

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

家长/监护人:
请仔细阅读这些表格。

请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些表格必须
在孩子开学前或开学当天
交还给中心。

本页所载之政策、表格和信息
均属法律文件。

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

孩子姓名:_____ 孩子的出生日期:_____
(请用正楷书写)

家长/监护人姓名:_____
(请用正楷书写)

到校与离校计划:早期开端计划、开端计划和儿童保育

我准许在计划日结束时,按照上面注明的方式将孩子从中心交给下列指定人员接走。如果只有家长/法定监护人有权接走孩子,请在下面注明“无人”。如果孩子有限制令的保护,您必须将该限制令复制一份交到中心。

请勾选所述人员是仅接孩子,仅在紧急情况下接孩子,还是两者皆可。

1.姓名 _____ 接送 仅限紧急情况 两者皆可
关系 _____ 日间联络电话 _____
地址 _____ 手机 _____

2.姓名 _____ 接送 仅限紧急情况 两者皆可
关系 _____ 日间联络电话 _____
地址 _____ 手机 _____

3.姓名 _____ 接送 仅限紧急情况 两者皆可
关系 _____ 日间联络电话 _____
地址 _____ 手机 _____

我的孩子将通过以下方式到达早期开端计划、开端计划或儿童保育中心:

- 家长/监护人送达
- 在年满 14 岁人员(开端计划)或在成人(早期开端计划)的陪同监督下步行到校
- 在年满 14 岁人员(开端计划)或在成人(早期开端计划)的陪同下乘坐 MBTA(列车/公共汽车)到校
- 乘坐家长安排或雇用的专用交通工具到校
- 乘坐当地公立学校系统或 DCF 安排的专用交通工具到校
- 其他方式(请具体说明) _____

我的孩子将通过以下方式离开早期开端计划、开端计划或儿童保育中心:

- 家长/监护人送达
- 在年满 14 岁人员(开端计划)或在成人(早期开端计划)的陪同监督下步行到校
- 在年满 14 岁人员(开端计划)或在成人(早期开端计划)的陪同下乘坐 MBTA(列车/公共汽车)到校
- 乘坐家长安排或雇用的专用交通工具到校
- 乘坐当地公立学校系统或 DCF 安排的专用交通工具到校
- 其他方式(请具体说明) _____

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

筛查许可:我准许 ABCD 的员工进行以下筛查,按照本手册第 19 页和第 20 页所述,这些筛查是开端计划常规服务的一部分:

视力:由医疗工作人员使用 SPOT 视力筛查仪检查孩子的视力,或可由新英格兰视力测定学院的视力测定专业学生在该计划临床教授的监督下完成。这项筛查是为了检查孩子是否有视力问题。开端计划执行标准要求在孩子注册后 45 天内进行视力筛查。

听力:由医疗工作人员使用 OAE 听力筛查工具检查孩子的听力是否有问题。开端计划执行标准要求在孩子注册后 45 天内进行听力筛查。

身高/体重:由医疗工作人员使用秤和测距仪每年对孩子测量两次身高和体重,确保成长速度适当。这些筛查在集体氛围中进行,大部分孩子都很喜欢。

这些筛查旨在让您和工作人员大致了解孩子的健康和发育状况。一些筛查结果可能会表明孩子需要接受进一步评估。如果有任何迹象表明需要进一步评估,我们会通知您,并与您一起制定一个最符合孩子需要的计划。如对视力筛查、听力筛查或身高体重有任何疑问,请与我们联系。如果您不想让工作人员进行上述筛查,请勾选下框。

不,我不准许 ABCD 开端计划的员工进行视力、听力或身高/体重筛查。

家长/监护人签名:

日期:

同意向马萨诸塞州 WIC 计划提供个人信息:

孩子的真实姓名:_____ 孩子的出生日期:_____

(请用正楷书写)

地址:_____ 电话号码:_____

请仔细阅读本表,并在签署本同意书之前勾选其中一个选项。ABCD 开端计划和儿童健康服务提供优质的健康、口腔健康、心理健康和营养服务,使每位注册儿童能够健康成长并做好入学准备。本同意书旨在准许 ABCD 与马萨诸塞州公共卫生部中负责执行妇女、婴儿和儿童(WIC)补充营养计划的授权员工分享上文所列儿童的某些人口统计和健康信息。分享这些信息是为了增加 WIC 和开端计划的注册人数,促进健康和营养服务的协调,以便改善马萨诸塞州 WIC 计划参与者以及 ABCD 开端计划/早期开端计划注册人员的健康教育和福利。

我授权 ABCD 开端计划和儿童服务与马萨诸塞州公共卫生部中负责执行马萨诸塞州 WIC 计划的授权员工(WIC 计划员工)分享我的姓名、地址以及上文所列儿童的以下个人信息:(1) 姓名;(2) 出生日期;(3) 身高和体重的测量值;(4) 血红蛋白/红细胞比容值;(5) 饮食摄入量;和(6) 血铅水平。

