



Nơi trẻ em trưởng thành, phát triển và dẫn đầu!

## ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH HỌC NGOẠI KHÓA

Ngày đăng ký: \_\_\_\_\_  Chương trình sau giờ học  Hè  Street Team Trường học: \_\_\_\_\_

### Thông tin của người trẻ

Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_ Ngày sinh (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Mã zip \_\_\_\_\_

Lớp (Năm học 2020-2021) \_\_\_\_\_ Địa chỉ email của sinh viên \_\_\_\_\_ Giới tính \_\_\_\_\_

#### 1) Người trẻ đang sống với (Vui lòng đánh dấu để chọn người chăm sóc chính, lưu ý chỉ chọn một ô):

- Cả bố và mẹ  Chỉ mẹ  Chỉ bố  Ông bà  
 Thành viên khác trong gia đình  Người chăm sóc thay cha mẹ  Trại trẻ  Vô gia cư  
 Khác: \_\_\_\_\_

#### 2) Sắc tộc của người trẻ (Đánh dấu chọn tất cả các ô phù hợp):

- Người Mỹ gốc Phi/Người da đen  Người Miến Điện  Người Trung Quốc  Người Eritrea  
 Người Guatemala  Người Hmong  Người Iraq  Người Khmer/Campuchia  
 Người Lào  Người Mexico  Người Miên  Người Mỹ bản xứ  
 Người Nepal  Người Philipine  Người Salvador  Người Somali  
 Người Tonga  Người Việt Nam  Người da trắng/  
Người Cáp-ca

Từ chối cho biết  Sắc tộc La-tinh khác: \_\_\_\_\_  Khác: \_\_\_\_\_

#### 3) Nếu con quý vị tham gia chương trình sau giờ học EBAYC năm 2019-20, xin đánh dấu trường:

- Không áp dụng  Bella Vista  Cleveland  Edna Brewer  
 Epic  Franklin  Frick  Garfield  
 Lazear  Lincoln  Manzanita  Roosevelt  
 SEED  UPA

#### 4) Đánh dấu những điều thích hợp

Con tôi học chương trình song ngữ (ELL)

Con tôi học chương trình giáo dục đặc biệt (IEP)

Xin vui lòng viết rõ sự giúp đỡ quý vị muốn cho con em: \_\_\_\_\_

#### 5) Liệt kê (các) anh chị em đã hoặc đang ghi danh tại EBAYC (Nếu thích hợp):

(1) Tên \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_ Trường học \_\_\_\_\_

(2) Tên \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_ Trường học \_\_\_\_\_

## Thông tin người giám hộ

Người giám hộ chính (Tên họ)

Mối quan hệ

Địa chỉ email

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Số điện thoại nhà

Số điện thoại di động

### 6) Trình độ học vấn cao nhất **ĐÃ HOÀN TẤT** của người giám hộ chính? (Vui lòng đánh dấu chọn một ô)

- Không có       Tiểu học       Trung học cơ sở       Trung học phổ thông       GED  
 Trường dạy nghề       Bằng cao đẳng (Cao đẳng cộng đồng)       Bằng cử nhân (Đại học bốn năm)  
 Bằng thạc sĩ hoặc PhD

Người giám hộ phụ (Tên họ)

Mối quan hệ

Địa chỉ email

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Số điện thoại nhà

Số điện thoại di động

### 7) Trình độ học vấn cao nhất **ĐÃ HOÀN TẤT** của người giám hộ phụ? (Vui lòng đánh dấu chọn một ô)

- Không có       Tiểu học       Trung học cơ sở       Trung học phổ thông       GED  
 Trường dạy nghề       Bằng cao đẳng (Cao đẳng cộng đồng)       Bằng cử nhân (Đại học bốn năm)  
 Bằng thạc sĩ hoặc PhD

## Khảo sát thông tin hộ gia đình

Cảm ơn bạn đã hoàn tất khảo sát dưới đây. Thông tin mang tính bí mật mà bạn cung cấp giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về cộng đồng của chúng ta. Thông tin này dùng để tìm kiếm tài trợ và nguồn tài nguyên cần thiết, qua đó mang đến những chương trình chất lượng cho con em của bạn. Chúng tôi cảm kích sự hỗ trợ và thông tin của bạn.

### 1) Có bao nhiêu người sống trong hộ gia đình của bạn? \_\_\_\_\_

("Hộ gia đình" tức là tất cả những người sống trong cùng một mái nhà, bao gồm con cái, cha mẹ/người giám hộ, cha/mẹ kế, người yêu sống chung, anh chị em ruột, các thành viên khác của gia đình như chú, dì, bố mẹ chồng, cậu, ông bà hoặc những người khác không có quan hệ họ hàng.)

### 2) Tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình bạn là bao nhiêu? (Vui lòng đánh dấu chọn một ô)

- \$10,000 trở xuống       \$10,001 - \$20,000       \$20,001 - \$30,000       \$30,001 - \$40,000  
 \$40,001 - \$50,000       \$50,001 - \$60,000       \$60,001 - \$70,000       \$70,001 - \$80,000  
 \$80,001 - \$90,000       \$90,001 - \$100,000       \$100,001 - \$110,000       Trên \$110,000

### 3) Bạn có tham gia bất kỳ chương trình phúc lợi cộng đồng nào không? (Đánh dấu chọn tất cả các ô thích hợp)

- CalFRESH/SNAP       CalWORKS       Hỗ trợ chung       SSI       Khác: \_\_\_\_\_

### 4) Gia đình bạn có loại bảo hiểm y tế nào? (Vui lòng đánh dấu chọn một ô)

- Không có bảo hiểm y tế       Bảo hiểm cá nhân (ví dụ như Kaiser, BlueCross, v.v.)       CHIP  
 Medi-Cal       Health PAC       Covered California/Obamacare  
 Khác: \_\_\_\_\_

Người đứng tên bảo hiểm

Số bảo hiểm

Tên người giám hộ

Chữ ký "Khi tôi nhập tên của mình vào đây, tôi cho phép sử dụng làm chữ ký của tôi."

Mối quan hệ

Ngày

