



Chào quý vị tới trường FirstLine!
Sinh Viên Mới
Đăng Ký nhập học

Vui lòng điền vào các biểu mẫu và nộp các tài liệu yêu cầu dưới đây:

- ☐ Bản sao giấy khai sinh của sinh viên
- ☐ Bản sao giấy chích ngừa
- ☐ Một bằng chứng cư trú (ví dụ điện thoại, tiền nước, giấy thuê nhà)
- ☐ Bản sao bảo hiểm Medicaid hoặc thẻ bảo hiểm tư
- ☐ Bản sao phiếu điểm năm học trước
- ☐ Bản sao bảng điểm trung học (học sinh trung học mà thôi)

Xin mang theo những điều sau đây, nếu áp dụng:

- ☐ iEP/504
- ☐ Bản san được miễn LEAP
- ☐ Bản san LEAP, iLEAP, ACT, và/hoặc điểm của EOC

*** Theo quy định của luật học và luật liên bang áp dụng, các trường học của FirstLine tuyển sinh viên được thực hiện mà không quan tâm đến một sinh viên/ hoặc gia đình của chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, và quốc tịch và / hoặc tình trạng di trú. Không có con em nào sẽ bị từ chối nhập học do không có khả năng để sản xuất các tài liệu được yêu cầu do công dân của mình và / hoặc tình trạng nhập cư, và / hoặc vô gia cư.**



Đồng ý cho trường học FirstLine biết hồ sơ
Cho phép tiết lộ thông tin học sinh như perthe United States Code "bảo vệ các quyền và bảo
mật của Phụ Huynh và Học Sinh.

Tên họ của học sinh

Tên gọi

Ngày sinh

Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Mục đích của mẫu này là dành cho bạn để cho phép Trường FirstLine yêu cầu hồ sơ học tập của con em mình từ các trường cũ.

Văn phòng đăng ký hoặc người cố vấn:

Bạn đều bãi ủy quyền để phát hành hồ sơ của bạn các dữ liệu sau đây về những học sinh được liệt kê dưới đây.

- Dữ liệu thử nghiệm tiêu chuẩn hóa
- Dữ liệu thành tích Scholastic
- Dữ liệu y tế / chích ngừa
- Giấy khai sinh
- An Ninh Xã Hội
- Hồ sơ IEP

Lịch sử các trường học trước của học sinh			
	Lớp	Tên trường học	Thành phố
1			
2			
3			
4			
5			
.			

Tôi cho phép các nhân viên của trường FirstLine yêu cầu hồ sơ giáo dục con của tôi từ bất kỳ trường học trước đây.

Tên phụ huynh/người giám hộ

Chữ ký

Ngày



Đơn Ghi Danh của Trường FirstLine

Tên Họ của học sinh

Tên Gọi

Tên Đệm

Ngày sinh: ____/____/____

Tính: Nam Nữ

Số an ninh xã hội (không bắt buộc): _____ - _____ - _____.

Trường đăng ký vào (chọn một ô):

- Trường Arthur Ashe Charter
- Trường Samuel J. Green Charter
- Trường Phillis Wheatley Community (trước đây là Trường John Dibert)
- Langston Hughes Academy
- Joseph S. Clark Preparatory H.S.

Bạn đã nghe về chúng tôi như thế nào (Đánh dấu vào các ô có đáp):

- Bạn
- Một gia đình khác có con học trường FirstLine . Nếu có, xin ghi tên gia đình:
- Một quảng cáo nơi trú ẩn
- Một quảng cáo trên xe buýt
- Đài phát thanh
- Tờ quảng cáo
- Facebook

Lớp của năm trước:

Trưởng học trước :

Tên trường

Thành Phố, Tiểu Bang

Địa chỉ trường:

Số và tên đường

Thành Phố, Tiểu Bang



Trường học trước:

Số và tên đường

Thành Phố, Tiểu Bang

Trường FirstLine có xe buýt đưa đón tất cả các học sinh cư trú tại Orleans Parish và ít nhất ở một dặm từ khuôn viên trường mà học sinh đang theo học. Học sinh trong lớp mẫu giáo tới lớp Hai (K-2) phải có một người lớn ở bên để đón học sinh. Vui lòng cho biết dưới đây cách sinh viên này sẽ đến trường vào buổi sáng (AM) và khởi hành vào buổi chiều (PM) bằng cách nào).

