

## Làm Thế Nào Để Ghi tên Học tại Học Đường Công Lập DC (DCPS)

### Ghi tên cho Năm Học 2018-2019 trong Ba Bước Dễ dàng:

- 1) Hoàn tất Tập đơn Ghi Tên học.
- 2) Cung cấp chứng từ chứng minh là cư dân DC như đã liệt kê trong Hướng Dẫn về Xác Minh Cư Ngụ.
- 3) Đem Tập Đơn Ghi Tên học đã điền hoàn tất tới nộp cho trường con em.

### Ghi tên cho Học Sinh Năm Học 18-19

#### Học sinh CŨ của DCPS:

1. Đơn Học Sinh Ghi Tên Hàng Năm
2. Đơn Xác Minh Cư Ngụ tại DC
3. Bản Thăm Dò Ngôn Ngữ Sử Dụng Ở Nhà
4. Mẫu Đơn Đồng Ý/Cho Phép Phổ Biến
  - Trên các Phương Tiện Truyền Thông
  - Không cho Phổ biến tới Trạm Tuyển mộ Tân binh  
(CHỈ các học sinh lớp 7 -12, tùy chọn)
5. Đơn Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC
6. Đơn Khám Sức Khỏe Răng Miệng của DC

Cung cấp Chứng từ là Cư dân DC

#### Học Sinh MỚI của DCPS:

1. Đơn Học Sinh Ghi Tên Hàng Năm
2. Đơn Xác minh Cư ngụ tại DC
3. Bản Thăm Dò Ngôn Ngữ Sử Dụng Ở Nhà
4. Mẫu Đơn Đồng Ý/Cho Phép Phổ Biến
  - Trên các Phương tiện Truyền thông
  - Không cho Phổ biến tới Trạm Tuyển mộ Tân binh  
(CHỈ các học sinh lớp 7 -12, tùy chọn)
5. Đơn Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC
6. Đơn Khám Sức Khỏe Răng Miệng của DC

Cung cấp Chứng từ là Cư dân DC

#### Cung cấp một (1) chứng từ chứng minh tuổi tác:

- Giấy Khai Sinh
- Hồ sơ Bệnh viên
- Hồ sơ Học sinh trước đó
- Hộ chiếu
- Chứng chỉ Rửa Tội

**Mang Tập Đơn Ghi Tên Đã Điền Hoàn Tất Tới Nộp Cho Trường  
Để Ghi Tên Cho Con Em!**

### Các Mẫu Đơn Khác:

- Hướng Dẫn về Xác Minh Cư Ngụ DC (DC Residency Verification Guidelines)
- Hướng Dẫn về Chứng Nhận Khám Sức Khỏe Tổng Quát (DC Universal Health Certificate Instructions)
- Các Yêu Cầu Bắt Buộc về Y Tế Học Đường và Chích Ngừa của DCPS (DCPS School Health and Immunization Requirements)
- Thông Báo về các Quyền Hạn theo Đạo Luật FERPA (FERPA Notification)
- Thông Báo về Đơn Cho Các Bữa Ăn Miễn Phí và Giá Giảm (Free and Reduced Price Meal (FARM) Application Notification)
- Thông tin về Các Bữa Ăn Ở Trường, FARM, và Điều chỉnh Bữa Ăn Thích hợp do Dị ứng hoặc Ăn kiêng (Information on School Meals, FARM, and Allergies and Dietary Accommodations)

Quý vị có thể tìm thấy các tài liệu/mẫu đơn này trên mạng tại [www.enrolldcps.dc.gov](http://www.enrolldcps.dc.gov). Bản dịch có sẵn bằng tiếng Am-ha-ríc, tiếng Trung Hoa, tiếng Pháp, Tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn tất tập đơn ghi tên này, xin quý vị đừng ngần ngại liên lạc trực tiếp với trường con em hoặc Nhóm Ghi Tên Học (Enrollment Team) của Văn phòng Giám Đốc Điều Hành (Office of the Chief Operating Officer) số 202-478-5738.

**ĐƠN HỌC SINH GHI TÊN HỌC HÀNG NĂM**

Năm Học 2018-2019

(Vietnamese)

(Xin viết tất cả bằng chữ in)

