



Kính gửi Quý Phụ Huynh/Người Giám hộ:

Xin cảm ơn vì đã liên lạc Học Khu Thống Nhất San Francisco (SFUSD), Giáo dục Đặc biệt Mầm Non (ECSE) Đơn vị Đầu vào Preschool (PIU). Thư này đã được gửi đến để phản hồi về yêu cầu của quý vị cho một đánh giá ECSE cho con em quý vị.

Nhằm để thực hiện đánh giá của chúng tôi, SFUSD đề nghị quý vị cung cấp những mục như sau:

- Bảng câu hỏi Phụ huynh/Người chăm sóc đã hoàn tất (được đính kèm).
- Mẫu đơn được Giáo viên điền hoàn chỉnh (được đính kèm) **nếu** trẻ theo tại một cơ sở preschool hoặc nhà trẻ.
- Xác nhận bằng văn bản các kết quả tầm soát thính giác và thị giác (phải được thực hiện trong vòng 12 tháng)..
- Bản sao của bất cứ đánh giá hoàn chỉnh nào trước đây của trẻ.
- Một (1) bản gốc chứng minh việc đang cư ngụ tại địa phương (ví dụ: hóa đơn PG&E, hóa đơn nước, hoặc hóa đơn cable).
- Xác nhận khai sinh của trẻ (ví dụ: Giấy Khai sinh, Chứng sinh của Bệnh viện) Nếu tài liệu không bao gồm tên của Phụ huynh/Người giám hộ, cần có thêm một xác nhận về quyền giám hộ bổ sung.
- Ảnh ID của Phụ huynh/Người giám hộ

Ngay khi nhận được những mục này PIU phải phản hồi trong vòng mười lăm (15) ngày bằng một văn bản Kế hoạch Đánh giá dành cho trẻ, hoặc Văn bản Ghi chú Đầu tiên (PWN) giải thích tại sao trẻ sẽ không được thực hiện việc đánh giá. Vui lòng chú ý rằng thời điểm này không áp dụng cho kỳ nghỉ hè, hoặc những ngày nghỉ lễ của trường quá năm (5) ngày (ví dụ: nghỉ đông).

Bảng câu hỏi được kèm trong tập hồ sơ này và được yêu cầu những tài liệu sẽ hỗ trợ cho những người đánh giá của SFUSD hiểu về trẻ, giải quyết chính xác những lo ngại của quý vị, và xác định xem bất kỳ đánh giá nào cần thiết.

Vui lòng điền đầy đủ và gửi thư tất cả những tài liệu này đến:

SFUSD-Special Education Services
Prek Assessment Unit
1520 Oakdale Ave. Ground Floor
San Francisco, CA 94124

Hoặc gửi thư điện tử đến: ECreferrals@sfusd.edu hoặc Fax: (415) 920-5075 Attn: SPED- PreK Assessment Unit

Để tiện cho quý vị, một danh sách các câu hỏi thường gặp (FAQ) nói về quá trình đánh giá được kèm theo trong tập hồ sơ này. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về những



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

mẫu đơn này hoặc cần hỗ trợ để điền đơn, vui lòng liên lạc văn phòng chúng tôi theo số điện thoại (415) 4012525 x1101.

Trân trọng,
Học khu Thống Nhất San Francisco
Cập nhật 10/2018



1. Trong vòng mười lăm (15) ngày kể từ ngày giới thiệu, nhân viên đánh giá sẽ xem xét yêu cầu giới thiệu và xác định phần hồi thích hợp cho việc đề nghị đó. Họ sẽ hoặc là phát triển một Kế Hoạch Đánh Giá nêu ra những lĩnh vực cần được đánh giá, hoặc họ sẽ gửi một lá thư (Văn bản Ghi chú Đầu tiên) để giải thích vì sao việc đánh giá sẽ không được thực hiện.
2. Nếu một Kế hoạch Đánh giá được phát triển, nó sẽ được gửi đến cho Phụ huynh/Người giám hộ để ký tên. Không có trẻ em nào có thể được đánh giá mà không có sự đồng ý của phụ huynh và chữ ký của họ trong bảng kế hoạch.
3. Trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi Kế hoạch Đánh giá được ký, ngoài trừ mùa hè và những ngày nghỉ lễ của trường không quá năm (5) ngày, một cuộc đánh giá sẽ được thực hiện và một cuộc họp về Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP) cũng sẽ được tổ chức.

