

Ngày hôm nay (thth/ngng/nnnn):

Tên trẻ: Ngày sinh:

Giới tính: Nam Nữ phi nhị giới

Chủng tộc/Sắc tộc	Đánh dấu các ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Thổ dân da đỏ/Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii/Đảo Thái Bình Dương khác		
Tây Ban Nha/Mỹ La-tinh	Đánh dấu một ô: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Trường học hay loại hình trông trẻ	Đánh dấu các ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Trường tư <input type="checkbox"/> Trường tôn giáo <input type="checkbox"/> Trường công đặc cách (Charter) <input type="checkbox"/> Nhà trẻ <input type="checkbox"/> Chương trình Head Start <input type="checkbox"/> Các trường công của DC <input type="checkbox"/> Chưa ghi danh		
Tên trường học hay chỗ trông trẻ			
Tên phụ huynh/người giám hộ	Mối quan hệ với trẻ		
Địa chỉ đường phố	Điện thoại nhà		
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip	Số điện thoại khác		
Ngôn ngữ chính của phụ huynh/người giám hộ	Ngôn ngữ chính của trẻ		
Email của phụ huynh/người giám hộ			
Lý do giới thiệu			

Thông tin về người giới thiệu (vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị không phải là phụ huynh của trẻ được giới thiệu).


Tổ chức giới thiệu			
Tên người giới thiệu	Điện thoại người giới thiệu		
Email người giới thiệu	Điện thoại tổ chức		

Thông tin bổ sung (vui lòng hoàn thành phần này nếu biết).

Tên bác sĩ nhi khoa			
Email bác sĩ nhi khoa	Điện thoại bác sĩ nhi khoa		
Tên cán sự xã hội	<input type="checkbox"/> Cơ Quan Dịch Vụ cho Trẻ Em và Gia Đình (CFSA)		
Email cán sự xã hội	Điện thoại cán sự xã hội		

Đánh giá của phụ huynh/người giám hộ (đánh dấu các ô phù hợp):

- Tôi đã xem xét việc giới thiệu này. Tôi hiểu rằng việc giới thiệu này bắt đầu một quy trình mà sẽ quyết định việc con tôi có đủ điều kiện tham gia chương trình giáo dục đặc biệt hay các dịch vụ công bằng hay không. Tôi hiểu rằng tôi có thể dừng quy trình này vào bất cứ lúc nào.
- Tôi đồng ý cho phép DCPS chia sẻ các kết quả kiểm tra sàng lọc và đánh giá của con tôi với người thực hiện việc giới thiệu này.

 <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>
Chữ ký phụ huynh/người giám hộ:	Ngày:

Vui lòng fax mẫu đơn này đến số **202.654.6079** hay gửi qua email đến referral@earlystagesdc.org
 Để biết thêm thông tin hay để giới thiệu cho một trẻ, xin gọi số **202.698.8037** hoặc vào trang web của chúng tôi tại www.earlystagesdc.org.