TIN TỨC của HỌC SINH										
Họ của Học sinh			Tên			Tên Lót			Số thẻ Học sinh DCPS (ID #)	
<b>Sắc tộc:</b> <input type="checkbox"/> Tây ban nha/ Châu Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải Tây ban nha/ Không phải Châu Mỹ La Tinh		<b>Chủng tộc:</b> (chọn một hay hơn): <input type="checkbox"/> Dân bản xứ/ Mỹ da đỏ <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da Đen/ Mỹ Phi Châu <input type="checkbox"/> Dân bản xứ Hawaiian/ Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Da Trắng				Ngày sinh (tháng/ngày/năm) (mm/dd/yy) / /			<b>Phái tính của Học sinh</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Địa chỉ Nhà			Số Phòng			Số Điện thoại: ( )				
Thành phố			Tiểu bang		Mã số Bưu điện		<b>Học sinh mới tới DCPS</b> Tên Trường Học Trước đó (nếu không phải là DCPS): Thành phố/Tiểu bang/Mã số Bưu điện:			
Lớp học cho năm học kế (18-19)			PK3    PK4    K    1    2    3    4    5    6 7    8    9    10   11   12    Trưởng Thành			Giáo dục Đặc biệt với IEP hiện hành (còn hiệu lực) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Kế hoạch 504 hiện hành (còn hiệu lực) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Dị ứng (nếu có, xin điền đơn) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ăn uống Kiên cử (nếu có, xin điền đơn) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Cần Uống thuốc trị bệnh (nếu có, xin điền đơn) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				

TIN TỨC của PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ											
Tên Phụ huynh/Giám hộ			Liên Hệ			Tên Phụ huynh/Giám hộ khác/Tin tức để Liên lạc			Liên Hệ		
Địa chỉ Nhà			Địa chỉ Nhà								
Thành phố			Tiểu bang		Mã số Bưu điện	Thành phố			Tiểu bang		Mã số Bưu điện
Địa chỉ Email			<input type="checkbox"/> Chọn nhận Email <input type="checkbox"/> Chọn nhận tin nhắn			Địa chỉ Email			<input type="checkbox"/> Chọn nhận Email <input type="checkbox"/> Chọn nhận tin nhắn		
Điện thoại Nhà		Điện thoại Cầm tay		Điện thoại Sở làm		Điện thoại Nhà		Điện thoại Cầm tay		Điện thoại Sở làm	

TIN TỨC của ANH CHỊ EM RUỘT				
	Anh, Chị, Em Ruột 1	Anh, Chị, Em Ruột 2	Anh, Chị, Em Ruột 3	Anh, Chị, Em Ruột 4
Tên				
Số Thẻ ID#				
Trường				
Ngày Sinh				

TIN TỨC LIÊN LẠC TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP (KHÁC HƠN PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ)											
Tên			Liên Hệ			Tên			Liên Hệ		
Địa chỉ Nhà			Địa chỉ Nhà								
Thành phố			Tiểu bang		Mã số Bưu điện	Thành phố			Tiểu bang		Mã số Bưu điện
Điện thoại Nhà		Điện thoại Cầm tay		Điện thoại Sở làm		Điện thoại Nhà		Điện thoại Cầm tay		Điện thoại Sở làm	

TÌNH TRẠNG GIA CƯ (ĐÁNH DẤU VÀO TẤT CẢ CÁC PHẦN PHÙ HỢP)							
Thường Trú <input type="checkbox"/>	Khách sạn Nhà Trọ <input type="checkbox"/>	Tạm trú <input type="checkbox"/>	Không ở Nhà Tạm trú <input type="checkbox"/>	Sống Chung Nhiều Gia Đình Trong Một Căn Nhà <input type="checkbox"/>	Cha Mẹ Nuôi/CFSA <input type="checkbox"/>	Chờ Được Nhận Làm Con Nuôi <input type="checkbox"/>	Thanh Thiếu Niên Không Ở với Người Lớn <input type="checkbox"/>

DCPS đồng ý các thông tin/dữ liệu có trong bản Hồ sơ Học Sinh Ghi tên Học (Student Enrollment Form) sẽ được bảo mật (giữ kín) và chỉ được sử dụng trong mục đích chính đáng của Các Trường Công lập DC (DCPS). Tôi đã điền hoàn tất đơn này và tôi xác nhận rằng các thông tin ở trên là chính xác. Tôi hiểu rằng cung cấp những thông tin sai lệch với mục đích lừa dối chính quyền sẽ bị luật pháp trừng trị. Với chữ ký của tôi dưới đây, tôi xác nhận sự đồng ý của tôi với bất kỳ đồng ý hoặc chọn nhận nào trong đơn này. Đơn không được ký trước ngày 1 tháng Tư.

Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ Ghi tên cho Học sinh

Ngày





Tên LEA/Trường học

### Bảng Kiểm Các Tài Liệu Hỗ Trợ Được Chấp Nhận

#### 1. (One item is needed from this list to verify residency. The address and name on each of the items must be the same.)

