



SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SPECIAL EDUCATION
DEPARTMENT

SFUSD – SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
Phone: (415) 759-2222 | Fax: (415) 224-2528

Kính gửi Quý Phụ huynh và/hoặc Người Giám Hộ:

Xin cảm ơn quý vị đã liên lạc với Đơn vị Phụ Trách Ghi Danh Cấp Mầm Non (PIU), Chương Trình Giáo Dục Đặc Biệt Mầm Non (ECSE) của Học Khu Thống Nhất San Francisco (SFUSD). Lá thư này được gửi nhằm hồi đáp yêu cầu làm giám định ECSE cho con em của quý vị.

Để thực hiện cuộc giám định tốt hơn SFUSD đòi hỏi quý vị phải cung cấp những thứ sau đây:

- Bản câu hỏi cho Phụ huynh/ Người chăm sóc đã được điền đầy đủ (đính kèm).
- Mẫu đơn Thông tin từ Giáo viên đã được điền đầy đủ (đính kèm) nếu con em quý vị đã được kiểm tra về thính lực và thị lực trong vòng 12 tháng vừa qua.
- Kết quả bằng văn bản xác nhận việc kiểm tra thính lực và thị lực nếu thính lực và thị lực của con em quý vị đã được kiểm tra trong vòng 12 tháng vừa qua.
- Bản sao bất cứ kiểm tra nào đã được thực hiện của con em quý vị.
- Hai (2) tài liệu gốc chứng minh nơi cư ngụ. (Ví dụ: hóa đơn PG&E bill, hóa đơn điện thoại, hoặc truyền hình cáp)
- Giấy xác nhận ngày sinh của con em quý vị (bản sao của một trong số sau đây: Giấy khai sinh, Xác nhận của bệnh viện, Giấy xác nhận rửa tội, hay Passport).

Một khi nhận được những thứ này thì PIU phải hồi đáp trong mười lăm (15) ngày tính theo lịch với một bản Kế Hoạch Giám định (AP) cho con em quý vị, hoặc thư Văn bản chú ý báo trước (PWN) giải thích tại sao việc kiểm tra sẽ không được tiến hành. Xin lưu ý rằng thời biểu này không áp dụng cho kỳ nghỉ hè hoặc những ngày nghỉ học trên năm (5) ngày (kỳ nghỉ mùa đông).

Bản câu hỏi trong tập tài liệu này sẽ giúp các chuyên gia giám định hiểu biết hơn về con em quý vị để họ có thể chính xác giải đáp những lo ngại của quý vị và xác định các nhu cầu giám định. Xin vui lòng điền đầy đủ và gửi lại tất cả các mẫu đơn đến:

SFUSD: Special Education
ATTN: Prekindergarten Intake Unit
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116

Hoặc Gửi qua Fax đến số : (415) 224-2528
Kính gửi: SPED: PreK Intake Unit

Để tiện nghi cho quý vị, tập tài liệu này có bao gồm các Câu Hỏi Thông Thường (FAQ) về quá trình giám định. Nếu quý vị có thêm thắc mắc nào về những mẫu đơn này hoặc cần trợ giúp để điền đơn, xin vui lòng liên lạc văn phòng chúng tôi tại số (415) 401-2525.

Kính thư,

San Francisco Unified School District

**THỜI KHÓA BIỂU CỦA CUỘC GIÁM ĐỊNH**

1. Trong vòng mười lăm (15) ngày tính theo lịch sau khi nhận được giấy giới thiệu, nhân sự phụ trách phần giám định sẽ xem xét yêu cầu và trả lời thỏa đáng. Họ sẽ lập một Kế hoạch Giám định cho biết các lãnh vực sẽ được giám định cùng với các công cụ sẽ dùng cho cuộc giám định, hoặc họ sẽ gửi thư giải thích tại sao không thực hiện cuộc giám định.
2. Nếu một Kế Hoạch Giám định được lập ra, thì sẽ được gửi cho phụ huynh/người giám hộ để ký tên. Bất cứ trẻ em nào cũng không được giám định nếu không có sự cho phép của phụ huynh và bản kế hoạch giám định đã ký tên.
3. Trong vòng sáu mươi (60) ngày tính theo lịch sau khi nhận được bản Kế hoạch Giám định đã ký không kể những kỳ ngày nghỉ hè và nghỉ lễ trên năm (5) ngày, một cuộc giám định và buổi họp về Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) sẽ được thực hiện.

NHỮNG CÂU HỎI THÔNG THƯỜNG (FAQ)**Ai là người hồi đáp?**

Nhân viên được chỉ định để phụ trách làm giám định tùy thuộc vào nội dung và lĩnh vực khiến quý vị quan tâm và đã nêu trong giấy yêu cầu. Người giám định có thể là một nhà Tâm lý học ECSE và/hoặc là Chuyên viên Trị liệu Âm Ngữ-Ngôn Ngữ, nhà cung cấp dịch vụ liên quan (vd: Chuyên viên điều trị vận động, vật lý trị liệu...) hay bất cứ sự kết hợp nào từ những nhân viên giám định trên.

Việc gì xảy ra sau cuộc giám định?

Phụ huynh/người giám hộ sẽ được thông báo để dự một buổi họp IEP. Buổi họp IEP sẽ được sắp xếp để bảo đảm phụ huynh/người giám hộ có thể đến dự.

Buổi họp IEP là gì?

Buổi họp IEP là dịp để giải thích, thảo luận, và dùng kết quả giám định để đi đến những quyết định giáo dục của con em quý vị. Thông tin về con em quý vị sẽ được dùng để:

• *Xác định xem con em quý vị có hội đủ điều kiện để học chương trình giáo dục đặc biệt và nhận các dịch vụ liên hệ và/hoặc quyết định nếu con em quý vị có đáp ứng định nghĩa về “trẻ em khuyết tật”, theo Đạo Luật Giáo Dục Người Khuyết Tật (IDEA).*

• *Nếu con em quý vị hội đủ điều kiện để nhận các Dịch vụ Giáo dục Đặc biệt, thì những mục tiêu sẽ được đặt ra để giúp con em quý vị hưởng lợi giáo dục.*

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

(Xin lưu lại trang này để làm hồ sơ cho quý vị)

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

Tên: _____

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Địa chỉ: _____

Căn hộ # _____ Mã Bưu chính _____

Căn hộ # _____ Mã Bưu chính _____

Đây có phải là nơi cư ngụ chính của trẻ không?
 Có / KhôngĐây có phải là nơi cư ngụ chính của trẻ không?
 Có / Không

Số điện thoại liên lạc tiện nhất: _____

Số điện thoại liên lạc tiện nhất: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làmĐánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Số điện khác / Email: _____

Số điện khác / Email: _____

Đánh dấu: Nhà / Di động / Sở làmĐánh dấu: Nhà / Di động / Sở làm

Quý vị mong muốn được liên lạc bằng cách thức:

 Điện thoại / Email / Không ưu tiên

Quý vị mong muốn được liên lạc bằng cách thức:

 Điện thoại / Email / Không ưu tiên

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



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 _____

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) _____

**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/vẩy 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: _____



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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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? _____

**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.