA-RB: Enrollment of Students, đòi hỏi một bản sao của một trong các điều sau đây:

Maryland Department of Health Immunization Certificate 896

Giấy xác nhận của văn phòng bác sĩ in từ máy điện toán Khác _____

SẮC TỘC

1. **CHỈ ĐỊNH SẮC TỘC.** Xin hãy đọc định nghĩa dưới đây và đánh dấu vào khung nào chỉ định sắc tộc của học sinh.

Học sinh này có là người Hispanic hay Latino không? (Chọn một câu trả lời.) Có Không

Những người thuộc văn hóa hay có gốc gác Cuba, Mexico, Puerto Rico, Nam hay Trung Mỹ, hoặc văn hóa hay gốc gác Tây Ban Nha khác, bất kể chủng tộc, đều được coi là Hispanic hay Latino.

2. **CHỈ ĐỊNH CHUNG TỘC.** Xin đánh dấu vào những khung nào chỉ định chung tộc của học sinh. **Quý vị phải chọn ít nhất một chung tộc, bất kể chỉ định sắc tộc nào. Có thể chọn nhiều hơn một câu trả lời. Xin hãy chỉ định chung tộc của học sinh này.** (Xin chọn tất cả những điểm thích hợp.)

Người Mỹ Bản Địa hay Thổ Dân Alaska Á Đông Da Đen hay Mỹ Gốc Phi Thổ Dân Hawaii hay Các Đảo Thái Bình Dương Khác Da Trắng

KINH NGHIỆM HỌC VẤN TRƯỚC ĐÂYEm học sinh có học tại các Trường Công Lập Quận Montgomery trước đây không? Có Không**Nếu Có:** Tên của trường Montgomery County Public School học lần cuối _____

Những ngày đi học từ ____/____/____ đến ____/____/____ Cấp Lớp Cuối ____

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA TRƯỜNG HỌC CUỐI CÙNGNgày ngưng đi học ____/____/____ Cấp Lớp Cuối ____ Trường Công Lập Trường Tư**NGƯỜI LỚN CÓ TRÁCH NHIỆM VỚI EM HỌC SINH***

Tên của người có trách nhiệm với em học sinh sống tại địa chỉ hiện tại: _____

Sự Liên Hệ: Mẹ Cha Giám hộ Khác _____

Chủ nhân _____

Điện thoại #1 ____-____-____ Điện thoại #2 ____-____-____

Điện thoại #3 ____-____-____

Tên của người có trách nhiệm với em học sinh sống tại địa chỉ hiện tại: _____

Sự Liên Hệ: Mẹ Cha Giám hộ Khác _____

Chủ nhân _____

Điện thoại #1 ____-____-____ Điện thoại #2 ____-____-____

Điện thoại #3 ____-____-____

Tên phụ huynh/giám hộ (nếu khác tên người lớn có trách nhiệm ghi trên:)**Sự Liên Hệ** Mẹ Cha Giám hộ Khác _____

Địa chỉ _____

Điện thoại ____-____-____

Tên phụ huynh/giám hộ (nếu khác tên người lớn có trách nhiệm ghi trên:)**Sự Liên Hệ** Mẹ Cha Giám hộ Khác _____

Địa chỉ _____

Điện thoại ____-____-____

* Người Lớn có Trách Nhiệm Giấy Kiểm Tra Hợp Pháp (bao gồm một bức ảnh) và giấy chứng minh sự liên hệ với học sinh (xin ghi rõ)Em học sinh phụ thuộc gia đình của một thành viên của Lực Lượng Quân Đội (toàn thời gian), Hải Quân, Không Quân, Thủy Quân Lục Chiến, Cảnh Viên Bờ Biển, Quân Đội Vệ Binh Quốc Gia, hay Lực Lượng Dự Trữ (Quân Đội, Quân Đội Vệ Binh Quốc Gia Hoa Kỳ, Quân Đội Vệ Binh Không Gian Hoa Kỳ, Hải Quân, Không Quân, Thủy Quân Lục Chiến, hay Cảnh Viên Bờ Biển)? Có Không**Tên Anh Chị Em****Ngày Sinh****Trường Học Hiện Tại**

