

Mixed Delivery 计划：家庭筛选表

Mixed Delivery 计划为符合条件的婴儿、幼儿和学龄前儿童提供公共资金，用于支持其全年全天的幼儿保育和教育服务。**鼓励感兴趣的家庭使用此链接** (https://bit.ly/MD_Family_Screener) **在线填写此表格**。如果无法在线完成此调查，请填写此 PDF 表格并通过电子邮件发送至 CapitalAreaMD@fairfaxcounty.gov

儿童和家庭信息

儿童名字：_____ 儿童姓氏：_____

儿童出生日期：_____

父母/监护人名字：_____ 父母/监护人姓氏：_____

父母/监护人电子邮箱：_____ 父母/监护人电话号码：_____

家庭语言：_____ 家庭邮政编码：_____（请输入家庭当前居住地的邮政编码。仅限Virginia居民可以参与Mixed Delivery 计划。）

与儿童同住的家庭成员数量？_____

家庭税前年总收入（总收入）是多少？\$ _____

MIXED DELIVERY 的家庭/儿童资格标准

请选择所有适用项：

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 家庭享受 SNAP、Medicaid、SSI、WIC 或 TANF 福利。 | ☐ 父母/监护人或儿童现在/曾经是家庭暴力的受害者。 | ☐ 儿童的父母是/曾是未成年父母。 |
| ☐ 家庭正在经历无家可归。 | ☐ 父母任何一方已过世。 | ☐ 儿童疑似或已确诊身患残疾或接受早期干预服务。 |
| ☐ 父母/监护人没有完成高中学业。 | ☐ 父母/监护人或兄弟姐妹有严重残疾。 | ☐ 儿童目前处于寄养状态。 |
| ☐ 单亲父母/监护人，独自承担经济责任。 | ☐ 父母任何一方目前/曾经被监禁。 | ☐ 儿童由父母以外的人照顾。 |
| | | ☐ 以上都不是。 |

根据家庭需求和偏好填写以下部分

非全日托儿意味着一个家庭正在寻求仅在一周的某些天、一个月的某些周或部分天内的托儿服务。

全日托儿意味着一个家庭正在寻求整个学年（包括暑期）的每天、全天以及每周都提供的托儿服务。

首选托儿时间（全日或非全日）： ☐ 非全日 ☐ 全日托儿服务

首选托儿环境（中心式或家庭式日托）： ☐ 中心式计划 ☐ 家庭式托儿计划

首选托儿地点（城市、地区或邮政编码）： _____

该家庭是否已确定他们感兴趣的幼儿教育计划？

☐ 是。该家庭已确定一项幼儿教育计划。

☐ 否。该家庭需要更多信息。

首选幼儿教育计划的名称： _____

该家庭是否需要任何语言的口译服务？ ☐ 是 ☐ 否 所需语言： _____

填表人姓名： _____

孩子对其的称谓或与其孩子的关系： _____

若为工作人员，请提供幼儿教育计划名称： _____

当日日期： _____

以下确认内容旨在寻求家庭的许可

此表格（若已提交）将帮助 Mixed Delivery 计划专员、区域协调注册工作人员，以及幼儿教育计划：

- (1) 创建 Mixed Delivery 候补名单，联系各家庭以确定资格，以及为注册加入 Mixed Delivery 计划提供支持（如果得到家庭授权）。
- (2) 与其他公共资助的幼儿教育计划和机构共享信息，例如 Head Start、Early Head Start、CCAR、Virginia Preschool Initiative (VPI) 和 Virginia Early Childhood Foundation (VECF)。这将创建一个统一的托儿候补名单，并在获得家庭授权的情况下为各家庭找到可负担的托儿服务提供支持。
- (3) 与我们社区中的 Mixed Delivery 幼儿教育计划共享信息，以便计划可以在获得家庭授权的情况下联系家庭，为注册加入计划提供支持。

确认 1 选择一项以表明家庭偏好：

- ☐ 我希望将我的孩子列入地区和州 Mixed Delivery 候补名单。
- ☐ 我希望仅将我的孩子列入地区 Mixed Delivery 候补名单。

确认 2 我了解，此候补名单中的信息可能会与其他幼儿教育计划共享，并将根据我的家庭需求、偏好和资格，为我的孩子注册加入托儿计划提供支持。

- ☐ 我同意与其他公共资助的幼儿教育计划共享我的信息，并被添加到地区的统一托儿服务候补名单中。
- ☐ 我不希望与其他计划共享我的信息，也不希望被添加到统一的托儿服务候补名单中。

确认 3 我了解，提交此表格后，Mixed Delivery 计划专员或幼儿教育计划的工作人员将联系我，以确定资格并为注册加入托儿计划提供支持。我还了解，提交此表格并不能保证我的孩子有资格获得 Mixed Delivery 服务。

- ☐ 是，我理解并同意与我取得联系。

感谢您填写本 Mixed Delivery 家庭意向和筛选表。请将填妥的表格发送至 CapitalAreaMD@fairfaxcounty.gov。候补名单上符合条件的儿童将在 Mixed Delivery 计划名额可用时填补。Mixed Delivery 计划专员或幼儿教育计划的工作人员将联系相关家庭。

此信息将保密并安全保存。

3/2025

 应要求可提供合理的便利安排。请致电 703-324-8100。如果未标明听障人士专用电话 (TTY) 号码，请使用 711/Virginia Relay（弗吉尼亚州转接服务）。