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP (FAQ)

Ai sẽ thực hiện các đánh giá?

Bản chất và lĩnh vực quan tâm được nêu trong yêu cầu sẽ xác định loại nhân viên đánh giá được chỉ định. Có thể là một Chuyên viên Tâm lý ECSE, Chuyên viên bệnh học Ngôn ngữ - Lời nói, người cung cấp các dịch vụ có liên quan (ví dụ: Chuyên viên trị liệu Vận động, Chuyên viên trị liệu Thể chất, ...), hoặc bất kỳ sự kết hợp nào của những người đánh giá này.

Điều gì sẽ diễn ra sau khi đánh giá?

Phụ huynh/Người giám hộ sẽ được thông báo để tham gia vào một cuộc họp IEP. Cuộc họp IEP sẽ được sắp xếp thời gian để bảo đảm phụ huynh/người giám hộ có thể tham dự được.

Cuộc họp IEP là gì?

Một cuộc họp IEP là nơi thông tin được thu thập từ việc đánh giá được diễn giải, thảo luận, và sử dụng để đưa ra các quyết định về việc giáo dục của trẻ. Thông tin về trẻ sẽ được sử dụng để:

- *Xác định xem trẻ có đủ điều kiện để được nhận giáo dục đặc biệt và những dịch vụ liên quan và/hoặc quyết định liệu trẻ có thỏa mãn với định nghĩa của một "trẻ bị khiếm khuyết", theo Luật Cải thiện Giáo dục đối với những Cá nhân Khiếm khuyết (IDEIA).*
- *Nếu trẻ đủ điều kiện được tiếp nhận các Dịch vụ Giáo dục Đặc biệt, các mục tiêu sẽ được phát triển để hỗ trợ trẻ trong việc nhận được lợi ích giáo dục.*

Để có thêm thông tin, vui lòng truy cập vào trang web của chúng tôi: [www.sfusd.edu](http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education-services.html)
(<http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education-services.html>)

Cập nhật 10/2018



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Bảng Câu Hỏi cho Phụ Huynh/Người Chăm Sóc

Ngày: _____ Người Điền đơn: _____

Có ai giúp quý vị điền biểu mẫu này không? Có / Không

Nếu có, xin ghi tên người đó và quan hệ với đứa trẻ: _____

Tên Họ Hợp pháp của Trẻ: _____ Tên Riêng: _____

Ngày sinh của Trẻ: _____ Giới tính (Đánh dấu): Nam Nữ

Sắc tộc của Trẻ (Ghi tất cả phù hợp): _____

Lý do Giới thiệu: _____

Người Chăm Sóc #1: Phụ huynh / Ông Bà /
 Người Giám hộ / Cha mẹ Nuôi / Người khác

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Căn hộ # _____ Mã Bưu chính _____

Đây có phải là nơi cư ngụ chính của trẻ không?

Có / Không

Số điện thoại liên lạc tiện nhất: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Số điện khác / Email: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Quý vị mong muốn được liên lạc bằng cách thức:

Điện thoại / Email / Không ưu tiên

Người Chăm Sóc #2: Phụ huynh / Ông Bà /
 Người Giám hộ / Cha mẹ Nuôi / Người khác

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Căn hộ # _____ Mã Bưu chính _____

Đây có phải là nơi cư ngụ chính của trẻ không?

Có / Không

Số điện thoại liên lạc tiện nhất: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Số điện khác / Email: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Quý vị mong muốn được liên lạc bằng cách thức:

Điện thoại / Email / Không ưu tiên



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Khảo sát về Ngôn ngữ Nói ở nhà

Người lớn ở nhà dùng ngôn ngữ nào nhiều nhất? _____

Quý vị dùng ngôn ngữ nào để nói chuyện với con em mình nhiều nhất? _____

Con em quý vị học ngôn ngữ nào khi bắt đầu biết nói? _____

Con em quý vị dùng ngôn ngữ nào nhiều nhất ở nhà? _____

Ngôn ngữ ưu tiên quý vị dùng cho các văn bản giao tiếp giữa gia đình và SFUSD là gì? _____.