Tên Anh Chị Em	Ngày Sinh	Trường Học Hiện Tại
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

PHỤ HUYNH KHÔNG CÓ QUYỀN GIÁM HỘ (nếu có)

Nguyên Tên _____

Địa chỉ _____

Có những quan tâm về trọng trách hợp pháp trông nom em học sinh không? Có Không Nếu có, xin liên lạc với trường.**THÔNG TIN KHÁC**

Em học sinh có Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Em học sinh có kế hoạch Section 504 không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Em học sinh có đang học Anh ngữ và nhận những dịch vụ ESOL/ESL/ENL* trong Chương Trình Giảng Dạy Ngôn Ngữ (LIEP) tại một trường học Hoa kỳ không? Nếu Có , ngày đầu tiên vào chương trình ESOL/ESL/ENL/LIEP tại một trường học Hoa kỳ ____/____/____ Nếu đã rời bỏ chương trình, ngày rời chương trình là ngày nào? ____/____/____ *ESOL—Anh Ngữ Dành Cho Người Ngoại Quốc/ESL—Anh Ngữ là Ngôn Ngữ Thứ Nhì/ENL—Anh Ngữ là Một Ngôn Ngữ Mới	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Em học sinh có bao giờ bị cấm học không? Nếu Có , em học sinh có hiện bị cấm học không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
Em học sinh có bao giờ bị trục xuất khỏi trường học không? Nếu Có , em học sinh có hiện bị trục xuất khỏi trường học không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
Nếu ghi danh sau khi niên học bắt đầu, em có muốn thông tin niên giám không được phổ biến không? Nếu Có , hoàn tất MCPS Form 281-13, Annual Notice for Directory Information and Student Privacy .	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Thông tin nạp trong đơn này và trong bất cứ giấy tờ nào kèm theo là chính xác, đầy đủ và xác thực, đúng với sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu là bất cứ thông tin nào được nạp mà không đúng có thể sẽ là nguyên nhân không được nhận học. Thêm nữa, tôi hiểu là tôi có trách nhiệm thông báo với hiệu trưởng trường nếu em học sinh không còn cư trú trong quận này và tôi có trách nhiệm trả học phí cho bất cứ thời gian nào mà em học sinh có thể không phải là người dân cư trú trong quận, trừ trường hợp vô gia cư. Nếu con tôi có IEP, tôi hiểu là nhóm IEP phải xác định lớp hay trường học của em.

Chữ ký, Phụ huynh/Giám hộ hay_____
Học sinh đủ tiêu chuẩn

Kinh Nghiệm Chuẩn Bị Mẫu Giáo Bộ Giáo Dục Tiểu Bang Maryland



Department of Elementary Curriculum and Districtwide Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 345-17
Tháng 2, 2019

HƯỚNG DẪN: Bộ Giáo Dục Tiểu Bang Maryland (MSDE) đòi hỏi Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) phải thu thập các thông tin về những trải nghiệm về nhà trẻ của tất cả các học sinh mới ghi danh vào lớp mẫu giáo. Dùng những định nghĩa cung cấp dưới đây, xin hãy cung cấp thông tin sau đây và gửi lại trường học mà con quý vị sẽ ghi danh cùng với [MCPS Form 560-24, New Student Information](#).

Tên Học Sinh (Họ, Tên, Tên lót) _____ Ngày Sinh ____/____/____

Trường Học _____

Con quý vị được trông giữ nhiều nhất tại nhà trẻ thuộc loại nào từ tháng 9 năm ngoái?

Đánh một dấu vào đúng hộp cho cả ngày hoặc hai dấu vào đúng hộp nửa ngày.

Bao gồm tên của trường, trung tâm hoặc nhà cung cấp trên đường kẻ.