或者

我授权 ABCD 开端计划和儿童服务仅可与 WIC 计划员工分享以下信息:(1) 我的姓名;(2) 我的地址;(3) 我孩子的姓名;以及(4) 我孩子的出生日期。

我已阅读并理解本表,并且我对本表的疑问已得到解答。我明白,本同意书自愿出具,有效期为一年,自下文所列日期算起,但我提前向 ABCD 开端计划和儿童服务发出书面通知,声明要撤销全部或部分同意的情况除外。我明白,本同意书的撤销不适用于在撤销同意书之前已分享的信息。我明白,我有权在签署本表后获得本表副本。

家长/监护人姓名(请用正楷书写):

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

健康信息披露授权:

孩子姓名:_____ 孩子的出生日期:_____
(请用正楷书写)

家长/监护人姓名:_____
(请用正楷书写)

我们明白,您孩子的健康信息属于个人信息,我们将保护这些信息的隐私。我们需要得到您的许可,才可以从您孩子的医疗服务提供商处获得您孩子的健康信息。ABCD 开端计划的员工将帮助您填写表格并回答您可能提出的任何问题。

在签署本表前,请仔细阅读以下信息。

您想让 ABCD 开端计划了解健康信息的医疗服务提供商名称:

	名称和地址	电话	传真
医疗			
口腔科			
其他			

我授权 ABCD 开端计划和儿童服务按照本手册第 24 - 25 页所述,披露和/或获取我孩子的健康信息。

在本许可书上签字,即表示您授权按照上文说明,使用或分享您孩子的受保护健康信息。您有权查看和复印本许可书所述之健康信息。您还有权在签署本许可书后获得其副本。

签署本许可书后,您可以随时改变主意,但健康信息根据您的授权已被分享的除外。如欲取消该许可,请向您孩子所在开端计划中心的计划主管发出书面通知。

我已阅读本表,我对本表的所有疑问均已得到解答。签名即表示我承认自己已阅读并接受以上所有内容。

- 不,我不授权 ABCD 开端计划和儿童服务披露和/或获取我孩子的健康信息。如果您不签署本许可书,开端计划和儿童服务将不能直接从您孩子的医疗服务提供商处获取您孩子的健康信息,而且您将负责获取这些信息并交给中心。这也意味着 ABCD 开端计划和儿童服务不会将您孩子的健康信息分享给您孩子的医疗服务提供商,您将负责直接向其提供这些信息。

家长/监护人签名:

日期:

防晒霜使用同意书:

我准许 ABCD 员工给我的孩子使用防晒霜。我明白,夏季户外活动时会使用防晒霜。

如果不想让员工给您的孩子使用防晒霜,请勾选下框。

- 不,我不准许 ABCD 员工给我的孩子使用防晒霜。

家长/监护人签名:

日期:

手部消毒剂使用同意书:

我准许 ABCD 员工给我的孩子使用手部消毒剂。我明白,手部消毒剂不能代替洗手,而且只能在员工监督下使用。只有在无法洗手时才使用手部消毒剂。手部消毒剂中至少含有 60% 的乙醇或至少 70% 的异丙醇。二岁以下的儿童在任何情况下均不使用手部消毒剂。如果不想让员工给您的孩子使用手部消毒剂,请勾选下框。

- 不,我不准许 ABCD 员工给我的孩子使用手部消毒剂。

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。

如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

急救/紧急许可书 - 2023 至 2024 学年

孩子姓名:_____ 出生日期:_____

(请用正楷书写)

家长/监护人姓名:_____ 日间联络电话:_____

(请用正楷书写)

地址:_____

紧急联系人姓名:_____ 紧急联系电话:_____

(请用正楷书写)

我谨以家长/法定监护人的身份,准许 ABCD 开端计划和儿童服务中通过儿童急救和心肺复苏认证的员工根据需要为我的孩子提供急救治疗,并在必要时将我的孩子送往_____医院或最近的医疗机构接受急救护理。如有紧急情况,我明白中心会尽一切努力与我联系。在无法联系到本人的情况下,我同意由上述紧急联系人代表本人行事,直至本人有空为止。在无法联系到任何人的情况下,我特此授权并要求治疗机构的医生或经过训练的急诊团队为我的孩子实施适当的处置和医疗救治。

我同意在发生变更时检查并更新这些信息。

家长/监护人签名:

日期:

两份副本均须有原始签名

档案:教室急救药箱

2023 年 8 月

急救/紧急许可书 - 2023 至 2024 学年

孩子姓名:_____ 出生日期:_____

(请用正楷书写)

家长/监护人姓名:_____ 日间联络电话:_____

(请用正楷书写)

地址:_____

紧急联系人姓名:_____ 紧急联系电话:_____

(请用正楷书写)

