



Đơn tiếp nhận gia đình năm 2022-23

Ngày hoàn tất: Tháng ____ Ngày ____ Năm ____

Phụ huynh/Người chăm sóc 1 (chính)

Tên: _____ Tên đệm: _____ Họ: _____
Ví dụ: Loan Thị Trần

Ngày sinh: Tháng ____ Ngày ____ Năm ____ Số điện thoại: _____ Điện thoại di động Điện thoại nhà

Địa chỉ: _____ Mã Zip: _____

Email: _____ Giới tính của quý vị: Nam Nữ Giới tính khác: _____

Mối quan hệ với đứa trẻ (Đánh dấu một ô): Mẹ Cha Giám hộ hợp pháp Cha mẹ nuôi Ông bà Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/dân tộc (Đánh dấu một ô):

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ La-tinh/Chicano | <input type="checkbox"/> Đông Nam Á khác (ví dụ: Thái, Campuchia) | <input type="checkbox"/> Người Da Đen/gốc Châu Phi |
| <input type="checkbox"/> Da trắng không thuộc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Nam Châu Á (ví dụ: Ấn Độ, Pakistan) | <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ Da Đỏ/Alaska |
| <input type="checkbox"/> Việt | <input type="checkbox"/> Đông Á (ví dụ: Nhật, Hàn, Tàu) | <input type="checkbox"/> Hai hoặc nhiều chủng tộc |
| <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân | <input type="checkbox"/> Người bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác | <input type="checkbox"/> Chủng tộc/Dân tộc khác: _____ |

Ngôn ngữ chính (Đánh dấu một ô):

- | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog | <input type="checkbox"/> Tiếng Đông Á khác (ví dụ: tiếng Nhật, Hàn) |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại | <input type="checkbox"/> Tiếng Nam Á khác (ví dụ: Hindi, Punjabi, Telugu) |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông | <input type="checkbox"/> Tiếng khác: _____ |

Bảo hiểm (Đánh dấu một ô):

Không có bảo hiểm Medi-Cal (bao gồm bảo hiểm miễn phí/giảm giá thông qua Kaiser/Covered California) Bảo hiểm tư Loại khác _____

1. Trong 12 tháng qua, con của quý vị đã đi loại nhà trẻ/trường mầm non nào?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mẫu giáo chuyển tiếp | <input type="checkbox"/> Nhà trẻ tại gia được cấp phép | <input type="checkbox"/> Gia đình/bạn bè/hàng xóm |
| <input type="checkbox"/> Head Start hoặc trường mầm non miễn phí/giá thấp khác | <input type="checkbox"/> Chương trình pre-k hệ ngắn hạn | <input type="checkbox"/> Không có - Ở nhà với cha mẹ |
| <input type="checkbox"/> Vườn trẻ hoặc nhà trẻ được cấp phép khác | <input type="checkbox"/> Chương trình khác: _____ | |

2. Trong tuần điển hình, gia đình quý vị làm những điều sau đây với con cái được bao nhiêu lần?

	Không có làm	1-2 lần	3-6 lần	Mỗi ngày
a) Kể truyện hoặc ca bài hát.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Có lễ thói cho giờ ngủ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Đọc sách hoặc cho xem sách hình.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Quý vị có bất kỳ loại thiết bị điện tử nào sau đây để dùng tại nhà không?

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> iPhone hoặc điện thoại thông minh khác | <input type="checkbox"/> Điện thoại Obama | <input type="checkbox"/> iPad/Máy tính bảng | <input type="checkbox"/> Máy tính bàn |
| | <input type="checkbox"/> Máy tính xách tay | <input type="checkbox"/> Thiết bị khác: _____ | |

4. Quý vị có dịch vụ internet/Wifi ở nhà không? Có Không Không biết/Từ chối trả lời

5. Quý vị cảm thấy thoải mái đến mức nào khi truy cập thông tin hoặc chương trình trên mạng?

- Rất bất tiện Hơi bất tiện Bình thường Hơi thoải mái Rất thoải mái

Staff use only: New family Returning family

FRC/Site Name: _____

FRC/Site Staff Name: _____

Thông tin tổng quát về gia đình

6. Trong năm vừa qua, quý vị và trẻ có bao giờ ở trong bất kỳ chỗ nào sau đây vì bị mất nơi ở, khó khăn về kinh tế hoặc vì không có cách nào khác không? (Đánh dấu mọi mục có ứng dụng)