TRÔNG NOM TRƯỚC ĐÂY	TÊN CỦA TRƯỜNG TRÔNG NOM TRƯỚC, TRUNG TÂM HOẶC NƠI CUNG CẤP	NGUYÊN NGÀY	NỬA NGÀY—1	NỬA NGÀY—2
Trông Nom Không Chính Thức		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Start		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuẩn bị mẫu giáo tại trường công lập (chương trình giáo dục phổ thông hay chương trình giáo dục đặc biệt)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trung Tâm Trông Giữ Trẻ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nơi Giữ Trẻ tại Nhà		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trường Vườn Trẻ Tư Nhân		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mẫu giáo (lập lại)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các Loại Trải Nghiệm về Nhà Trẻ Theo Định Nghĩa của MSDE

Trông Trẻ Không Chính Thức	Trẻ được trông tại nhà họ hàng hay không họ hàng.
Chương Trình Head Start	Một chương trình giáo dục chuẩn bị đi học của liên bang dành cho trẻ em 3 đến 5 tuổi từ các gia đình có lợi tức thấp: được U.S. Department of Health and Human Services tài trợ và được Maryland Department of Education, Office of Child Care cấp phép.
Chuẩn bị mẫu giáo tại một trường công lập	Lớp chuẩn bị mẫu giáo tại trường công lập phổ thông hoặc giáo dục đặc biệt dành cho trẻ em bốn tuổi do MCPS quản lý và được MSDE quy định theo COMAR 13A.06.02 Prekindergarten Programs school (chương trình giáo dục phổ thông hay chương trình giáo dục đặc biệt tại một trường công lập)
Trung Tâm Trông Giữ Trẻ	Trông trẻ được cung cấp tại một cơ sở, thường không là nơi cư trú, một phần hoặc cả ngày cung cấp việc trông giữ các trẻ em khi cha mẹ vắng mặt. Các trung tâm được Maryland State Department of Education, Office of Child Care cấp phép.
Trông Trẻ tại Nhà Tư Nhân	Trông trẻ theo quy định dành cho trẻ em dưới 13 tuổi, thay cho cha mẹ trông giữ dưới 24 giờ, tại nhà không phải là nhà của em và người cung cấp được trả tiền. Trông trẻ tại nhà tư nhân được quy định bởi Maryland State Department of Education, Office of Child Care (Bộ Giáo dục Tiểu bang Maryland, Văn phòng Chăm sóc Trẻ em).
Trường Trông Trẻ Không Phải Là Trường Công	Các chương trình chuẩn bị đi học với chú tâm vào "giáo dục" cho các trẻ em 2, 3 hay 4 tuổi; được MSDE chấp thuận hoặc miễn trừ; thường là không trọn ngày, chín tháng một năm.



Thông Tin Khẩn Cấp của Học Sinh

Office of Student and Family Support and Engagement
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1
Tháng 2, 2019
Trang 1 của 2

HƯỚNG DẪN: Xin hãy điền cả hai mặt của mẫu đơn này và gửi lại cho trường con quý vị càng sớm càng tốt.