我谨以家长/法定监护人的身份,准许 ABCD 开端计划和儿童服务中通过儿童急救和心肺复苏认证的员工根据需要为我的孩子提供急救治疗,并在必要时将我的孩子送往_____医院或最近的医疗机构接受急救护理。如有紧急情况,我明白中心会尽一切努力与我联系。在无法联系到本人的情况下,我同意由上述紧急联系人代表本人行事,直至本人有空为止。在无法联系到任何人的情况下,我特此授权并要求治疗机构的医生或经过训练的急诊团队为我的孩子实施适当的处置和医疗救治。

我同意在发生变更时检查并更新这些信息。

家长/监护人签名:

日期:

两份副本均须有原始签名

档案:孩子档案

2023 年 8 月

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

孩子的医疗信息

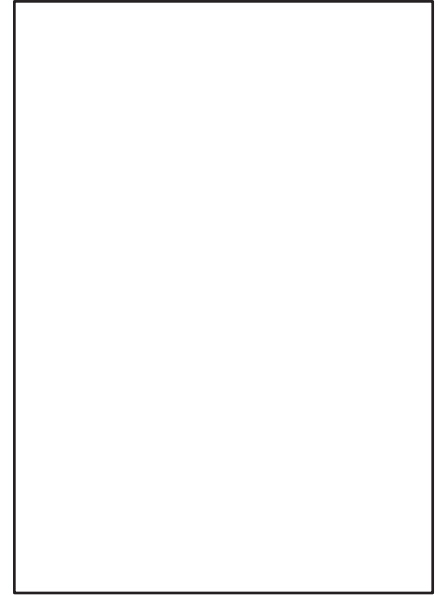
孩子的医疗服务提供商:_____

地址:_____

电话号码:_____

孩子的医疗保险:_____

孩子的特殊病情、残疾、过敏以及紧急情况的医疗信息



孩子的照片

孩子的医疗信息

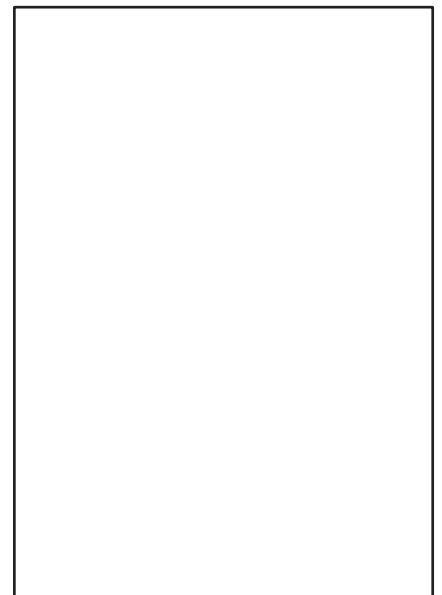
孩子的医疗服务提供商:_____

地址:_____

电话号码:_____

孩子的医疗保险:_____

孩子的特殊病情、残疾、过敏以及紧急情况的医疗信息



孩子的照片

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

马萨诸塞州中小学教育厅 (DESE)

食品与营养计划办公室

儿童报名文件要求

儿童与成人照护供餐计划 - 儿童保育中心

参加儿童与成人照护供餐计划 (CACFP) 的儿童保育中心必须每年向家长和监护人收集报名信息。

报名文件必须包含以下内容:

- 每个在册儿童的正常保育日期和时段,以及每个儿童正常参与的膳食服务
- 家长或监护人签名
- 每年更新信息。

《美国联邦法规》第 7 卷第 226.15(e)(2) 条和第 226.17(b)(7) 条

为了记录报名信息,儿童保育中心可以使用随附的 CACFP 报名表,也可以修改自己的表格。修改后的表格必须载有 DESE 儿童报名表中的相同问题及其意图。选择修改报名表的主办者和儿童保育中心必须在使用和分发该表前,向 DESE 提交一份副本以供审批。

家长/监护人必须完整填写该表并附上当前信息,然后在表上签名并注明日期。

如果未将经家长/监护人签署的报名表(新表或续签表)存档备查,儿童保育中心不得为任何参与者申请报销。每份儿童报名表的有效期最长为一年。

主办者和儿童保育中心必须对文书准确性进行编辑核对,确认所有儿童报名表上记录的数据。

如对报名信息收集要求有任何疑问,请致电 781-338-6480 联系 DESE 特别营养服务处。

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规与政策,本机构禁止依据种族、肤色、原国籍、性别(包括性别认同和性取向)、残障程度、年龄产生歧视或对先前的民权活动进行打击报复。

计划信息也可以英语以外的语言提供。残疾人士如需通过替代性交流方式(例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语)获取计划信息,应通过 (202) 720-2600 (语音和文字电话)联系 USDA 的 TARGET 中心或者负责管理该计划的州府或地方机构,也可以致电 (800) 877-8339 通过联邦信息传递服务 (Federal Relay Service) 联系 USDA。

要提出计划歧视投诉,投诉人应填写 AD-3027 表(USDA 计划歧视投诉表),该表可在线获取:<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>,也可通过任何 USDA 办事处、致电 (866) 632-9992 或寄信给 USDA 获取。该信函必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及对所指控的歧视行为足够详细的书面描述,以便向民权助理部长 (ASCR) 通报所指控的侵犯民权行为的性质和日期。填写完毕的 AD-3027 表或信函必须通过以下方式提交至 USDA:

1. 邮寄:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; 或

2. 传真:

(833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或

3. 电子邮件

program.intake@usda.gov

该机构是平等机会提供者。

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

儿童报名表 — 儿童与成人照护供餐计划

亲爱的家长/监护人:

您的儿童保育中心_____参加了由马萨诸塞州中小学教育厅执行的美国农业部(USDA)儿童与成人照护供餐计划(CACFP)。

所供膳食必须符合 USDA 儿童与成人照护供餐计划规定的营养要求。为了参加该计划,儿童保育中心已同意遵守 USDA 指导方针。如果您的孩子不能吃 CACFP 规定的食物,则须提供医生出具的医疗证明。

为了评估这些要求是否得到满足,USDA 和 CACFP 要求儿童保育中心每年收集下列报名信息。

请填写本表并将其交回您的儿童保育中心。所有家庭或监护人均需填写第 1 部分和第 3 部分。第 2 部分仅在婴儿(月龄不足 12 个月)报名时才需要填写。

第 1 部分:儿童报名信息

孩子姓名: (请用正楷填写) (名字,姓氏)	孩子的出生日期 和年龄:_____
正常保育时间:上午__至下午__ (例如上午 7:30 至下午 5:00)	儿童保育开始日期:_____
勾选您孩子的正常保育日期	<input type="checkbox"/> 周一 <input type="checkbox"/> 周二 <input type="checkbox"/> 周三 <input type="checkbox"/> 周四 <input type="checkbox"/> 周五
勾选您要求在保育期间向您孩子提供的膳食:	<input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 午点

第二个孩子(如适用)

孩子姓名: (请用正楷填写) (名字,姓氏)	孩子的出生日期 和年龄:_____
正常保育时间:上午__至下午__ (例如上午 7:30 至下午 5:00)	儿童保育开始日期:_____
勾选您孩子的正常保育日期	<input type="checkbox"/> 周一 <input type="checkbox"/> 周二 <input type="checkbox"/> 周三 <input type="checkbox"/> 周四 <input type="checkbox"/> 周五
勾选您要求在保育期间向您孩子提供的膳食:	<input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 午点

第三个孩子(如适用)

孩子姓名: (请用正楷填写) (名字,姓氏)	孩子的出生日期 和年龄:_____
正常保育时间:上午__至下午__ (例如上午 7:30 至下午 5:00)	儿童保育开始日期:_____
勾选您孩子的正常保育日期	<input type="checkbox"/> 周一 <input type="checkbox"/> 周二 <input type="checkbox"/> 周三 <input type="checkbox"/> 周四 <input type="checkbox"/> 周五
勾选您要求在保育期间向您孩子提供的膳食:	<input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 午点

如果还有其他保育儿童,请根据需要额外填写表格。

仅供主办机构使用
本报名表的有效日期:2023 年 8 月至 2024 年 8 月 财政年度:2023 年至 2024 年
如果儿童于收到本表的当月参加 CACFP 计划,则有效日期可以追溯到儿童参加该计划的第一天。

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。

如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

第 2 部分: 婴儿膳食通知(出生至 11 月龄)

符合美国农业部指导方针的营养膳食将提供给所有参加该计划的儿童,包括月龄不足 12 个月的婴儿。儿童保育中心必须满足婴儿膳食模式中所述的基于年龄和发育程度的膳食成分要求。家长/监护人在膳食模式(包括母乳或配方奶粉)的每餐中提供的必需成分不得超过一种,以便向 CACFP 报销膳食费用。

我知道这家儿童保育中心提供了铁强化配方奶粉_____

供我的婴儿在保育期间食用。

(铁强化婴儿配方奶粉名称)

为了帮助您的婴儿获得最好的营养护理,请填写以下信息。

请勾选一个选项(母乳/配方奶粉):

我将为我的婴儿提供挤出的(用吸奶器吸出的)母乳并/或到儿童保育中心亲喂。

或者我将为我的婴儿提供配方奶粉。

我更愿意让儿童保育中心提供配方奶粉。

请勾选一个选项(食品):

我将为我的婴儿提供所有食品。我拒绝使用服务提供者/儿童保育中心提供的食品。

我已经选择让服务提供者/儿童保育中心提供配方奶粉,但我想提供一种食品。我将提供的

一种可靠食品如下:_____

我希望服务提供者/儿童保育中心为我的婴儿提供所有食品。

第 3 部分:家长或监护人接受并签名

我已阅读了此儿童报名表,并为我的孩子申领上述儿童与成人照护供餐计划福利。我已收到了此表填写完毕后的副本。

家长/监护人签名:

日期:

(本表必须每年填写一次)

家长/监护人姓名:_____

(请用正楷书写)

家庭电话:_____

邮寄地址:_____

工作电话:_____

邮政编码:_____

手机:_____

公民权利:这些信息自愿提供,不会影响您孩子的资格。请在每个类别中勾选一个方框,说明您孩子的族裔和种族。收集这些信息是为了确保每个人都能公平地获得 CACFP 福利。

