

學生資料

姓	名		年齡	出生日期 (月/日/年)
合法名稱 (如與以上不同)	性別	電郵		
地址	單位	城市	郵政號碼	出生城市 新移民 (來美5年以下) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 孩子來美年份 _____
下學年班級	特殊輔導 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	校名		
您的孩子有參加過TEL HI的課後輔導嗎? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 參加年份 _____	有其他孩子在 Tel Hi 嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	孩子的住宅電話號碼		
國籍 :		在家語言 :		英語程度
		<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 廣東 <input type="checkbox"/> 台山		<input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不通
				請選以下符合項目: <input type="checkbox"/> 免費/半費午餐 <input type="checkbox"/> 傷殘 <input type="checkbox"/> 領低收入支緩金 <input type="checkbox"/> 未成年家長 <input type="checkbox"/> 公屋 <input type="checkbox"/> 無家 <input type="checkbox"/> 寄養 <input type="checkbox"/> 留級生

家長資料

父親姓名	手機號碼	工作電話	電郵	主要語言
教育程度 <input type="checkbox"/> 高中以下 <input type="checkbox"/> 高中畢業 <input type="checkbox"/> 大學畢業 <input type="checkbox"/> 碩士畢業 <input type="checkbox"/> 商科畢業				
母親姓名	手機號碼	工作電話	電郵	主要語言
教育程度 <input type="checkbox"/> 高中以下 <input type="checkbox"/> 高中畢業 <input type="checkbox"/> 大學畢業 <input type="checkbox"/> 碩士畢業 <input type="checkbox"/> 商科畢業				
家中共有多少成員:	年收入 (請選一) <input type="checkbox"/> \$20,000 以下 <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$60,000 <input type="checkbox"/> 超過 \$60,001			

緊急授權人

姓名	與孩子關係	手機號碼
姓名	與孩子關係	手機號碼
醫生的名稱	醫生電話	列出任何身體狀況或過敏
如緊急的情況下聯繫不到醫生: <input type="checkbox"/> ☎ 召急救醫院 <input type="checkbox"/> ☎ 其它(說明):		

同意書

請細心閱讀

歡迎來到 Telegraph Hill 鄰里中心 (TEL HI). 貴子第如要參加任何TEL HI 活動，家長/監護人必需先填好報名表及簽名。

進行緊急治療

本人授權 Telegraph Hill 鄰里中心 (TEL HI) 萬一孩子有急性疾病或遇意外安排交通工具。如聯繫不到主診醫生，本人許可任何執照醫生治療我的孩子。本人許可醫生用藥物治理，並進行必要的治療以保孩子的安康。本人明白本人要支付所有醫藥治療費。這治療授權結合其它授權給予TEL HI。

意外事故責任豁免同意書

為了讓孩子參與所以TEL HI 安排的活動，在此本人願負全部負責承擔孩子在使用場所或任何設施或設備時人身受傷害，死亡或財物損失的風險。本人並同意 不會追究TEL HI，他們的合夥人，董事，管理人員，僱員，代理人 and 任何志願者及導致損害的任何的賠索，包括但不限於，意外與否，在過程中或從活動中導致人身傷害或死亡的索賠。本人確認這意外事故責任豁免同意書是TEL HI及其合夥人對我個人有約束力，而不是我的繼承人，個人代表，接班人及受讓人。

社區觀遊

TEL HI 有部份活動是安排在近鄰和整個舊金山觀遊。除非特別通知，我們必會在正常下課前返回。本人允許我的孩子在TEL HI員工，董事，管理人員，合夥人，代理人 and 志願者督導下離開TEL HI中心。在觀遊期間，如遇本人的孩子人身傷害，死亡，或財物損失，本人同意按”意外事故責任豁免同意書”豁免TEL HI 所有責任。

媒體發布

TEL HI 中心紀錄所有安排的活動以便協助獲得資金支援。本人在此同意中心及其合夥人使用本人/本人孩子的姓名，肖像和言論，及任何TEL HI製作的錄音帶，錄像帶，電影和照片于商業或宣傳活動。本人明白所有參與不會獲得任何報酬，同時本人/本人孩子的姓名，肖像和言論可由TEL HI剪輯，製作，複製和分佈美國各地和海外。本人明確地豁免TEL HI及其執照者，受讓人，子公司和接班人因廣播，展覽，出版，或推廣這計劃而引發任何隱私或誹謗的索賠。

本人確認這意外事故責任豁免同意書是TEL HI鄰里中心及他們的合夥人對我個人有約束力，而不是我的繼承人，個人代表，接班人及受讓人。本人了解並同意上述的政策。在簽署此協議本人也承認我已經收到並同意遵守ASA家庭手冊和/或學齡前家庭手冊中列出的政策和程序。

家長/監護人簽名

日期

保密聲明：本文或本合同附件中提供的信息將被嚴格保密。北灘-唐人街Beacon中心及TEL HI不會外流任信息給。北灘-唐人街Beacon中心及TEL HI使用總結，綜合信息作為項目評估和撥用資金用途。