Tên Học Sinh (Họ, Tên, Tên lót)			Tên theo Ý Thích Học Sinh		
Số ID Học Sinh	Cấp lớp	Phần	Thầy giáo lớp		
Điện Thoại Chính	Ngày Sinh	LỚP 6-12 THỜI YRBS/YTS (xem phía sau) <input type="checkbox"/> KHÔNG THỂ Tham gia		CHỈ CÁC LỚP 11-12 THỜI <input type="checkbox"/> Đừng Cung Cấp Thông Tin Liên Lạc với Những Đoàn Tuyển Mộ Quân Đội.	
Địa Chỉ Nhà		Ngôn Ngữ Nói tại Nhà	Ngôn Ngữ theo Sở Thích để Liên Lạc <input type="checkbox"/> Anh văn <input type="checkbox"/> Tiếng Hoa <input type="checkbox"/> Pháp <input type="checkbox"/> Triều tiên <input type="checkbox"/> Tây ban nha <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Amharic		
Đường xe buýt #	Thỏa Thuận về Quyền Nuôi Con <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, xin liên lạc với trường)				
Em học sinh phụ thuộc gia đình của một thành viên của Lực Lượng Quân Đội (toàn thời gian), Hải Quân, Không Quân, Thủy Quân Lục Chiến, Cảnh Viên Bờ Biển, Quân Đội Vệ Binh Quốc Gia, hay Lực Lượng Dự Trữ (Quân Đội, Quân Đội Vệ Binh Quốc Gia Hoa Kỳ, Quân Đội Vệ Binh Không Gian Hoa Kỳ, Hải Quân, Không Quân, Thủy Quân Lục Chiến, hay Cảnh Viên Bờ Biển)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Tên của Người Lớn Có Trách Nhiệm Sống tại Địa Chỉ Nhà Học Sinh Ghi Trên. (Họ, Tên, Tên lót) (Liên hệ Thứ nhất)			Tên của Người Lớn Có Trách Nhiệm Sống tại Địa Chỉ Nhà Học Sinh Ghi Trên. (Họ, Tên, Tên lót)		
Điện Thoại Sở	Điện Thoại Cầm Tay		Điện Thoại Sở	Điện Thoại Cầm Tay	
E-mail			E-mail		
Liên hệ với Học sinh <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Người khác (xin ghi rõ)			Liên hệ với Học sinh <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Người khác (xin ghi rõ)		
Tên của Người Lớn Có Trách Nhiệm KHÔNG Sống tại Địa Chỉ Nhà Học Sinh Ghi Trên. (Họ, Tên, Tên lót)			Tên của Người Lớn Có Trách Nhiệm KHÔNG Sống tại Địa Chỉ Nhà Học Sinh Ghi Trên. (Họ, Tên, Tên lót)		
Địa Chỉ Nhà của Người Lớn này			Địa Chỉ Nhà của Người Lớn này		
Điện Thoại Sở	Điện Thoại Cầm Tay		Điện Thoại Sở	Điện Thoại Cầm Tay	
Địa Thoại Nhà	E-mail		Địa Thoại Nhà	E-mail	
Liên hệ với Học sinh <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Người khác (xin ghi rõ)			Liên hệ với Học sinh <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Người khác (xin ghi rõ)		
Người/Tổ chức Có Trách Nhiệm với Học Sinh Trước Khi Đến Trường —Tên (Họ, Tên) (Nếu khác người lớn có trách nhiệm kể trên)					
Địa Chỉ					
Địa Thoại Nhà	Điện Thoại Cầm Tay		E-mail		
Điện Thoại Sở	Liên hệ với Học sinh (nếu có)				
Người/Tổ chức Có Trách Nhiệm với Học Sinh Sau Trường —Tên (Họ, Tên) (Nếu khác người lớn có trách nhiệm kể trên)					
Địa Chỉ					
Địa Thoại Nhà	Điện Thoại Cầm Tay		E-mail		
Điện Thoại Sở	Liên hệ với Học sinh (nếu có)				
Liên lạc Khẩn cấp: Trong trường hợp khẩn cấp mà đòi hỏi trường cho phép học sinh ra về xử dụng nghi thức đoàn tụ phụ huynh/con, và khi họ không liên lạc được với một người lớn có trách nhiệm đã ghi tên, trường sẽ cho em học sinh ra về với những người lớn này.					
Số Điện Thoại Khẩn Cấp #1: (Họ, Tên)			Liên hệ với Học sinh		
Địa Thoại Nhà	Điện Thoại Cầm Tay		Điện Thoại Sở	E-mail	
Số Điện Thoại Khẩn Cấp #2: (Họ, Tên)			Liên hệ với Học sinh		
Địa Thoại Nhà	Điện Thoại Cầm Tay		Điện Thoại Sở	E-mail	
Số Điện Thoại Khẩn Cấp #3: (Họ, Tên)			Liên hệ với Học sinh		
Địa Thoại Nhà	Điện Thoại Cầm Tay		Điện Thoại Sở	E-mail	