Sáng:

- Đi bộ tới trường
- Xe
- Xe buýt
- Xe công cộng RTA

Chiều:

- Đi bộ về
- Xe
- Xe buýt
- Xe công cộng RTA

Điện thoại cá nhân của học sinh: _____(nếu có áp dụng)

Phụ huynh/Người Giám Hộ và thông tin khi khẩn cấp

(Chỉ ghi tên những người sẽ đón sau giờ học hoặc cho con em về xóm)

Tên người đón	Liên hệ với học sinh	Điện thoại	Điện thoại khác	Địa chỉ EMAIL	Có ở với học sinh không?
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Ghi tên những người không được phép đón con em:

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ (Viết chữ in)

Phụ Huynh/Giám Hộ Ký Tên

Ngày



Louisiana Student Residency Questionnaire Form
(Form Must Be Included In School Enrollment Packet)

Đơn tiểu bang Louisiana hỏi về cư trú học sinh
(Mẫu này phải có trong khi đăng ký nhập học)

Tên họ học sinh

Tên gọi

Ngày sinh

Pháp luật: Câu hỏi này được thiết kế để giải quyết các luật McKinney-Vento. Con của bạn có thể được hưởng các dịch vụ giáo dục bổ sung thông qua Title I Phần A, Title I Phần C-Migrant, Đạo Luật Người Khuyết Tật (IDEA) và / hoặc Title X, Phần C, Luật Trợ Giúp McKinney-Vento của liên bang, 42 USC 11435. Hội đồng điều kiện có thể được xác định bằng cách hoàn thành bảng câu hỏi này. Sẽ bắt hợp pháp nếu có tình khai báo sai về việc này. Nếu đủ điều kiện, sinh viên sẽ được ngay lập tức ghi danh theo Bulletin 741, phần 341.

1. Có Không Địa chỉ của sinh viên là tạm thời không? (Lưu ý: Nếu đây là nơi ở thường xuyên hoặc gia đình ở trọn hoặc thuê nhà của người khác, ký dưới mục 9 và nộp mẫu đơn cho nhân viên nhà trường.)
2. Có Không Nhà ở tạm thời do mất nhà ở hoặc kinh tế khó khăn?
3. Hiện tại, học sinh đang ở đâu? (Đánh dấu vào có áp dụng)
 - a. Trong trường hợp khẩn cấp / chuyển đổi chỗ ở Đang chờ vị trí chăm sóc nuôi dưỡng.
 - b. Tạm thời ở với gia đình khác vì chúng tôi không đủ khả năng hoặc tìm nhà ở giá rẻ.
 - c. Với một người lớn mà không phải là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, hoặc một mình không có người lớn.
 - d. Trong xe, công viên trailer hay cắm trại mà không cần nước / điện, nhà bỏ hoang hoặc nhà lụp xụp.
 - e. Nhà ở khẩn cấp (tức là FEMA Trailer hoặc Trợ cấp cho thuê FEMA)
 - f. Trong một khách sạn / nhà trọ. khác _____
4. Có Không Con của bạn có một khuyết tật hoặc nhận bất kỳ dịch vụ giáo dục đặc biệt? (Đánh dấu vào có hoặc không)
5. Có Không Con bạn có thể hiện bất kỳ hành vi nào có thể can thiệp vào kết quả học tập của mình không?
6. Bạn có cần giúp về y phục hồ sơ đồ dùng học tập chuyên chở
7. Khác? (Mô tả: _____)
8. Có Không Di chuyển - Các bạn đã di chuyển bất cứ lúc nào trong ba (3) năm qua để tìm công việc tạm thời hoặc theo mùa trong nông nghiệp (bao gồm cả chế biến gia cầm, sữa, nhà trẻ, và gỗ) hoặc câu cá?



9. Có Không Con của bạn có anh chị em ruột (anh chị em) không?
10. Có Không Bạn có cần các dịch vụ thông dịch không? Nếu có, ngôn ngữ nào?
11. Có Không Bạn có cần một thông dịch viên cho các vấn đề liên quan đến việc học tập của con em mình không? Nếu có, ngôn ngữ nào?
12. Người ký tên dưới đây xác nhận rằng các thông tin cung cấp ở trên là chính.