- Tạm thời ở với bạn bè hoặc gia đình, trong một căn nhà hoặc chung cư
 Khách sạn hoặc nhà nghỉ
 Nơi trú ẩn hoặc chương trình nhà ở tạm
 Xe ô tô hoặc RV, bãi cắm trại, công viên, hoặc nơi công cộng
- KHÔNG, không có liệt kê ở đây
 Nơi khác: _____

7. Quý vị và gia đình quý vị có nguy cơ bị mất nơi ở hiện tại trong tháng tới không?

- Có Không Từ chối trả lời

8. Trong năm qua, quý vị đã dùng những chương trình, dịch vụ hoặc sự hỗ trợ nào cho việc nuôi dạy con cái?

- Các lớp giáo dục/hỗ trợ nuôi dạy con (ví dụ: các hội thảo hay lớp về nuôi dạy con cái, phát triển hoặc hành vi của trẻ em)
 Các cuộc viếng thăm tại nhà bởi một y tá, nhân viên cộng đồng, chuyên gia tinh thần/trị liệu, hoặc nhà cung cấp khác
 Các dịch vụ được cung cấp thông qua Trung tâm Tài nguyên Gia đình (ví dụ: được giấy giới thiệu, hội thảo, lớp học)
 Thư viện hoặc thư viện di động Bookmobile (ví dụ: mượn sách, tham gia lớp học hoặc sự kiện, lấy thông tin từ thủ thư)
 Chương trình hay dịch vụ khác: _____
 Không phải là các chương trình, dịch vụ hoặc hỗ trợ này

9. Quý vị có biết ứng dụng "Building Blocks of Parenting" không? Có Không Từ chối trả lời

10. Có bất kỳ chương trình nào trong số những chương trình này đang phục vụ quý vị hoặc một thành viên khác trong gia đình không? (Đánh dấu vào mọi mục có ứng dụng)

- CalFresh/EBT
 CalWORKs
 WIC
 Dịch vụ phúc lợi trẻ em/CPS
- Dịch vụ sức khỏe tinh thần/hành vi
 Chương trình School Linked Services
 Chương trình khác (xin nêu rõ) _____
 Không phải là các chương trình này

Kết nối gia đình quý vị với các dịch vụ

11. Từ khi đại dịch COVID-19 bắt đầu và nền kinh tế bị ngưng lại, gia đình quý vị đã bị tác động như thế nào? (Đánh dấu mọi mục có ứng dụng)

- Mất việc làm
 Số giờ làm bị giảm bớt
 Mất bảo hiểm y tế
- Mất dịch vụ giữ trẻ cho con tôi
 Bị nhiễm COVID-19
 Tác động khác (xin nêu rõ) _____

12. FIRST 5 muốn giúp quý vị tìm các nguồn trợ giúp để đáp ứng nhu cầu gia đình quý vị. Quý vị đã lo lắng đến mức nào về những điều sau đây cho quý vị hoặc gia đình?

	Không hề	Một ít	Vừa mức	Rất nhiều
a) Có đủ tiền để trả các hóa đơn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sức khỏe hoặc vấn đề y tế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hoàn cảnh nhà ở của tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vấn đề liên quan đến việc làm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nhà trẻ/giáo dục mầm non (TK, vườn trẻ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Di trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Vấn đề với vợ/chồng hoặc người bạn đời	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Khả năng cung cấp đủ thức ăn lành mạnh cho bản thân và gia đình.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hành vi của con tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Cảm thấy buồn, căng thẳng hoặc không còn hứng thú làm những điều tôi/chúng tôi thích trước đây	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thông tin về những người con dưới 6 tuổi của quý vị