Bác Sĩ/Người Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Có Ủy Quyền		Bác Sĩ/Người Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Có Ủy Quyền
Nha sĩ/Nhân Viên Vệ Sinh Nha Khoa		Nha sĩ/Nhân Viên Vệ Sinh Nha Khoa
Nhà Thương Chọn Lựa		
Bảo hiểm sức khỏe <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, ghi vào một khung) <input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Lựa Chọn về Y Tế (Medical Assistance/Hỗ Trợ Y Tế) <input type="checkbox"/> Care for Kids/Chăm Sóc cho Trẻ Em		
Nhân viên trường học sẽ lo việc cấp cứu và/hay đem con quý vị đến bác sĩ hoặc nhà thương điều trị khẩn cấp trong trường hợp cần thiết và trường không liên lạc được với những người lớn ghi trên. (Đoàn cấp cứu sẽ đến nếu cần thiết trong trường hợp khẩn cấp.)		
Học sinh có bị dị ứng khi bị ong đốt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, xin cho thêm chi tiết như mô tả phản ứng, thuốc, vân vân.)		
Em học sinh có dị ứng với bất cứ thức ăn nào hay thuốc nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, xin cho thêm chi tiết như mô tả phản ứng, thuốc, vân vân.)		
Con quý vị có dị ứng nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, xin cho thêm chi tiết như chất gây dị ứng, mô tả phản ứng, thuốc, vân vân)		
Em học sinh có đem theo trong người Epinephrine Auto-Injector không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, MCPS Form 525-14 phải được hoàn tất và gửi lại trường)		
Em có mang trong người bất cứ loại thuốc khẩn cấp nào khác không (như thuốc hít bệnh suyễn)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, MCPS Form 525-13 phải được hoàn tất và gửi lại trường)		
Có bất cứ quan tâm y tế nào khác mà quý vị muốn chia sẻ về em học sinh này không? (như suyễn hay khó khăn thở, tiểu đường, động kinh, hay vấn đề nào khác?) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có (Xin ghi rõ)		
Em học sinh có tình trạng sức khỏe mà có thể cần được chăm sóc khẩn cấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có (Xin ghi rõ)		
Thuốc hiện đang uống (Tùy ý)		
Nhân viên trường học có phải cho em học sinh uống thuốc hay một điều trị (ăn uống qua ống, ống thông nước tiểu) theo căn bản thường xuyên, hằng ngày, hay khi cần thiết? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, MCPS Form 525-12, 525-13 hay MCPS Form 525-14 phải được hoàn tất và gửi lại trường)		
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ (Viết chữ in)	Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ	Ngày

CHỈ Dành cho Các Học Sinh Lớp 6 đến Lớp 12

Thông Tin Cho Phụ Huynh/Giám Hộ của Các Học Sinh Trường Cấp II và Cấp III về Bản Thăm Dò Ý Kiến Tuổi Trẻ Maryland về Hành Vi Nguy Hiểm và Thuốc Lá của Các Em Trẻ

Phần đơn này là để thông báo quý vị về Bản Thăm Dò Ý Kiến Tuổi Trẻ Maryland về Hành Vi Nguy Hiểm và Thuốc Lá của Các Em Trẻ (YRBS/YTS) và phương thức để làm theo nếu quý vị **KHÔNG** muốn con quý vị tham gia trong bản thăm dò ý kiến (YRBS/YTS).

Trường con quý vị có thể tham gia trong (YRBS/YTS), do Maryland Department of Health (MDH) tổ chức với sự cộng tác của Maryland State Department of Education (MSDE) và Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Bản thăm dò ý kiến được CDC phát họa để nhận diện những hành vi nguy hiểm mà gồm có những hành động an toàn như dùng mũ che đầu và dây nịt; sức khỏe tâm lý và tinh thần chán nản; dùng thuốc lá, rượu, hay các chất thuốc khác; dinh dưỡng và sinh hoạt thể thao; và các hành động tình dục.