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ (Viết chữ in) Phụ Huynh/Giám Hộ Ký Tên Ngày

Điện thoại

Địa chỉ

Dành riêng cho nhà trường điền:

Ăn trưa miễn phí hoặc giảm giá. Mẫu nộp / ký

Hồ sơ học sinh đặt trong Cumulative

Người giao liên cho những em không nhà sử dụng - (Đánh dấu vào các ô có Áp dụng)

Nhà ở chung không nhà/FEMA khắc sạm/nhà trọ không có người coi trẻ em Có Không chờ vị trí chăm sóc nuôi dưỡng

Tên người liên lạc của trường và Chức Chữ ký (cần thiết) Ngày (R. 3/2012)

Tên họ học sinh

Tên gọi

Ngày sanh



Đơn cho phép đi chơi của trường FirstLine

Tôi cho phép con tôi tham gia trong chuyến đi chơi trong khi con tôi đang theo học tại Trường FirstLine.

Tôi hiểu rằng trường sẽ thực hiện tất cả các khả năng biện pháp phòng ngừa hợp lý để bảo đảm chống lại xảy ra tai nạn. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng trường này hoặc người lớn phụ trách là không chịu trách nhiệm về tai nạn xảy ra đối với trẻ em hoặc tại cơ sở trường học hoặc trong khi đi hiện trường như là một phần của các hoạt động của nhà trường.

Thông tin liên quan đến một chuyến đi chơi cụ thể như ngày, thời gian khởi hành, điểm đến, chi phí và phương tiện đi sẽ được gửi đến cho tôi bởi các giáo viên trước mỗi chuyến đi.

Tên Phụ huynh/Giám hộ

Ký tên

Ngày



Đơn cho phép học sinh lên báo chí trường FirstLine

Trong suốt năm học, học sinh có thể được nêu bật trong các nỗ lực để thúc đẩy trường FirstLine và nhà trường có liên quan của hoạt động và thành tựu. Ví dụ, học sinh có thể được đặc trưng trong các tài liệu đào tạo giáo viên và / hoặc nâng cao nhận thức của công chúng về các trường học của chúng tôi thông qua báo chí, phát thanh, truyền hình, web, DVD, màn hình, tờ quảng cáo, biển quảng cáo, truyền thông xã hội, và các loại phương tiện truyền thông. Cũng có thể có lần khi con tôi đang theo học một trường FirstLine nơi phương tiện truyền thông bên ngoài hoặc những người khác có thể truy cập vào các trường học hoặc học sự kiện và muốn chụp ảnh, băng video, hoặc phỏng vấn các con.

Tôi, là phụ huynh hoặc người giám hộ của _____, từ đây cho trường FirstLine và nhân viên của họ, đại diện, ký hợp đồng lao động, các tình nguyện viên được ủy quyền, ủy quyền và các tổ chức truyền thông địa phương và quốc gia (bao gồm nhưng không giới hạn tới các cửa hàng báo, tạp chí, TV, và các phương tiện truyền thông khác) cho phép in, hình ảnh, và ghi lại con tôi để sử dụng trong âm thanh, video, phim ảnh, hoặc bất kỳ phương tiện truyền thông điện tử, kỹ thuật số và các ấn phẩm khác. Đây là với sự hiểu biết rằng tôi sẽ không nhận được tiền đền bù cho sự tham gia của con tôi, và tôi tiếp tục phát hành và giữ vô hại Trường FirstLine, Ban Giám đốc, nhân viên, nhà nhiếp ảnh, quay phim, và các đại diện khác từ bất kỳ khiếu nại trong tương lai và trách nhiệm, biết hoặc không biết, phát sinh từ việc sử dụng tài liệu này.

Tôi hiểu rằng ký từ bỏ này, tôi đồng ý với hình ảnh giống của con tôi được sử dụng trong các tài liệu giáo dục, quảng bá và tiếp thị, trên các trang web mạng xã hội như Twitter, Facebook, Instagram, blog, trong thông cáo báo chí, trên các trang web, các đài phát thanh, tin tức đài, trên truyền hình, và bất kỳ phương tiện truyền thông khác.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc đơn Chấp thuận và phát hành báo cáo trách nhiệm pháp lý và hoàn toàn hiểu điều khoản và điều kiện của mình.

Xin lưu ý và hiểu rằng nếu bạn không gửi lại đơn này trong vòng mười (10) ngày học kể từ ngày thông báo sẽ được coi là bạn đồng ý với các yêu cầu trên. Hãy In Tên của con.