Tên <i>Ví dụ: Loan</i>	Tên đệm viết tắt <i>Ví dụ: P</i>	Họ <i>Ví dụ: Trần</i>	Giới tính	Ngày sinh	Ngôn ngữ chính (Đánh dấu vào chỉ một mục)	Sắc tộc (Đánh dấu vào chỉ một mục)	Bảo hiểm (Đánh dấu vào chỉ một mục)	Có được bác sĩ khám năm trước không?	Nếu trẻ trên 1 tuổi: Có được khám răng năm trước không?	Trẻ đã được khám phần nào sau đây?	Nhu cầu đặc biệt (Được xác định bởi nhà cung cấp dịch vụ)
1.			<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tháng____ Ngày____ Năm____	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog <input type="checkbox"/> Tiếng Nam Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông <input type="checkbox"/> Tiếng Đông Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng khác_____	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ Latinh/Chicano <input type="checkbox"/> Da trắng không thuộc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đông Nam Á khác <input type="checkbox"/> Nam Á <input type="checkbox"/> Đông Á <input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da đen/gốc Châu Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Alaska <input type="checkbox"/> Hai hoặc đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác	<input type="checkbox"/> không có bảo hiểm <input type="checkbox"/> Medi-Cal (bao gồm bảo hiểm miễn phí /giảm chi phí từ Kaiser / Covered California) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Sức khỏe <input type="checkbox"/> Răng miệng <input type="checkbox"/> Thị lực <input type="checkbox"/> Phát triển <input type="checkbox"/> Không có trong các mục trên	<input type="checkbox"/> Có nhu cầu đặc biệt <u>được chẩn đoán bởi chuyên gia</u> (Xin nêu rõ): _____ _____ <input type="checkbox"/> Đang có sự <u>giúp đỡ chuyên môn</u> cho nhu cầu đặc biệt
2.			<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tháng____ Ngày____ Năm____	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog <input type="checkbox"/> Tiếng Nam Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông <input type="checkbox"/> Tiếng Đông Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng khác_____	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ Latinh/Chicano <input type="checkbox"/> Da trắng không thuộc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đông Nam Á khác <input type="checkbox"/> Nam Á <input type="checkbox"/> Đông Á <input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da đen/gốc Châu Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Alaska <input type="checkbox"/> Hai hoặc đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác	<input type="checkbox"/> không có bảo hiểm <input type="checkbox"/> Medi-Cal (bao gồm bảo hiểm miễn phí /giảm chi phí từ Kaiser / Covered California) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Sức khỏe <input type="checkbox"/> Răng miệng <input type="checkbox"/> Thị lực <input type="checkbox"/> Phát triển <input type="checkbox"/> Không có trong các mục trên	<input type="checkbox"/> Có nhu cầu đặc biệt <u>được chẩn đoán bởi chuyên gia</u> (Xin nêu rõ): _____ _____ <input type="checkbox"/> Đang có sự <u>giúp đỡ chuyên môn</u> cho nhu cầu đặc biệt

Thông tin về những người con dưới 6 tuổi của quý vị

3.			<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tháng____ Ngày____ Năm____	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog <input type="checkbox"/> Tiếng Nam Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông <input type="checkbox"/> Tiếng Đông Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng khác_____	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ Latinh/Chicano <input type="checkbox"/> Da trắng không thuộc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đông Nam Á khác <input type="checkbox"/> Nam Á <input type="checkbox"/> Đông Á <input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da đen/gốc Châu Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Alaska <input type="checkbox"/> Hai hoặc đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác	<input type="checkbox"/> không có bảo hiểm <input type="checkbox"/> Medi-Cal (bao gồm bảo hiểm miễn phí /giảm chi phí từ Kaiser / Covered California) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Sức khỏe <input type="checkbox"/> Răng miệng <input type="checkbox"/> Thị lực <input type="checkbox"/> Phát triển <input type="checkbox"/> Không có trong các mục trên	<input type="checkbox"/> Có nhu cầu đặc biệt <u>được chẩn đoán bởi chuyên gia</u> (Xin nêu rõ): _____ _____ <input type="checkbox"/> Đang có sự <u>giúp đỡ chuyên môn</u> cho nhu cầu đặc biệt
4.			<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tháng____ Ngày____ Năm____	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog <input type="checkbox"/> Tiếng Nam Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông <input type="checkbox"/> Tiếng Đông Á khác <input type="checkbox"/> Tiếng khác_____	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ Latinh/Chicano <input type="checkbox"/> Da trắng không thuộc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Việt <input type="checkbox"/> Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Đông Nam Á khác <input type="checkbox"/> Nam Á <input type="checkbox"/> Đông Á <input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da đen/gốc Châu Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Alaska <input type="checkbox"/> Hai hoặc đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác	<input type="checkbox"/> không có bảo hiểm <input type="checkbox"/> Medi-Cal (bao gồm bảo hiểm miễn phí /giảm chi phí từ Kaiser / Covered California) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư nhân Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Sức khỏe <input type="checkbox"/> Răng miệng <input type="checkbox"/> Thị lực <input type="checkbox"/> Phát triển <input type="checkbox"/> Không có trong các mục trên	<input type="checkbox"/> Có nhu cầu đặc biệt <u>được chẩn đoán bởi chuyên gia</u> (Xin nêu rõ): _____ _____ <input type="checkbox"/> Đang có sự <u>giúp đỡ chuyên môn</u> cho nhu cầu đặc biệt