28. 您或家人 (0-64 歲) 是否申請醫療補助 (Medicaid)、兒童醫療計畫 (Child Health Plus)、家庭醫療計畫 (Family Health Plus) 或私人醫療保險？ 是 否
29. 如果否，您需不需要政府提供的醫療保險計畫的資訊？ 是 否
30. 您或家人目前是否接受政府補助？ 是 否 如果是，請輸入 HRA 代碼
31. 申請人是否曾參與下列任何一項計畫？ 1. ACS 2. Beacon 3. TASC
32. 您是否有其他子女已參加本計畫嗎？ 是 否
- 如果是，請在下方填寫子女姓名
33. 其他子女 姓 名
34. 其他子女 姓 名

接送許可

35. 本人同意子女下課後自己步行回家。

子女可由以下人士接送

36. 姓 (區碼)
37. 名 38. 中間名
39. 住宅電話號碼 - - 40. 與申請人的關係

41. 姓 (區碼)
42. 名 43. 中間名
44. 住宅電話號碼 - - 45. 與申請人的關係

46. 姓 (區碼)
47. 名 48. 中間名
49. 住宅電話號碼 - - 50. 與申請人的關係

子女不得由以下人士接送

51. 姓 (區碼)
52. 名 53. 中間名
54. 與申請人的關係

55. 姓 (區碼)
56. 名 57. 中間名
58. 與申請人的關係

家長/監護人資料

59. 姓

60. 名 61. 中間名

62. 住址 (街道和號碼)

63. 公寓門牌號碼

64. 郵遞區號

65. 所在區域 1. 布朗士區 2. 布碌崙區 3. 曼哈頓區 4. 皇后區 5. 史坦登島區

66. 出生日期：

月 日 年

67. 住宅電話號碼 (區碼) - -

68. 公司電話 (區碼) - -

69. 手機/呼機號碼 - -

70. 電子郵件：

71. 種族 1. 印地安裔 2. 亞裔 (非西班牙裔) 3. 黑人 (非西班牙裔) 4. 西班牙裔/拉丁美洲裔
5. 太平洋島嶼裔 6. 白人 (非西班牙裔) 7. 其他

72. 與申請人的關係

73. 主要語言

74. 英文熟練 是 否

其他家長/監護人資料

75. 姓

76. 名 77. 中間名

78. 住址 (街道和號碼)

79. 公寓門牌號碼

80. 郵遞區號

81. 所在區域 1. 布朗士區 2. 布碌崙區 3. 曼哈頓區 4. 皇后區 5. 史坦登島區

82. 出生日期：

月 日 年

83. 住宅電話號碼 (區碼) - -

84. 公司電話 (區碼) - -

85. 手機/呼機號碼 - -

86. 電子郵件：

87. 種族 1. 印地安裔 2. 亞裔 (非西班牙裔) 3. 黑人 (非西班牙裔) 4. 西班牙裔/拉丁美洲裔
5. 太平洋島嶼裔 6. 白人 (非西班牙裔) 7. 其他

88. 與申請人的關係

89. 主要語言

90. 英文熟練 是 否

健康狀況資料

91. 請勾選符合您子女健康狀況的選項：

	是	否
食物過敏 (請指明)	☐	☐
藥物過敏 (請指明)	☐	☐
其他過敏 (請指明)	☐	☐
哮喘	☐	☐
行爲/精神疾病	☐	☐

	是	否
痙攣/癲癇	☐	☐
矯正用具 (眼鏡、助聽器等)	☐	☐
糖尿病	☐	☐
個別特殊教育計畫	☐	☐
身體殘障	☐	☐
其他 (請指明)	☐	☐

有特殊醫療需要的兒童為：患有預計持續一年以上的慢性身體疾病、心智發展疾病、行爲或精神疾病，而且所需的醫療或相關服務超出兒童通常所需。若您的子女需要特殊醫療照護，請告訴子女的看護人員。

請說明： _____

92. 您的子女是否有特殊醫療需要，需要特別治療和/或藥物？ 是 否

請說明： _____

93. 您的子女是否服用治療疾病的藥物？ 是 否

請說明： _____

94. 您的子女是否無法參與某些活動？ 是 否 (如果是，請指明是什麼活動)

請說明： _____

保證聲明

我 (姓名如下) 保證本申請表中的資料均屬實無誤。我了解本聲明將受驗證。我在此同意並接受本課程所有相關的法令和規範。我同意子女 (姓名如上) 報名參加本活動計畫。

申請人簽字 _____ 日期 _____

家長/監護人簽字 _____ 日期 _____

報名登記者簽字 _____ 日期 _____