Tên phụ huynh/Giám hộ

Ký tên

Ngày



Khảo sát dân tộc của trường FirstLine

Tên họ học sinh

Tên Gọi

Ngày sinh

Nơi sinh (Thành phố, Tiểu bang, Nước): _____

Nếu nơi sinh là ở ngoài Hoa Kỳ, ngày (tháng, năm) đến Mỹ là gì?

Thánh:

Năm:

Học sinh là người mẽ hoặc nguồn gốc mẽ không? Có Không

Chọn một hoặc nhiều trong những câu về chủng tộc:

- Mỹ gốc phi/Đen
- Mỹ da đỏ/Gốc Alaska
- Châu Á
- Dân Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình DươngNative
- Mỹ trắng
- Từ chối câu trả lời .

Khảo sát ngôn ngữ ở nhà

Luật Giáo Dục Louisiana yêu cầu tất cả các trường xác định ngôn ngữ (s) nói tại gia đình của từng học sinh để xác định nhu cầu ngôn ngữ cụ thể của họ. Thông tin này là cần thiết để cho các trường học để cung cấp hướng dẫn có ý nghĩa cho tất cả học sinh. Nếu một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được nói tại gia đình, các huyện cần phải làm đánh giá thêm của con em mình. Hãy giúp chúng tôi đáp ứng yêu cầu quan trọng này bằng cách trả lời các câu hỏi sau đây. Cảm ơn bạn đã hỗ trợ giúp trả lời.

1. Có ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng trong nhà của bạn không? Có Không
2. **Nếu KHÔNG, trả lời câu số 7 và số 8.** Nếu CÓ, ngôn ngữ nào? _____
3. Ngôn ngữ đó có nói tại gia đình không? Nói nhiều hơn **Anh Ngữ không?** Nói ít hơn **Anh Ngữ không?**
4. Ngôn ngữ nào được nói bởi những người lớn trong nhà? _____
5. Ngôn ngữ đầu tiên (thứ nhất) con bạn học nói là gì? _____
6. Bạn có cần thông dịch không? Nếu có, ngôn ngữ nào? _____
7. Bạn có cần một thông dịch viên cho các vấn đề liên quan đến việc học tập của con em không? Nếu có, ngôn ngữ nào?
8. Tên phụ huynh/Giám hộ: _____
9. Chữ ký phụ huynh/Giám hộ: _____ Ngày: _____



Khảo Sát những gì học sinh cần của trường FirstLine

Tên họ học sinh

Tên gọi

Ngày sinh

Vui lòng cung cấp càng nhiều thông tin về con bạn để chúng tôi có thể cung cấp cho học sinh các dịch vụ thích hợp. Các trả lời của bạn sẽ không có tác động kết nạp của học sinh vào trường học vì con bạn đã được chấp.

Giáo dục đặc biệt/504/IEP	Có	Không	Không biết
Con tôi đã được giáo dục đặc biệt.			
Tôi muốn cho con tôi được thử đối với dịch vụ giáo dục đặc biệt.			
Con tôi có một kế hoạch giáo dục cá nhân (IEP). Nếu vậy, xin vui lòng cung cấp một bản sao của mình / IEP hoặc danh sách của cô mà trường sẽ có một bản sao của / đơn IEP: _____			
Con tôi nhận được các dịch vụ 504 Rehabilitation Act.			
Con tôi đã được đánh giá cho các dịch vụ giáo dục đặc biệt. Ngày: _____ Tại: _____			
Thêm thông tin	Có	Không	Ghi Chú
Con tôi đã được giữ lại? (Nếu có, Lớp)			
Con tôi đã bị đình chỉ (Nếu có, lý do và mấy lần)			
Con tôi đã bị trục xuất (Nếu có, khi nào)			
Ý kiến bổ sung:			



Tên họ học sinh

Tên gọi

Ngày sinh

Cho Biết về y tế

Công ty cấp bảo hiểm và số

Chương trình

Tên người chính trong bảo hiểm

Ngày sinh

Sở làm

Tên Bệnh Viện ưa thích

Tôi, người tên dưới / người giám hộ, đồng ý cấp cho các nhân viên của trường FirstLine có thẩm quyền để được điều trị y tế cho các con được liệt kê ở trên. Điều này bao gồm quyền để có được điều trị và các thủ tục y tế cho trẻ em là có thể phù hợp trong những trường hợp khẩn cấp, bao gồm điều trị bởi các bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, và các nhân viên y tế. Tôi từ bỏ quyền của mình để có sự đồng ý của điều trị, chỉ trong trường hợp không liên lạc được tôi.