- Phiếu thanh toán tiền lương:** Một phiếu thanh toán tiền lương hợp lệ được phát hành trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày cung cấp bằng chứng về nơi cư trú. Phải có tên người đang đăng ký ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn cho thấy địa chỉ nhà hiện tại ở DC của người đó, và khoản giữ lại chỉ là khoản thuế thu nhập cá nhân DC cho năm tài chính tính thuế hiện hành.
- Giấy tờ về hỗ trợ tài chính chính thức chưa hết hạn từ Chính quyền Quận Columbia:** Được cung cấp cho người đang ghi danh cho học sinh hoặc học sinh là người lớn và có giá trị hiện hành tại thời điểm trình giấy tờ cho nhà trường, bao gồm nhưng không chỉ hạn chế ở các chương trình Trợ Cấp Tạm Thời Cho Gia Đình Nghèo Khó (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Medicaid, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em Tiểu Bang (State Child Health Insurance Program, SCHIP), Trợ Cấp An Sinh (Supplemental Security Income), trợ giúp về nhà ở hoặc các chương trình khác.
- Bản sao có chứng thực Biểu Mẫu D40:** Được Văn Phòng Thuế và Thu Nhập DC chứng thực, với tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn như bằng chứng về việc nộp thuế tại DC cho năm hiện tại và năm nộp thuế gần đây nhất.
- Lệnh về nhà ở quân đội hiện hành:** Cho thấy tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn, và địa chỉ đang sinh sống tại Quận, bao gồm nhưng không chỉ hạn chế ở tuyên bố DEERS hoặc giấy tờ liên lạc khác với phần tiêu đề trên giấy tờ có thông tin liên lạc của quân đội.
- Thư của đại sứ quán:** Được đưa ra trong vòng mười hai (12) tháng qua cho thấy tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn, và thư chỉ rõ rằng người chăm sóc và học sinh phụ thuộc sinh sống ở khu nhà cửa của sứ quán tại Quận Columbia hoặc được đại sứ quán xác nhận sẽ sinh sống ở khu nhà cửa tại DC trong suốt năm học liên quan và có đóng dấu chính thức của đại sứ quán.

#### 2. (Two items are needed from this list to verify residency. The address and name on each of the items must be the same.)

- Đăng ký phương tiện động cơ mô tô của DC** hợp lệ và chưa hết hạn cho thấy tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn và địa chỉ nhà hiện đang ở tại Quận của người đó.
- Thỏa thuận cho thuê hoặc thuê nhà với bằng chứng thanh toán tiền thuê riêng** hợp lệ và chưa hết hạn với tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn, cho giai đoạn trong vòng hai (2) tháng ngay trước đợt xem xét giấy tờ về nơi cư trú của nhà trường, đối với địa chỉ hiện tại ở DC nơi học sinh thực sự đang sinh sống.
- Giấy cho phép của nhà vận hành phương tiện động cơ mô tô tại DC** hoặc giấy tờ nhận dạng không phải là lái xe do chính quyền ban hành chính thức với tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn cho thấy địa chỉ nhà hiện tại ở DC của người đó.
- Hóa đơn tiện ích (chỉ chấp nhận hóa đơn khí ga, điện và nước) với biên nhận đã thanh toán riêng rẽ cho thấy việc thanh toán hóa đơn**, cho giai đoạn trong vòng hai (2) tháng ngay trước đợt xem xét giấy tờ về nơi cư trú của nhà trường, trong đó có tên người đang ghi danh cho học sinh hoặc tên của học sinh là người lớn và địa chỉ nhà hiện tại ở DC của người đó.

#### 3. (Không cần bất kỳ giấy tờ hỗ trợ nào. Bắt buộc cần chữ ký của người đang đăng ký ghi danh trong Phần C.)

- Vô gia cư:** Có bằng chứng rằng học sinh hiện đang vô gia cư và cán bộ liên lạc vô gia cư của nhà trường đã cung cấp thông tin thích hợp về tình trạng vô gia cư.
- Quản Thúc Của Quận Columbia:** Bằng chứng rằng trẻ đang trong sự quản thúc của Quận Columbia, theo lệnh tòa án hoặc giấy tờ chính thức từ Cơ Quan Dịch Vụ Gia Đình và Trẻ Em DC (DC Child and Family Services Agency).