Bản thăm dò ý kiến được phát họa để bảo vệ sự bảo mật cá nhân của con quý vị. Bản thăm dò ý kiến được giữ kín và **các học sinh sẽ không viết tên các em trên bản thăm dò ý kiến**. Sẽ không có tên trường học hay tên học sinh để cập đến trong thông báo của kết quả.

Trả lời bản thăm dò là tự nguyện. Nếu con quý vị không cảm thấy thoải mái khi trả lời một câu hỏi, em có thể bỏ qua câu hỏi đó. Nếu con quý vị không tham dự, sẽ không có hành động nào đối với trường học, quý vị, hay con quý vị. Ngoài ra, học sinh có thể ngưng tham dự trong bản thăm dò ý kiến tại bất cứ điểm nào mà sẽ không bị phạt.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về quyền của con quý vị như là tham dự trong bản thăm dò ý kiến này, hay nếu quý vị cảm thấy con quý vị sẽ bị tổn thương khi tham gia, yêu cầu gọi số điện thoại miễn phí 1-877-878-3935, để lại lời nhắn gồm tên và số điện thoại của quý vị, và sẽ có một người gọi lại cho quý vị ngay sau đó. Để biết thêm chi tiết về bản thăm dò ý kiến, xin xem www.cdc.gov/HealthyYouth/.

Nếu quý vị KHÔNG muốn con quý vị tham gia trong bản thăm dò ý kiến, (1) yêu cầu hoàn tất phần phía trước đơn mà chỉ định "(YRBS/YTS)- Không Thể Tham Gia," (2) gửi lại đơn Thông Tin Khẩn Cấp của Học Sinh của con quý vị lại trường học em.

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG ĐƯỢC ĐỀ CẬP

- Q. Tại sao Bản Thăm Dò Ý Kiến Tuổi Trẻ Maryland về Hành Vi Nguy Hiểm và Thuốc Lá của Các Em Trẻ (YRBS/YTS) được phát hành?**
A. MDH và MSDE sẽ dùng các kết quả của (YRBS/YTS) để (1) theo dõi những hành vi nguy cơ sức khỏe giữa các học sinh trung học cấp II và cấp III thay đổi ưu tiên với thời gian; (2) thăm định ảnh hưởng của sự cố gắng toàn tiểu bang và địa phương để ngăn ngừa những hành vi nguy cơ sức khỏe; và (3) phát triển chính sách và chương trình giáo dục y tế tại trường học.
- Q. Các câu hỏi có nhạy cảm không?**
A. Một số các câu hỏi có thể được một số quận, trường học, hay phụ huynh xem là nhạy cảm. Tất cả những câu hỏi này được trình bày trong một đường lối thẳng thắn và nhạy cảm và do CDC phát họa. Những phạm vi đề tài gồm việc xử dụng mũ che đầu và dây nịt; sức khỏe tâm lý và tinh thần chán nản; dùng thuốc lá, rượu, hay các chất thuốc khác; dinh dưỡng và sinh hoạt thể thao; và các hành động tình dục.
- Q. Tên của các học sinh sẽ được dùng hay liên kết với bản phỏng vấn?**
A. Không. Bản thăm dò ý kiến được phát họa để bảo vệ sự kín đáo của con quý vị. Bản thăm dò ý kiến được giáo chức đã được huấn luyện chuyên môn thi hành. Học sinh không viết tên của em trên bản thăm dò ý kiến. Khi học sinh hoàn tất bản thăm dò ý kiến, các em sẽ đặt bản thăm dò ý kiến đã hoàn tất trong một hộp lớn hay bao thơ.
- Q. Các học sinh có được theo dõi để xem nếu thái độ của các em thay đổi?**
A. Không. Các học sinh mà tham dự không thể bị theo dõi vì thông tin cá nhân không được thu thập.
- Q. Làm cách nào các em được chọn để tham gia trong bản thăm dò ý kiến?**
A. Khấp tiểu bang, khoảng 360 trường học và 85,000 học sinh được chọn tham gia. Những trường học được chọn ngẫu nhiên, và rồi các lớp học tại các trường chọn lọc được chọn ngẫu nhiên. Tất cả học sinh trong một lớp học được chọn lọc có thể tham gia.