Tên phụ huynh/giám hộ

Ký tên

Ngày



Cho phép gặp y tế

Sức khỏe của con bạn rất là quan trọng đối với chúng tôi. Chúng tôi muốn hỗ trợ bạn trong việc bảo đảm rằng tất cả học sinh được cung cấp những công cụ mà họ cần để thành công. Để giúp việc này, chúng tôi đã biên soạn một danh sách các nhà cung cấp mà chúng tôi duy trì mối quan hệ với. Với sự đồng ý của bạn, họ có thể cung cấp các dịch vụ được liệt kê. Tất cả dịch vụ là tùy chọn và phối hợp với các dịch vụ y tế của trường. Bằng việc ký tên dưới đây, bạn cho phép phối hợp các dịch vụ cho con bạn trong suốt năm học. Bạn có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào.

Kiểm Tra Thị lực

Chăm sóc mắt tại đây
Trẻ em và thanh niên
Dr. Daphe Richardson
Chỉ cho mắt 20/20
Dr. Jeff Silbernagel

Kiểm Tra Thính Lực

Văn phòng Lion's Club
New Orleans Speech & Hearing
Dr. Joe Melcher
Nurse Nikki LLC
LSU Audiology Clinic

Kiểm Tra Nha Khoa

Gentilly Family Dental LLC
Dr. Ambrose Martin DDS
Mobile Dental Unit
(trẻ em)
Dr. Jimani Mwendo DDS

Lịch sử về mắt: Giải phẫu mắt Mắt không đều (Strabismus) Ngứa vết thương Khác :

Hoàn tất có thể bao gồm sự giãn mắt. Điều này có thể gây ra nhạy cảm ánh sáng / mờ trong 3-4 giờ. Kính dùng một lần sẽ được cung cấp. **CÓ, tôi cho phép sự giãn nở.**

Nghe / Lịch sử nha khoa: Dụng cụ cao xu

Khi ký tên dưới đây, tôi cho phép trường FirstLine giữ lại các dịch vụ của một hoặc nhiều hơn các nhà cung cấp chăm sóc được liệt kê ở trên để cung cấp dịch vụ cho con tôi trong suốt năm học. Tôi xác nhận rằng đây là một sự đồng ý tự nguyện và tôi có thể thu hồi thỏa thuận bất cứ lúc nào. Tài liệu này sẽ phục vụ như là sự đồng ý cho dịch vụ giữa các nhà cung cấp và phụ huynh hoặc người giám.