Ngôn ngữ ưu tiên quý vị dùng cho việc liên lạc bằng lời nói giữa gia đình và SFUSD là gì? _____.

Thành viên gia đình

Tên	Mối quan hệ với học sinh	Tuổi	Nghề nghiệp
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Thông tin dành cho trẻ học Mầm Non/Vườn trẻ (nếu phù hợp):

Con em quý vị có tham gia một trường học, trung tâm giữ trẻ, hay bất cứ hoạt động theo thời khóa biểu nhóm đều đặn nào với các trẻ em khác không (vd: vườn trẻ, các lớp gym,...)?

Có, vui lòng nêu rõ bên dưới Không

Tên Trường/Chương trình _____ Ngày bắt đầu đi học: _____

Địa chỉ: _____ Giáo viên: _____

Số điện thoại: _____ Ngày/Giờ: _____

ECSE Questionnaire 1 of 7

Những Trường học /Vườn Trẻ trước đây (Xem phần cuối trang, nếu cần thêm chỗ để điền) _____

Thông tin Khi Sinh:

Thai kỳ: _____ Cân nặng khi sinh: _____

Có biến chứng nào trong lúc mang thai hay không: Có, xin giải thích dưới đây Không

Có biến chứng nào trong lúc sinh hay không: Có, xin giải thích dưới đây Không

Có biến chứng nào sau khi sinh hay không: Có, xin giải thích dưới đây Không



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Những giai đoạn phát triển quan trọng: (Cho biết tuổi của trẻ, hoặc ghi “chưa làm”)
(Chỉ ra độ tuổi con em quý vị đạt được các giai đoạn như sau, hay ghi rõ “Chưa”)

Vận động Tổng thể: Ngồi thẳng mình: _____ Bò: _____ Đi một mình: _____

Vận động Tinh: Kẹp các vật nhỏ: _____ Tự dứt ăn: _____ Cầm bình sữa: _____

Giao tiếp: Biết nói các Từ đầu tiên: _____ Kết hợp hai từ hoặc nhiều từ hơn: _____

Tập dùng nhà cầu: Ban ngày: _____ Ban đêm: _____

Thông tin Y Tế/Sức khỏe:

Có tiểu sử bệnh, tai nạn và/hoặc có nằm bệnh viện hay không? Có, xin giải thích Không

Con em quý vị có được chẩn đoán bị bệnh rối loạn, chậm phát triển, hoặc tình trạng đặc biệt hay không?
 Có, xin giải thích Không

Lần cuối cùng con em quý vị khám sức khỏe tổng quát là khi nào? _____

Bác sĩ của con em quý vị là ai? _____

Điện thoại: _____ Địa chỉ: _____

Con em quý vị có vượt qua Kiểm tra Thính giác cho em bé sơ sinh không? Có Không

Nhiễm trùng tai không? Có-Bao nhiêu lần? _____ Không

Nhiễm trùng tai đã được điều trị ra sao? _____

Có đặt ống PE không? Có - Khi nào _____ Không

Ngày và địa điểm làm kiểm tra thính giác gần đây nhất: _____

Kết quả _____

Ngày và địa điểm làm kiểm tra thị giác gần đây nhất: _____

Kết quả _____



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Vui lòng cung cấp văn bản xác nhận các kết quả kiểm tra thính lực và thị lực nếu con em quý vị đã được kiểm tra thính lực và thị lực trong vòng 12 tháng vừa qua.

Thông tin Bổ sung:

Chế độ ăn uống đặc biệt/thức ăn kiêng: Có, xin giải thích dưới đây Không

Mút ngón tay cái, ngậm nắm vú, bú bình: Con em quý vị có mút ngón tay cái của em hay không?