1.族裔

西班牙裔或拉丁裔

非西班牙裔或拉丁裔

2.种族

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚裔

黑人或非裔美国人

夏威夷原住民或其他太平洋岛民

白人

如有疑问,请联系:

ABCD 开端计划和儿童服务

178 Tremont St. Boston, MA 02111

617.348.6272

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规与政策,美国农业部及其下属机构、办公室、雇员,以及参与或管理 USDA 计划的机构禁止依据种族、肤色、原国籍、性别、残障程度、年龄或对先前民权活动的报复行为,而在由 USDA 开展或资助的任何计划或活动中有所歧视。

残疾人士需要通过替代性交流方式(例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语等)了解计划信息的,应与其申请福利的(州府或地方)机构联系。失聪人士、弱听人士或有语言障碍的人士可以致电 (800) 877-8339 通过联邦信息传递服务 (Federal Relay Service) 联系 USDA。另外,计划信息也可以英语以外的语言提供。

如需提交计划歧视投诉,请填写 USDA 计划歧视投诉表格 AD-3027(可通过 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 在线查看)并交至任何 USDA 下属办公室,或写信寄往 USDA 并在信中提供该表格要求提供的信息。如需索取投诉表副本,请致电 (866) 632-9992。请通过以下方式提交填写完毕的表格或信函:

- (1) 邮寄:U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真:(202) 690-7442;或者
- (3) 电子邮件:program.intake@usda.gov

该机构是平等机会提供者。

新冠肺炎居家检测计划

孩子姓名: _____
(请用正楷书写)

填写此表格即表示我选择参加 ABCD 新冠肺炎居家检测计划。我明白,按照此计划,如果孩子班上有学生或教职人员的新冠肺炎检测呈阳性,ABCD 将把孩子送回家并提供新冠肺炎抗原检测包。为了能让孩子在接触新冠肺炎患者之后继续返回 ABCD 上课,我必须连续五天给孩子做新冠肺炎检测并通过家长/监护人证明表报告结果。我明白,如果我的孩子发生接触之后的 90 天内新冠肺炎检测呈阳性,他/她不会被要求进行检测或隔离。

我明白,我可以随时选择退出新冠肺炎居家检测计划。但是,如果我选择退出,在孩子班上有学生或教职人员的新冠肺炎检测呈阳性时,则他/她必须按照美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的指导进行隔离。我明白,新冠肺炎抗原检测目前未获授权对未满两周岁的儿童使用,如果我的孩子未满两周岁,而班上有学生或教职人员的新冠肺炎检测呈阳性,则他/她必须按照美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的指导进行隔离和检测。

我知悉,选择参加该计划后,只有孩子在 ABCD 开端计划和儿童服务班上接触新冠肺炎患者时,我才会收到新冠肺炎检测包。如果孩子在 ABCD 开端计划和儿童服务之外接触新冠肺炎患者,我确认会遵循美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的隔离和检测指导。

如果孩子的新冠肺炎检测呈阳性或出现相关症状,我会立即按照美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的指导隔离孩子,并且在隔离期满前不会将他/她送回 ABCD 开端计划的校园。

我授权 ABCD 披露此信息给马萨诸塞州公共卫生部、马萨诸塞州卫生及公众服务部执行办公室、马萨诸塞州早期教育与保育部和/或适用法律及政府指导许可的任何其他政府机构。

不同意,我不打算给孩子做居家检测。如果我的孩子班上有学生或教职人员的新冠肺炎检测呈阳性,则他/她将按照美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的指导进行隔离。

家长/监护人姓名(请用正楷书写):

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

波士顿大学高盛牙科医学院 (GSDM) 的 ABCD 开端计划/早期开端计划牙科健康计划 计划协调员 Kathy Lituri (注册牙科卫生师、牙科公共卫生硕士) 617.358.6453

孩子姓名: _____ ABCD 网点: _____
(请用正楷书写)

孩子的出生日期: _____ 班级: _____

孩子性别: 男 女 开端计划 早期开端计划

是,我准许我的孩子接受牙科检查、牙齿涂氟和窝沟封闭
(如需要)。请填写并寄回此表格。

或者

否,我不准许我的孩子参加此计划。

如果否,请勾选原因并寄回此表格。 我的孩子有牙医。 其他: _____

1.您的孩子最擅长哪种语言? _____

家长/监护人在家说哪种语言? _____

2.您的孩子是什么种族和民族?(请选择所有适用项)

美洲印第安人/阿拉斯加原住民 黑人/非裔美国人 亚裔 白人
 夏威夷原住民/太平洋岛民 巴西裔 西班牙裔

3.过去一年里,您的孩子是否曾找医生做过检查? 是 否

4.过去一年里,您的孩子是否曾找牙医做过检查? 是 否

5.您的孩子目前是否在服用任何药物? 是 否

如果是,请列出药物: _____

6.请勾选您的孩子曾经患有的疾病或病症:

注意力缺陷障碍/多动症 糖尿病 肝炎 肝脏问题 贫血
 惊厥/癫痫发作 癫痫 心脏杂音 风湿热 哮喘
 药物过敏 心脏病 肾脏问题 结核病 艾滋病病毒/艾滋病

7.您的孩子是否有其他健康问题? 是 否

如果是,请说明: _____

8.您的孩子是否在牙科治疗前服用抗生素? 是 否

9.您的孩子是否有过敏症? 是 否

如果是,请勾选所有适用项:

青霉素 抗生素 松香 阿司匹林 食物
 乳胶 树脂 金属 其他: _____

10.您的孩子是否有发育障碍? 是 否

如果是,请说明: _____

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

11.您的孩子是否有牙科保险?

是 否

如果是,请勾选适用项并填写以下内容:

Blue Cross/Shield

Delta Dental

Children's Medical (CMSP)

Mass Health/Medicaid

其他:_____

如果是 **MassHealth**, 请提供编号:_____

如果是**其他保险**, 请提供:

订购者姓名:_____

团体/

保单号码:_____

请阅读并签名:我明白:

1)GSDM 可以将我孩子的健康信息用于治疗、付款、运营和计划评估

2)《GSDM 隐私规范告知书》载于

https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10_2017.pdf

3)如果我的孩子有保险,我授权 GSDM 就所提供的服务向保险公司收取费用。我不会为所提供的服务付费。

4)所提供的服务可能会影响其他牙医的牙科就诊承保

5)我孩子的牙科检查结果将交给相关的开端计划工作人员。

6)我已阅读并理解牙科计划,在下方签名即表示我同意让我的孩子参加计划。

家长/监护人姓名(请用正楷书写):

家长/监护人签名:

日期:

与孩子的关系_____

日间联络电话_____

电子邮件_____

手机_____

GSDM 计划工作人员填写

审核人:_____

日期:_____

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

氟化氨银 (SDF) 治疗和银改性无创修复治疗 (SMART)

现在,您孩子的学校可以通过波士顿大学的 ABCD 开端计划/早期开端计划牙科计划提供氟化氨银 (SDF) 治疗和银改性无创修复治疗 (SMART)。这两种治疗方法可适用于龋洞,防止龋洞发展、缓解牙齿疼痛,让您有更多时间带孩子去看牙医。治疗快速简单,无需打针/注射或钻孔!

氟化氨银 (SDF) 是一种液体,牙医用刷子将其涂抹在龋洞上,防止龋洞发展。龋洞会变黑(见图片)变硬,这意味着药物正在发挥作用。牙齿的健康部分不会变黑,保持牙齿原本的颜色。

银改性无创修复治疗 (SMART) 是将白色的牙齿填充材料填在经 SDF 治疗的龋洞上面。这种治疗有助于修复牙齿,可覆盖大部分或全部经 SDF 治疗后变黑的部分。并非所有经 SDF 治疗的龋洞都可以接受 SMART 治疗。

SDF 和 SMART 治疗并不适用于所有龋洞,如果您的孩子对银过敏,也不宜使用。如果您的孩子无法接受这两种治疗,我们可为您提供使用其他牙齿治疗方法的牙科诊所列表。

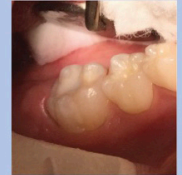
牙医在涂抹 SDF 时非常小心,但儿童难免会在治疗过程中突然移动,导致少量 SDF 沾到牙龈或皮肤上,可能暂时留下污渍。这种情况极少发生,如果不慎沾到,污渍会在 1-3 周内消失。

**** 只有后牙会使用 SDF 和 SMART 治疗 ****

SMALL CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

LARGE CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

(Photos from Elevate Oral Care / Dr. Jeanette MacLean)

是,我准许我的孩子接受 SDF 和 SMART 治疗。

您的孩子是否对银或金属过敏?

是 否

或者

否,我不希望我的孩子接受 SDF 和/或 SMART 治疗。

孩子姓名: _____
(请用正楷书写)

孩子的出生日期: _____

家长/监护人姓名(请用正楷书写):

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。

如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

以下留白。

请在孩子档案的家庭参与部分填写蓝色表格。

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

社区外出活动:

开端计划课堂的课程会教导孩子们如何使用社区资源,例如商店、图书馆、警察局和消防局、公园、操场等等。如果天气允许,班级每天都会去室外玩耍、散步或者在社区参观。这些活动不需要任何交通工具。在这些活动中,相应的开端计划员工会时刻监护孩子们。您可以从计划主管处领取您所在中心的社区参观地点表。所有前往社区操场的出行、散步或游玩活动均应遵守 EEC 规定和安全标准。

请告知我们的员工,您的孩子在参加社区外出活动时我们应该知道的任何信息,如户外过敏物、害怕动物等等。

我准许我的孩子参加在中心外面进行的上述社区外出活动。

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 媒体使用同意书:

ABCD 请求您以书面形式同意我们在各种印刷品、电子媒体和广播媒体中使用您(和/或您孩子)的图片、肖像和声音。您并非必须提供这份同意书才能参加 ABCD 计划或者获得 ABCD 提供的或通过 ABCD 提供的服务或权益。

请在下方所有适用的方框中打钩,在空白处填写信息,然后签名并标注日期:

我已满 18 岁,自己签署这份同意书:

全名: _____ 电话号码: _____
(请用正楷书写)

电子邮件地址: _____

我是下面所列未满 18 岁儿童的家长或法定监护人,我谨代表我的下述子女(们)签署这份同意书:

孩子的全名: _____
(请用正楷书写)

我同意:我特此准许波士顿社区发展行动公司(ABCD)

对本人(以及本人子女(如果已在上面勾选))进行拍照、录像或录音,并且在不需要本人进一步授权或向本人付费的情况下,出于非营利目的将本人(以及本人子女(如果已在上面勾选))的图片、肖像和声音在世界范围内永久用于各种类型的媒体中,包括但不限于照相、录音和录像制品、纸质和网络出版物。这些媒体可包括但不限于所有纸质媒体(例如年报和出版物)、所有电子媒体(例如 ABCD 网站、ABCD 的 YouTube 频道和社交媒体[Twitter、Instagram 和 Facebook])以及所有广播媒体(例如电视和广播)。我明确免除 ABCD、其子公司、关联机构、代理商、雇员、高级职员、主管、获许可方和受让方承担本人(或本人子女)可能会要求或随时要求的因制作、分发、传播或展示本人(或本人子女)的姓名、图片、肖像或声音而引起的关于侵犯隐私、诽谤或任何其他诉讼理由的任何索偿。

我不同意:我不准许 ABCD 为了在任何类型的媒体中使用本人或本人子女的姓名、图片、肖像或声音而对本人或本人子女进行拍照、录像或录音。

我在下方签字前已阅读了这份披露同意书,并完全理解其内容及意思。我明白,我可以在签字前随时就任何关于这份披露同意书的具体问题拨打 ABCD 总法律顾问的电话 617-348-6587 进行咨询。

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

家长手册签收:

本《ABCD 开端计划和儿童服务家长手册》介绍了我们计划的各方面情况。根据早期教育与保育部 (EEC) 的政策规定,我们必须在孩子注册前向其家庭提供书面信息。我已收到家长手册,并且计划员工已带我浏览了这些信息。

家长/监护人签名:

日期:

家长了解与兴趣调查:

我们想了解您和您的兴趣。请选择您的兴趣领域,并说明您可能有的但未列出的其他兴趣。我们将利用这些信息设计家庭活动和事件,并向您提供您认为对您的家庭最重要和最有价值的信息:

家庭状况

衣物资源

- 成人衣物
- 儿童衣物

住房与无家可归

- 保障性住房
- 家具
- 自置居所
- 家庭服务
- 无家可归
- 租户的权利
- 公用事业辅助资源

健康与安全

- 虐待和忽视儿童的预防
- 家庭牙齿/口腔健康
- 家庭保健/健身
- 食物辅助资源
- 健康与牙科保险
- 健康饮食/营养
- 心理健康
- 安全风险与预防
- 压力管理
- 药物滥用预防/治疗

家庭关系

- 家庭暴力信息
- 健康的家庭关系

财务和经济稳定

- 资产积累与管理
- 预算
- 子女抚养费信息
- 信贷和债务改善
- 继续教育经济援助
- 公益信息
- 为应急和实现目标而储蓄
- 税金

其他

- 法律事

项: _____

积极的亲子关系

- 父亲参与机会
- 初为父母
- 育儿计划(育儿历程、育儿之力、养育家庭计划或其他)
- 积极的育儿实践
- 单亲育儿
- 继父母育儿
- 与孩子谈论情感和有难度的话题: _____

家庭作为终身教育者

- 在家做一些事情为上学做准备
- 在家培养读写能力
- 帮助孩子社交情感方面的成长
- 积极指导与行为支持
- 媒介与幼儿成长

家庭作为学习者

- 计算机/技术素养与培训
- 求职帮助
- ESL (英语作为第二语言)
- 急救/心肺复苏课程
- GED/HiSet 考试
- 简历撰写与面试技巧
- 职业培训计划

过渡时期的家庭参与

- 儿童成长信息
- 幼儿园登记信息
- 择校信息
- 入学准备信息
- 过渡信息与活动

家庭与同辈和社区之间的联系

- 社区活动
- 家庭娱乐/健身理念与活动
- 其他支持或社交团体: _____

 家长和照护者支援团体

- 参与社区活动的方式

家庭作为倡导者和领导者

- 为孩子及其教育倡议
- 全市政理理事会成员
- 开端计划的就业机会
- 开端计划委员会机会(当地计划)
- 在州和当地范围内提出倡议的机会

其他——列出您的兴趣或您想详细了解的话题

志愿服务

- 我每周有 _____ 个小时给开端计划当志愿者。

我对以下志愿服务方式

感兴趣:

- 外出活动陪护
- 在课堂上提供帮助
- 在计划中提供帮助
- 招募家长参加开端计划
- 与开端计划的饮食服务人员分享文化食谱
- 其他: _____

您哪天方便参加该计划的活动?

