City of Seattle
Edward B. Murray, Mayor
Seattle Department of Education and Early Learning

西雅图学前教育计划（SPP）申请表

2015-2016 学年

孩子信息

1. 孩子姓名： 姓氏：_____名字：_____中间名：_____

2. 孩子出生日期：

3. 家庭住址：_____

城市：_____州：_____邮编：_____县：_____

4. 邮寄地址（如与上方地址不同）：_____

城市：_____州：_____邮编：_____县：_____

5. 电话： 日间：_____夜间：_____

是否可留语音信息： ☐ 是 ☐ 否 亦可将有关消息告知以下人士：

6. 孩子是否为西班牙/西班牙裔/拉丁美洲裔？ ☐ 是 ☐ 否 *此处询问的是民族、而非种族。*

7. 种族： ☐ 白人 ☐ 亚裔 ☐ 夏威夷土著/太平洋岛屿住民 ☐ 黑人、非洲人或非裔美国人

☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著 ☐ 多种族混血 其他：_____

8. 家中使用的语言： 主要语言：_____第二语言：_____

9. 2015-2016 年，西雅图学前教育计划（SPP）将实施双语计划（越南语/英语）。 Hoa Mai 位于 2915 Rainer Avenue South, Seattle 98144，将于 9 月下旬开学。 您有兴趣让孩子的名字记入此教室的学生名单吗？ ☐ 是 ☐ 否

10. 是否已有兄弟姐妹加入了 SPP 西雅图学前教育计划？ ☐ 是 ☐ 否
是否有兄弟姐妹正在申请加入西雅图学前教育计划？ ☐ 是 ☐ 否

如是，这位（些）兄弟姐妹的姓名是：_____

Department of Education and Early Learning
PO Box 94665 Seattle, Washington 98124-6965
http://www.seattle.gov/education

电话： (206) 684-3942
传真： (206) 233-5142
听障人士请使用华盛顿电话中转服务 (7-1-1)

长/法定监护人信息

家长/法定监护人 #1：	家长/法定监护人 #2：
家长/法定监护人姓名：	家长/法定监护人姓名：
电子邮件地址（可选）：	电子邮件地址（可选）：
主要联系电话：	主要联系电话：
其他/工作电话:	其他/工作电话:

家庭人口数 / 月收入

请仅列出与申请人居住在同一所住宅的家庭成员：

***家庭人口数：** 确定家庭人口数的目的在于判定其联邦贫困水平，DEEL 会将符合以下所有标准的人员全部计算在内：与孩子居住在同一所住宅内；依靠孩子家长或法定监护人的收入生活；与家长或法定监护人具有血缘关系、婚姻关系、或领养关系（孩子家长/监护人计算在内。）除此之外： DEEL 不会将与寄宿家庭暂时居住在同一所住宅内的亲属或其他人士计算在内。对于寄养中心的儿童或领取仅适用于儿童的贫困家庭临时救助（TANF）补助的儿童，DEEL 仅将领取此补助的儿童计算在内。如果儿童未与家长或法定监护人共同居住，该名儿童被视为无家可归，且家庭人口数为 1.

****家庭收入：**

将以下收入计算在内： 计入家庭人口数的所有成年人的工资总额或薪水总额以及个体经营净收入；计入家庭人口数的成年人或儿童现金福利，如贫困家庭临时援助、社会保险金、附加保障收入、紧急援助、失业或员工补偿、培训津贴、退伍军人福利、赡养费、子女抚养费、社会和健康服务部寄养补助、退休金、定期保险或年金或奖学金/生活费补助、减免学费/收费。

收入不包括： 非现金福利，如食品救济券、住房券、Medicaid、Medicare、雇员额外福利；代替薪资的食品或住房；融资资产，如销售资产所得现金或银行提款；一次性礼物、贷款、一次性遗产、保险赔款或伤害补偿。

*家庭人口数 #：		**家庭月总收入（美元）：	

姓名		关系	姓名		关系
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

如申请人得以选中，需要提交收入证明。我们将要求您提供更多证明文件，以确认地址、雇佣情况、家庭人口数和收入的真实性。

其他问题：

您是从何途径得知我们的计划？

☐ 报纸 ☐ 杂志 ☐ 电台广告 ☐ 朋友或家庭成员 ☐ 传单 ☐ 宣传册

☐ 横幅广告 ☐ 我有另外一个孩子已加入该计划 ☐ 网站 ☐ 计划提供者招收活动 ☐ PCHP

☐ 其他：_____

同意：

您是否同意我们将您的家庭推荐给其他学前教育援助计划？	☐ 是	☐ 否
您是否同意，即使申请人未被选中加入该计划/候补名单，我们依然可将此信息发布并纳入申请人库，与您联系、做调研之用？	☐ 是	☐ 否

本人谨此声明，就本人所知，提供的所有信息均真实准确。本人所提供的信息均可加以进一步确认审查，此外，本人可能需要提供其他证明文件，以证明本申请资料内容。

家长/法定监护人签名：_____**日期：**_____

家长/法定监护人签名：_____**日期：**_____

请将此申请提交至 SPPapplication@seattle.gov 或将纸质申请邮寄至以下邮局信箱地址。

如果您对于此流程仍有任何疑问，请致电 206-684-3942 联系 Kimberly Early。

Department of Education and Early Learning
PO Box 94665 Seattle, Washington 98124-6965
http://www.seattle.gov/education

电话： (206) 684-3942
传真： (206) 233-5142
听障人士请使用华盛顿电话中转服务 (7-1-1)