Đơn Y Tế Nha Khoa

Montgomery County Department of Health and Human Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-17
Tháng Giêng 2017

HƯỚNG DẪN: Các chuyên gia y tế trường học kiểm điểm thông tin y tế, bao gồm dịch vụ nha khoa, khi các học sinh đăng ký tại trường. Khi các vấn đề sức khỏe được nhận biết, các chuyên gia y tế tại trường học giúp các học sinh và phụ huynh/giám hộ nhận lãnh các dịch vụ y tế thích hợp, bao gồm dịch vụ nha khoa.

Yêu cầu điền Phần I của đơn này và hỏi nha sĩ của con quý vị hay nhân viên vệ sinh nha khoa hoàn tất và ký tên Phần II của đơn này. Gửi trả đơn đã hoàn tất cho phòng y tế tại trường con quý vị.

Quý vị có thể tìm một nha sĩ hay nhân viên vệ sinh nha khoa bằng cách liên lạc Maryland State Dental Association tại www.msda.com. Nếu quý vị không có phương tiện nhận lãnh dịch vụ nha khoa, yêu cầu liên lạc với người y tá tại trường con quý vị.

PHẦN I: Do phụ huynh/giám hộ điền

Tên Học Sinh	Số ID Học Sinh	
Tên Trường Học	Ngày Sinh	Lớp

SECTION II: To be completed by the Dental office. (PHẦN II: Do văn phòng nha khoa hoàn tất.)

This is to certify that I have examined the teeth of _____

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations _____

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

YÊU CẦU GỬI TRẢ ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT CHO PHÒNG Y TẾ TẠI TRƯỜNG CON QUÝ VỊ.

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____
 LAST FIRST MI
 SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE _____/_____/_____
 COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____
 PARENT NAME _____ PHONE NO. _____
 OR
 GUARDIAN ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name
Office Address/ Phone Number

1. _____
 Signature Title Date
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
 Signature Title Date

3. _____
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.

This is a: Permanent condition OR Temporary condition until _____/_____/_____
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, _____

Signed: _____ Date _____
 Medical Provider / LHD Official

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: _____ Date: _____

How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.

Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

HOW TO USE THIS FORM

The documented tests should be the blood lead tests at 12 months and 24 months of age. Two test dates and results are required if the first test was done prior to 24 months of age. If the first test is done after 24 months of age, one test date with result is required. The child's primary health care provider may record the test dates and results directly on this form and certify them by signing or stamping the signature section. A school health professional or designee may transcribe onto this form and certify test dates from any other record that has the authentication of a medical provider, health department, or school. All forms are kept on file with the child's school health record.

At Risk Areas by ZIP Code from the 2004 Targeting Plan (for children born BEFORE January 1, 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co. (Continued)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continued)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's (Continued)</u>	<u>Queen Anne's (Continued)</u>
ALL	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	ALL	21762		20722	21623	ALL
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						ALL
						<u>Worcester</u>
						ALL

Lead Risk Assessment Questionnaire Screening Questions:

1. Lives in or regularly visits a house/building built before 1978 with peeling or chipping paint, recent/ongoing renovation or remodeling?
2. Ever lived outside the United States or recently arrived from a foreign country?
3. Sibling, housemate/playmate being followed or treated for lead poisoning?
4. If born before 1/1/2015, lives in a 2004 "at risk" zip code?
5. Frequently puts things in his/her mouth such as toys, jewelry, or keys, eats non-food items (pica)?
6. Contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?
7. Lives near an active lead smelter, battery recycling plant, other lead-related industry, or road where soil and dust may be contaminated with lead?
8. Uses products from other countries such as health remedies, spices, or food, or store or serve food in leaded crystal, pottery or pewter.