Có, xin giải thích dưới đây (Tuổi ngưng: _____) Không

Con em quý vị có bị Dị ứng: Có, xin giải thích dưới đây Không

Con em quý vị có bị Suyễn: Có, xin giải thích dưới đây Không

Con em quý vị có Bị thương ở đầu: Có, xin giải thích dưới đây Không

Con em quý vị có được làm Xét nghiệm di truyền: Có, xin giải thích dưới đây Không

Con em quý vị có sử dụng bất cứ thiết bị chuyên biệt nào không (vd: cây nạng đi bộ, xe lăn, hỗ trợ ngồi, thiết bị phát âm,...)? Có, xin giải thích dưới đây Không

Có tiền sử gia đình hay có thành viên gia đình nào bị khó khăn trong việc học, chậm phát triển hay các lo ngại về sức khỏe tâm thần hay không? Có, xin giải thích dưới đây Không

Thông tin khác: (mô tả) _____



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Mô tả con em quý vị:

Lúc còn bé con tôi (Đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp):

- | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Rất hiếu động | <input type="radio"/> Im lặng | <input type="radio"/> Khó dỗ dành |
| <input type="radio"/> Dễ dỗ dành | <input type="radio"/> Bị đau bụng | <input type="radio"/> Khó cho bú |
| <input type="radio"/> Rụt rè | <input type="radio"/> Thân thiện | <input type="radio"/> Dễ tính |
| <input type="radio"/> Khó ngủ | <input type="radio"/> Khóc nhiều hơn những em bé khác | |

Ở lứa tuổi biết đi/mầm non, con tôi (Đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Rất hiếu động | <input type="radio"/> Im lặng, ít nói |
| <input type="radio"/> Khóc nhiều | <input type="radio"/> Thân thiện |
| <input type="radio"/> Dễ tính | <input type="radio"/> Rụt rè |
| <input type="radio"/> Có hứng thú với trẻ em khác | <input type="radio"/> Khó ngủ |
| <input type="radio"/> Xem hình trong sách | <input type="radio"/> Không có hứng thú với đồ chơi |
| <input type="radio"/> Không có hứng thú với trẻ em/người khác | <input type="radio"/> Dễ tập nói |
| <input type="radio"/> Khó tập nói | |

Con tôi biểu hiện sự trở ngại khác thường về việc (Đánh dấu vào tất cả mục phù hợp):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Bày tỏ ý kiến/mong muốn/nhu cầu | <input type="radio"/> Đi đứng |
| <input type="radio"/> Nhảy chân sáo/nhảy lò cò | <input type="radio"/> Đập đầu |
| <input type="radio"/> Đạp xe đạp/xe ba bánh | <input type="radio"/> Tự mặc quần áo |
| <input type="radio"/> Rời xa cha mẹ | <input type="radio"/> Sợ hãi vô cùng |
| <input type="radio"/> Tiếp xúc với bạn đồng lứa | <input type="radio"/> Tự ăn uống |
| <input type="radio"/> Nổi cơn giận dữ tột bậc | <input type="radio"/> Ném/chộp banh |
| <input type="radio"/> Cầm viết chì/viết sáp màu/viết lông | <input type="radio"/> Khó chịu với các tiếng ồn |
| <input type="radio"/> Đập/vẫy tay | <input type="radio"/> Sống trong thế giới riêng của nó |
| <input type="radio"/> Học nói | <input type="radio"/> Có hứng thú với các đồ chơi riêng biệt |
| <input type="radio"/> Lời nói không rõ ràng | <input type="radio"/> Hành vi lặp đi lặp lại |
| <input type="radio"/> Làm theo hướng dẫn | <input type="radio"/> Dễ dàng khó chịu với thay đổi thói quen |
| | <input type="radio"/> Các cử động cơ thể bất thường |

Những quan sát hoặc chi tiết khác : (mô tả) _____

Sở trường của con tôi _____

Những sở thích/đồ chơi ưa thích/sinh hoạt của con tôi: _____



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Con em quý vị làm/tập trung vào các sinh hoạt ưa thích khoảng bao lâu? _____

Những điều khiến tôi lo lắng về con tôi _____

Con em quý vị đã từng được kiểm tra trước đây hay chưa?

Loại Kiểm tra

Tên người kiểm tra/Cơ quan

Ngày Kiểm tra/Báo cáo

Loại Kiểm tra	Tên người kiểm tra/Cơ quan	Ngày Kiểm tra/Báo cáo

Con em quý vị có nhận hoặc đã nhận bất kỳ dịch vụ trị liệu/can thiệp hỗ trợ nào không (OT, PT,SLP, ABA, Hành vi, vv....)