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ

Ký tên

Ngày



**THÔNG TIN Y TẾ CỦA TIÊU BANG LOUISIANA
PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ PHẢI ĐIỀN MỖI NĂM**

Phần 1: Phụ Huynh/Người giám hộ điền. Phụ huynh / Người giám hộ được khuyến khích tham gia vào sự phát triển của một kế hoạch sức khỏe cá nhân nếu cần thiết. Sử dụng thêm giấy, nếu cần thiết, để giải thích thêm			
Tên trường học:			Lớp:
Tên học sinh:	Họ	Tên gọi	Đệm
Ngày sinh:			
Tỉnh: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Địa chỉ học sinh:	Tên đường:	Thành phố, tiểu bang, ZIP:
Tên Mẹ hoặc Giám Hộ:	Điện thoại:	Điện thoại cell:	Điện thoại nơi làm:
Tên Cha hoặc Giám Hộ:	Điện thoại:	Điện thoại cell:	Điện thoại nơi làm:
Tên Bác Sĩ của học sinh:	Điện thoại:	Tên Nha sĩ:	
Tên người chuyên gia y tế hoặc phòng khám đặc biệt chăm sóc cho con của bạn:			
Ký tên phụ huynh hoặc người giám hộ:			<i>Ngày:</i>
Vui lòng kiểm tra các loại bảo hiểm sức khỏe con của bạn: <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư <input type="checkbox"/> Medicaid/LaCHIP <input type="checkbox"/> Không có			
Nếu con của bạn không có bảo hiểm y tế, bạn muốn biết thông tin về bảo hiểm y tế không chi phí? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Trong trường hợp khẩn cấp, nếu không liên lạc được cha mẹ hoặc người giám hộ thì liên lạc người liên hệ sau:			
<i>Tên:</i>	<i>Điện thoại:</i>	<i>Liên hệ:</i>	
CON BẠN CÓ VẤN ĐỀ Y TẾ, TÂM THẦN HAY HÀNH VI CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG TRONG TRƯỜNG MỖI NGÀY KHÔNG?			
Phần 2: ĐÁNH DẤU VÀO CÁC Ô CÓ ÁP DỤNG VỚI CON BẠN. Phụ huynh / Người giám hộ có trách nhiệm cung cấp cho các trường học với các loại thuốc và có thể phải chịu trách nhiệm cho việc cung cấp các thực phẩm đặc biệt hoặc thiết bị mà học sinh có thể yêu cầu trong ngày học. Liên lạc với các y tá của trường để có được đúng thuốc và đơn.			
<input type="checkbox"/> Bị dị ứng			
Loại dị ứng:			
<input type="checkbox"/> Thực phẩm (danh sách thực phẩm): _____ <input type="checkbox"/> Côn trùng đốt (danh sách các loài côn trùng): _____ <input type="checkbox"/> Thuốc men (danh sách thuốc): _____ <input type="checkbox"/> Khác (danh sách): _____ Các phản ứng: (Ngày xuất hiện cuối cùng, nếu có) _____ <input type="checkbox"/> Ho (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Nổi mề đay (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Bệnh phát ban (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Khó thở (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Sưng (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Thở khô khè (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Sưng bình thường (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Nôn (Ngày: _____) <input type="checkbox"/> Khác (Ngày: _____)			
Thuốc quy định hiện hành và phương pháp điều trị:			
<input type="checkbox"/> Uống Antihistamine <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Khác: _____			

<p><input type="checkbox"/> Hen suyễn Gây nên: môi trường (ví dụ, thuốc lá, bụi, vật nuôi, phấn hoa, vv) Ghi ở đây: _____ <input type="checkbox"/> Khác: _____ <i>Con của bạn có triệu chứng hen suyễn với tập thể dục?</i> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Triệu chứng: <input type="checkbox"/> Nghẹt bị kín thở, khó chịu hoặc đau <input type="checkbox"/> Khó thở <input type="checkbox"/> Ho <input type="checkbox"/> Thở khò khè <input type="checkbox"/> Khác</p> <p>Thuốc quy định hiện hành và phương pháp điều trị: _____</p> <p>Ngày nhập viện điều trị cuối cùng liên suyễn: _____ Con của bạn có một kế hoạch quản lý bệnh suyễn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có sử dụng theo dõi lưu lượng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	
<p><input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường Hiện nay quy định các loại thuốc và phương pháp điều trị: <input type="checkbox"/> Ống tiêm thuốc: >> <input type="checkbox"/> mũi kim chích <input type="checkbox"/> Bút chích <input type="checkbox"/> bơm <input type="checkbox"/> Kiểm tra lượng đường trong máu <input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Thuốc uống: >>> Toa các loại thuốc: _____ <input type="checkbox"/> Có cần bữa ăn trưa hoặc giáo dục đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	
<p><input type="checkbox"/> Dật kinh phong Loại dật kinh phong: <input type="checkbox"/> Không (nhìn chăm chăm, không đáp ứng) <input type="checkbox"/> Phần Khó <input type="checkbox"/> Generalized Tonic-Clonic (Bị nặng / Ko) <input type="checkbox"/> Khác (giải thích): _____ Có hạn chế giáo dục thể thao? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Thuốc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Kể các loại toa thuốc: _____ Lần cuối cùng bị dật kinh phong: _____ Bị bao lâu: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Tình trạng sức khỏe khác Thiếu má <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Động mùa <input type="checkbox"/> bệnh siễn <input type="checkbox"/> Kém tinh thần <input type="checkbox"/> Tiêu hóa rối loạn <input type="checkbox"/> Tình cảm/tâm lý <input type="checkbox"/> Khấp dạng thấp thanh niên <input type="checkbox"/> Sợ máu <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Khuyết tật về thể chất <input type="checkbox"/> Bệnh hồng cầu hình liềm <input type="checkbox"/> Da không bình thường <input type="checkbox"/> Nói không rõ <input type="checkbox"/> Khác (giải nghĩa): _____ Ph <input type="checkbox"/> Có hạn chế giáo dục thể thao? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (giải nghĩa) _____ Thuốc? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Các loại: _____ <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (giải nghĩa) _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Hoàn cảnh mắt <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Kính cận <input type="checkbox"/> Khác (giải nghĩa): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Hoàn cảnh tai <input type="checkbox"/> Cắm lỗ tai <input type="checkbox"/> Khác (giải nghĩa): _____</p>