FOR OFFICE USE ONLY	Staff initial/COCOA or CMS entered: _____
	Date entered: _____
Program(s):	
<input type="checkbox"/> After School Academy (ASA) <input type="checkbox"/> Toddler	
<input type="checkbox"/> Summer Learning Program (SLP)	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Preschool	

托 兒 照 顧 中 心 家 長 權 利 通 知

家長的權利：

做為家長 / 家長的授權代表，你有權：

1. 當孩子在托兒照顧中心托管時，隨時進入並檢查托兒照顧中心而無須事先通知。
2. 向發照機構投訴持照人，並查閱發照機構保管有關托兒照顧中心持照人的公共檔案。
3. 在托兒中心查閱發照機構查訪報告，及過去三年內對持照人被證實的投訴。
4. 向發照機構投訴並檢查托兒照顧中心而不因此令你或你孩子受到歧視或報復。
5. 如你能提出法庭判令的公證副本，你可以以書面提出要求另外那位家長不得到托兒照顧中心探訪你的孩子，也不得將孩子帶出托兒照顧中心。
6. 由持照人處獲得當地的執照發放機構的名稱，地址和電話號碼。

發照機構名稱： _____

發照機構地址： _____

發照機構電話號碼： _____

7. 在你要求後，由持照人處得到獲得犯罪記錄免除之人的姓名及他與托兒照顧中心的關係，你也可以從當地的執照發放機構獲得此人的姓名。
8. 由持照人處獲得看顧人背景調查過程表。

請注意：如果某位家長/授權代表的行為對受托管孩童之安全構成威脅，加州法律允許托兒照顧中心持照人拒絕該家長/授權代表進入托兒照顧中心。
請閱閱司法部有關“已登記的性犯罪者”的網頁， www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (CH) (9/08)

(沿此線對下，上線交家長保留)

家 長 權 利 通 知 領 取 承 認 書 (必需由家長 / 授權代表簽署)

本人， _____ 的家長 / 授權代表，
已自此托兒中心持照人處收到“托兒照顧中心家長權利通知”及“看顧人背景調查過程表”各一份。

托兒照顧中心名稱

簽名，家長 / 授權代表

日期

請注意：此領取承認書必須保留在孩子的檔案中，並且通知書則須交給家長 / 授權代表。

個人權利 托兒照顧中心

個人權利，關於適用於托兒照顧所的免除條件請參閱 101223 條例。

- (a) 托兒照顧中心。 每一個在托兒照顧中心受托的孩子都有其權利，包括（但不限於）下列權利：
- (1) 在孩子和工作人員及其他人員的個人關係中須受到尊重相待。
 - (2) 須有安全，健康和舒適的設備，家具及器具以應合孩子的需要。
 - (3) 不受體罰或不尋常的懲罰，引起疼痛，羞辱，恐嚇，嘲弄，壓制，威脅，心理虐待，或其他懲罰性的行動，包括但不限於：干涉吃，睡或上廁所在內的日常生活操作；或不給予身體功能所需之房屋遮蔽，衣物，醫藥或護理。
 - (4) 由持照人知會他 / 她及（若有的話）其授權代表關於投訴的法規制定，包括（但不限於）發照機構負責收取投訴單位的地址和電話號碼，以及關於保密的資訊。
 - (5) 自由參加宗教聚會或他 / 她選擇的活動並接受由其自由選擇的屬靈輔導人員的探訪。不論是在設施場地或不在設施場地，出席宗教聚會都完全基於自願。在托兒照顧中心，關於參加宗教聚會或接受屬靈輔導人員的探訪之決定乃由孩子父母或其監護人作主。
 - (6) 不論白天或夜晚都不得被鎖在任何房間，建築物或托兒所場地內。
 - (7) 除非是發照機構事先批准的支撐用的器械，否則不得被放置在局限行動的器械中。

授權代表 / 父母 / 監護人有權知道若要投訴應當接洽哪個發照機構；該機構為：

姓名

地址

城市

郵遞區號

區號 / 電話號碼

沿此線撕下

致： 父母 / 監護人 / 孩子或授權代表：

放在孩子檔案中

在如上所述之個人權利滿意並完全透露後，請填妥下列認知：

認知： 我 / 我們，在將孩子入托給下列機構時，已親自得到告知，並收到一份在加州管理法則第22條例中關於個人權利的通知：

(工整書寫場所的名稱)

(工整書寫場所的地址)

(工整書寫孩子的姓名)

(授權代表 / 父母 / 監護人簽名)

(授權代表 / 父母 / 監護人職稱)

(日期)

孩子住院前的健康記錄 - 父母的報告

孩子的名字	性別	生日日期
父親/父親的家中伴侶的姓名	父親/父親的家中伴侶與孩子同住嗎?	
母親/母親的家中伴侶的姓名	母親/母親的家中伴侶與孩子同住嗎?	
孩子是/已得到醫生的定期監督?	最後一次的身體/醫療檢查日期	

發育紀錄 (*僅用於嬰兒和學齡前的兒童)

開始步行在*	開始學說話在*	如廁訓練開始在*
月	月	月

過去的病歷 - 勾對孩子有的疾病, 以及疾病的大約日期:

	日期		日期		日期
<input type="checkbox"/> 水痘		<input type="checkbox"/> 花粉過敏		<input type="checkbox"/> 小兒麻痺症	
<input type="checkbox"/> 哮喘		<input type="checkbox"/> 癲癇症		<input type="checkbox"/> 10日麻疹 (風疹)	
<input type="checkbox"/> 風濕熱		<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> 三日麻疹 (風疹)	
<input type="checkbox"/> 花粉過敏		<input type="checkbox"/> 疥癬			

請說明任何其他嚴重或重病或意外事故

孩子有經常性感雷? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	去年有多少次?	列出任何應該知道的過敏的東西
---	---------	----------------

日常作息 (*僅用於嬰兒和學齡前兒童)

孩子什麼時候起床? *	孩子什麼時候上床睡覺? *	孩子睡得好嗎? *
孩子在白天睡覺嗎? *	什麼時候? *	多久? *
飲食習慣: (孩子通常用餐吃些什麼?)	早餐 午餐 晚餐	平時的飲食時間是什麼? 早餐 _____ 午餐 _____ 晚餐 _____

有任何厭惡的食物? 任何飲食問題?

孩子已訓練如廁嗎? * <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是的話, 處於哪個階段: *	排便正常嗎? * <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通常是在什麼時間? *
--	------------------	---	-------------

用作“排便”的字眼* 用作“排尿”的字眼*

家長對孩子健康的評價

孩子現時是在醫生的照顧?
 是 否 如果是, 醫生的姓名: 孩子是否遵醫囑用藥?
 是 否 如果是, 何種和有任何的副作用:孩子使用任何特殊的設備:
 是 否 如果是, 什麼樣的設備: 孩子在家中使用任何特殊的設備嗎?
 是 否 如果是, 何種設備:

家長對孩子性格的評價

孩子與父母, 兄弟, 姐妹和其他孩子和睦相處嗎?

有孩子群戲的經驗嗎?

是否孩子有任何特別的問題/恐懼/需求? (解釋)

孩子生病時有什麼的護理計劃?

要求托兒所安置的原因

父母的簽名 日期

接受醫療同意書

作為家長，機構代表或法律上的監護人，我謹此同意_____（設施名稱），以檢定的持牌醫生、整骨專家或牙醫，為（姓名）_____提供所有緊急牙醫或醫療護理。此護理可在任何必需的情況下提供，以保持我孩子的生命、肢體或健康。

孩子有以下的醫療過敏：

日期

家長／機構代表／監護人簽名

住家地址

住家電話

工作電話

LIC 627

Consent for Medical Treatment (Chinese Version)

Translated by Wu Yee Children's Services (7/97)

The After School Academy at Tel-Hi

Tel-Hi 課後輔導

Release of Information

信息發布

(ASA)課後輔導課程目的是和家長，教師及學校的工作人員一起合作提供給您孩子最適當的學術支持。

定期與您孩子的學校溝通能幫助我們提供家長和老師一致規定的學業目標輔導。

_____ 是，我授權課後輔導人員與孩子的教師討論學習目標及進展。

_____ 否，我不授權課後輔導人員與孩子的教師討論學習目標及進展。

學生姓名: _____ 年級: _____

校名: _____ 教師: _____

家長簽名: _____ 日期: _____



Telegraph Hill
Neighborhood Center

660 Lombard Street, San Francisco, CA 94133 | 415-421-6443 | telhi.org

TEL HI

財務援助申請

除了這份申請表，請提供父母或監護人最近三次工資單和最近一年的納稅申報單及工資稅表。

學生資料			
學生姓名:			
出生日期 :	學生跟蹤號 :		
住址 :			
城市 :	州:	郵政號碼 :	
家長資料 (1)			
父親姓名 :			
職業 :	雇主 :		
日間電話 :	晚間電話 :	電郵 :	
住址 :			城市 :
州:	郵政號碼 :	扣稅前月資 (包含加班及小費)	
家長資料 (2)			
母親姓名			
職業	雇主 :		
日間電話	晚間電話	電郵 :	
住址 :			城市 :
州:	郵政號碼 :	扣稅前月資 (包含加班及小費):	
額外收入: 請列出所有收入來源			
	父親姓名 :	母親姓名 :	
佣金 / 花紅			
失業補償金			
公共援助金, 貧困家庭臨時援助金			
殘障福利			
子女撫養費			
贍養費			



660 Lombard Street, San Francisco, CA 94133 | 415-421-6443 | telhi.org

養老金			
工人補助金			
工傷酬金			
退休金 (不包含社會安全福利金)			
其它			
請列出所有要供養的人			
姓名	年齡	此人與你同住嗎?	校名
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
請列出每月可負擔學費			
\$			
本人在此證明 以上所填寫的資料全是事實並且正確無誤 . 本人收入如有變更會即時通知 TEL HI .			
家長簽名 :			日期 :
家長簽名 :			日期 :

註:由於此表只列出家庭財務狀況的總結, 項目主任或執行董事可能會要求家庭提供更多的資料。