Loại Trị liệu/Can thiệp

Nhà cung cấp

Ngày dịch vụ

Loại Trị liệu/Can thiệp	Nhà cung cấp	Ngày dịch vụ

Xin vui lòng cung cấp bản sao của các báo cáo đánh giá và tiến bộ về các dịch vụ trị liệu hiện thời của con em quý vị.

Quý vị có muốn cho chúng tôi biết thêm điều gì về con em nữa không? _____

Thêm chỗ trống để điền, (Xin cho biết số trang và phần liên hệ trong mẫu đơn)



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

CHẤP THUẬN CÔNG BỐ THÔNG TIN KÍN ĐÁO

Tôi cho phép trao đổi thông tin về:

Tên họ của trẻ: _____

Ngày sinh: _____

Tôi, _____ (viết tên bằng chữ in) cho phép những nhà cung cấp dịch vụ đã được tôi ký tắt tên dưới đây trao đổi thông tin về con em tôi với Học Khu Thống Nhất San Francisco.

(Xin chỉ ra hay điền vào bất kỳ và tất cả những cơ quan nào phù hợp)

Golden Gate Regional Center
875 Stevenson St. 6th Floor
San Francisco, CA 94103

California Children Svs.
30 Van Ness Ave. Ste. 210
San Francisco, CA 94102

CA Pacific Medical Center
Attn: Child Dev. Ctr.
3700 California Street
San Francisco, CA 94118
415-750-6200

SF Department of Human Svs.
Attn: Medical Correspondence
PO Box 7988
San Francisco, CA 94103

Chinatown Child Dev. Ctr.
Attn: Infant Dev. Prgm.
720 Sacramento Street
San Francisco, CA 94108

Kaiser Permanente
350 St. Joseph Street
San Francisco, CA
Fax: 415-883-3071

SF Easter Seal Society
Attn: Early Intervention
95 Hawthorne
San Francisco, CA 94105

Infant Parent Program
SFGH Bldg. 9
2550 23rd Street, RM 130
San Francisco, CA 94110

SF General Hospital
Attn: Medical Rec. Dept.
100 1 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

SF Hearing & Speech Ctr.
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

Family Development Ctr.
Attn: Early Intervention
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

St. Luke's Hospital
Attn: Medical Records
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

Support for Families
2601 Mission Street, Ste. 606
San Francisco, CA 94110

UCSF Hospital
Attn: Medical Rec. Dept.
400 Parnassus Ave. RM A67
San Francisco, CA 94143

Đa ngành
Trung tâm Kiểm tra (MDAC) SF
General Hospital
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

Vườn Trẻ/Trường học
Tên Hiệu trưởng/_____
Giáo viên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Mã Bưu
chính : _____
Điện thoại: _____

Hội đồng Trẻ em của SF
455 Church Street
San Francisco, CA 94114

Khác: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Mã Bưu
chính : _____
Điện thoại: _____

Tên Bác sĩ: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Mã Bưu
chính : _____
Điện thoại: _____

Khác
Địa chỉ: _____
Thành phố/Mã Bưu
chính : _____
Điện thoại: _____

Sự cho phép này có thể được thu hồi bất cứ lúc nào bằng thư gửi đến địa chỉ trên đây.

Chữ ký: _____

Ngày: _____



Teacher/Care Provider Input Form

Name of Child: _____ Date of Birth: _____

School/Center Name: _____

Program Type: _____
(e.g. Child Care Center, Montessori, Play-Based Preschool, Pre-Kindergarten, etc.)

Language(s) used during instruction: _____

Name of person completing this form: _____ Date: _____

Number of children in class: _____ Adult-to-child ration in class: _____ / _____
(Adults) (Children)

How long have you work with this child? _____

Please provide information on the child's strengths and challenges (if any) with regard to the following developmental domains.

Pre-Academics/Academics: _____

Classroom Behavior/Participation: _____

Communication: _____



Teacher/Care Provider Input Form Continued

Daily Living Skills: _____

Fine & Gross Motor: _____

Social/Emotional: _____

Additional Comments: _____

Thank you for helping us better understand your student.