Điều chỉnh môi trường vì hoàn cảnh y tế

Có phải điều chỉnh đặc biệt của trường học hoặc lịch trình cần thiết? (tức là, những hạn chế trong hoạt động thể chất, phá vỡ cho độ bền, lịch trình bán thời gian, xây dựng sửa đổi cho truy)

Không Có (giải nghĩa) _____

Có phải điều chỉnh đặc biệt để học các lớp học cần thiết? (tức là, nhiệt độ, lưu trữ lạnh / thuốc, sẵn có nước chảy)

Không Có (giải nghĩa) _____

Có cân nhắc an toàn đặc biệt? (tức là, biện pháp phòng ngừa trong nâng hạ, vị trí, giao thông vận tải, kế hoạch khẩn cấp, thiết bị an toàn, cho ăn)

Không Có (giải nghĩa) _____

Học sinh của bạn cần hỗ trợ đặc biệt với các hoạt động của cuộc sống hàng ngày? (nghĩa là, ăn uống, vệ sinh, đi bộ)

Không Có (giải nghĩa) _____

Phần 3: Y tá trường học điền đơn. (Firma de la enfermera si padre/tutor indica una condicion

Y tá trường học ký tên:

Ngày:

Ghi chú:



THÔNG BÁO VÀ SỰ ĐỒNG Ý HOÀN LẠI CỦA CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (Dành riêng cho học sinh có Medicaid)

Lưu ý

Chương trình Louisiana Department of Health and Hospitals (DHH) Medicaid cho phép các trường học yêu cầu bồi thường trả cho các chi phí liên quan đến việc cung cấp một số dịch vụ liên quan đến IEP. Những dịch vụ này bao gồm liệu pháp lao động và vật lý, ngữ bệnh học, các dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ điều dưỡng, và vận chuyển đặc biệt.

Các trường phải cung cấp thông báo và phải có sự đồng ý của cha mẹ trước khi khám các em có Medicaid.

Trường FirstLine cần ban đồng ý cho tiết lộ thông tin cá nhân về con mình cho Louisiana Medicaid để truy cập bồi hoàn học IEP / Medicaid bao phủ dịch vụ y tế được cung cấp tại trường. Để gửi yêu cầu cho IEP / Medicaid vụ bảo hiểm, các loại sau đây của các hồ sơ có thể được yêu cầu: tên đầy đủ của con, địa chỉ, ngày sinh, Medicaid ID, khuyết tật, các loại dịch vụ và ngày của dịch vụ cung cấp. Tiết lộ thông tin này cho Louisiana Medicaid và các chi nhánh và tiếp cận với Medicaid bồi hoàn cho các trường học chánh không phải của mình sẽ dẫn đến bất kỳ việc giảm tỷ lệ Medicaid, dẫn đến bất kỳ chi phí cho bạn hay gia đình của bạn, làm tăng bất kỳ phí bảo hiểm hoặc dẫn đến việc ngưng lợi ích hoặc bảo hiểm hoặc của con bạn tạo ra bất kỳ nguy cơ mất các điều kiện của con mình cho nhà và miễn trừ dựa vào cộng đồng dựa trên tổng chi phí sức khỏe liên quan.

Bạn có thể không nhận sự chấp thuận này bằng viết lá thư đôi ý bất cứ lúc nào. Nếu bạn từ chối chấp thuận hoặc đôi ý chấp thuận cho phép truy cập đến những lợi ích Medicaid, nó sẽ không làm giảm hệ thống trường học các trách nhiệm của mình để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ IEP đã yêu cầu được cung cấp miễn phí cho con của

Đồng ý:

Tôi đồng ý cho phép trường FirstLine tiết lộ những thông tin cần thiết cho Louisiana Medicaid để yêu cầu bồi hoàn cho các dịch vụ y tế IEP / Medicaid cung cấp cho con tôi.

Tên học sinh

Ngày

Phụ huynh hoặc giám hộ ký tên

Liên hệ với học sinh