- 周一 周二 周三 周四 周五
- 周六 周日

什么时间方便?

- 上午
(大约在送孩子来的时候)
- 下午
(大约在接孩子走的时候)
- 晚上
(下班或放学后下午 5:30 左右)

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

家长保密政策:

我明白:

- 我作为家长志愿者(包括作为 ABCD 开端计划和儿童服务政策理事会、政策委员会、家长委员会或任何其他志愿活动的成员)所收到的或参加的与 ABCD 开端计划/早期开端计划相关的所有记录、通信和对话必须始终严格保密。这些保密信息包括但不限于:关于开端计划/早期开端计划的儿童、家庭、员工和开端计划/早期开端计划就职者的信息,包含代理或员工信息(开端计划/早期开端计划的员工)。但保密信息不包括 ABCD 开端计划已向公众或开端计划/早期开端计划家庭披露的信息。
- 严禁擅自占有、使用或复制该等记录,和/或将任何该等记录中包含的信息或通过通信交流或对话而获得的信息披露给未获授权人士(包括未获授权查看开端计划/早期开端计划内部信息的 ABCD 员工)。
- 对于我在担任任何政策团体成员、为委员会效力、或者在当地网点或 ABCD 总部(包括但不限于行政/执行、人事、财务、医疗/营养、教育、自我评估或宣传等从属委员会)担任计划志愿者时可能获得的任何信息,此条禁令同样适用。
- 不论信息来源如何,我只能在 ABCD 内部与 ABCD 开端计划和儿童服务副总裁指定的员工讨论该等信息,而且不得在 ABCD 外部与任何人讨论,但法律法规要求或允许的或者家长手册中“家长职责”章节所述的情况除外。我明白,违反该本保密政策将会受到纪律处分,重则可终止政策团体成员资格或终止参加其他适用的志愿活动。

我同意遵守上述家长保密政策。

家长/监护人签名:

日期:

接送规定:

我同意遵守家长手册第 38 页至第 39 页所列之送达/到校和接离/离校规定。

家长/监护人签名:

日期:

ABCD 开端计划和儿童服务注册表:2023 至 2024 计划学年

家长/监护人:请仔细阅读这些陈述。本页所载之政策、表格和信息均属法律文件。请在每一份陈述上签字,以表明您理解并同意每份陈述和/或政策。

这些许可和授权将在计划学年结束时失效

请以数字方式填写,然后通过电子邮件交还给计划员工。
如果无法这样填写,请联系计划员工索取纸质版。

联合劝募协会 (UNITED WAY) DRIVE 计划:重要早期教育的数据和资源投入 家长/监护人同意书(适用于筛查数据的收集和使用):

联合劝募协会 **DRIVE** 计划的目标是在全州范围内了解 0 至 6 岁儿童的需求。该计划旨在确保向家庭提供支援,帮助他们的孩子在上幼儿园时健康成长并做好入学准备。通过 **DRIVE** 计划,联合劝募协会将与为儿童和家庭服务的组织开展合作,使用年龄与阶段调查问卷 (ASQ) 和年龄与阶段调查问卷:社交/情感 (ASQ:SE) 对 0 至 6 岁的儿童进行筛查,然后分析这些筛查数据并利用它们来帮助这些组织确定和满足他们所服务的儿童的发育需求。

经您许可后,ASQ 和 ASQ:SE 筛查中关于您孩子的信息将与联合劝募协会及其 **DRIVE** 计划合作伙伴共享。

通过 **DRIVE** 计划与联合劝募协会共享的有关您孩子的任何数据将仅用于:1) 创建关于特定组织和社区中儿童发育情况的匿名汇总报告;以及 2) 调查这些筛查与其他资源、儿童发育情况和入学准备程度之间的关系。

联合劝募协会不会与任何其他第三方、组织或机构共享有关您孩子的任何个人身份信息,亦不会在未经您明确书面同意的情况下识别您孩子的身份。

我允许 ABCD 开端计划和儿童服务收集并保存有关我孩子的个人身份信息,但这些信息的保存期限__不得超过六 (6) 年,并且只能出于上述目的与联合劝募协会及其合作伙伴共享。

我明白,我可以随时通过电话或书面形式联系联合劝募协会(邮寄地址:51 Sleeper Street, Boston, MA.02210;电话:(617) 624-8105;电子邮件地址:drive@supportunitedway.org) 取消此授权,届时除已提供的信息外,此授权书将不再适用。

不,我不允许 ABCD 开端计划和儿童服务与联合劝募协会及其合作伙伴共享数据。

家长/监护人姓名(请用正楷书写): _____

家长/监护人签名: _____

日期:

2020 年 2 月 25 日更新

谢谢!