#### 4. (các gia đình/học sinh đăng ký ghi danh chấp thuận quá trình xác thực nơi cư trú bằng hình thức điện tử.)

- Văn Phòng Thuế và Thu Nhập:** Các gia đình/học sinh đăng ký ghi danh lại đồng ý xác thực sử dụng quá trình xác thực nơi cư trú OTR. Người đăng ký ghi danh phải đăng nhập vào một hệ thống xác nhận nơi cư trú riêng biệt. Tài liệu hướng dẫn được trường đăng ký ghi danh cung cấp.
- Hỗ Trợ Tài Chính DC:** Việc tham gia vào chương trình hỗ trợ tài chính hoặc phúc lợi công cộng được xác định của Quận trong đó thông tin được cung cấp trực tiếp cho OSSE thông qua thỏa thuận chia sẻ dữ liệu nội bộ của tổ chức. Các chương trình này bao gồm Medicaid, Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplementation Nutrition Assistance Program, SNAP), hoặc Trợ Cấp Tạm Thời Cho Gia Đình Nghèo Khó (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

#### Hình Phạt vì Khai Man Thông Tin:

Bất kỳ cá nhân nào, bao gồm cả cán bộ của trường công và bán công thuộc Quận Columbia, cố tình cung cấp thông tin sai cho một viên chức công liên quan đến việc xác thực nơi cư trú của học sinh sẽ phải chịu bị truy thu học phí, và thanh toán một khoản phạt lên tới \$2,000 hoặc bị tổng giam tối đa 90 ngày, nhưng không vừa bị phạt vừa bị tổng giam, căn cứ vào Đạo Luật Học Phí Cho Người Không Phải Là Cư Dân (Nonresident Tuition Act) Quận Columbia, được phê duyệt vào ngày 8 tháng 9 năm 1960 và được sửa đổi bởi Đạo Luật Sửa Đổi Ngăn Chặn Gian Lận Về Nơi Cư Trú Của Học Sinh Trường Công và Trường Bán Công tại Quận Columbia năm 2012 (District of Columbia Public Schools and Public Charter School Student Residency Fraud Prevention Amendment Act) (Đạo Luật D.C. §38-312). Văn Phòng Tổng Giám Đốc Giám Sát Giáo Dục Tiểu Bang (Office of the State Superintendent of Education) có thể chuyển bất kỳ vụ việc với cá nhân nào vi phạm như vậy tới Văn Phòng Tổng Kiểm Lý.



## HƯỚNG DẪN VỀ XÁC MINH CƯ NGỰ

### DANH SÁCH CÁC CHỨNG TỪ XÁC MINH CƯ NGỰ ĐƯỢC CHẤP THUẬN

Tất cả các chứng từ phải là bản chính và CHƯA HẾT HẠN

- Hàng năm phụ huynh/giám hộ được yêu cầu phải nộp xác minh cư ngụ trong DC khi đến ghi tên học cho con em.
- Phụ huynh/giám hộ có thể trình một chứng từ trong Danh sách A **hoặc** hai chứng từ trong Danh sách B để xác minh là cư dân của DC.
- Phụ huynh/giám hộ phải mang đến các chứng từ bản chính cho nhân viên trường học, và các chứng từ này phải có tên của phụ huynh/giám hộ đến ghi tên học cho con em. **Theo luật của DC, nhà trường bắt buộc phải sao chụp lại các chứng từ cho mục đích kiểm tra sổ sách.**
- Phụ huynh/Giám hộ cũng phải điền vào Đơn Xác Minh Cư Ngụ trong Quận DC hàng năm khi đến ghi tên học cho con em. Đơn này phải được ký bởi cùng phụ huynh/giám hộ có tên trong các chứng từ cư ngụ.

Danh Sách A	Danh Sách B
<b>Một</b> trong những chứng từ sau đây phải có tên và địa chỉ của phụ huynh/giám hộ đến ghi tên cho con em.	<b>Hai</b> trong những chứng từ sau đây phải có tên và địa chỉ của phụ huynh/giám hộ đến ghi tên cho con em. Tên và địa chỉ phải giống nhau trong <b>cả hai</b> chứng từ:
Một phiếu lương trong vòng <b>45 ngày</b> , trước ngày trường học duyệt xét lại các chứng từ cư ngụ, cho thấy có địa chỉ DC và có trừ thuế của DC.	Giấy đăng ký xe hơi của DC chưa hết hạn
Giấy thông báo về Lợi tức An sinh Xã hội (SSI) hàng năm.	
Thư Xác minh và Giấy Cư Ngụ trong Khu Gia Bình; <b>hoặc</b> Giấy Tường Trình DEERS.	Bằng lái xe DC chưa hết hạn, <b>hoặc</b> thẻ căn cước cấp cho người không lái xe.
Một thư của Tòa Đại Sứ cho biết đang ở nhà do toà đại sứ bảo trợ trong DC, có đóng dấu của Tòa Đại sứ.	
Chứng từ nhận trợ cấp tài chính của Chính Quyền DC còn hiệu lực, bao gồm chương trình TANF, trợ giúp y tế (medicaid), SCHIP, SSI, trợ giúp nhà cửa và các chương trình khác của Chính quyền DC.	Hợp đồng thuê mướn nhà chưa hết hạn với biên nhận đã trả tiền nhà trong vòng 2 tháng, trước ngày trường học duyệt xét lại các chứng từ cư ngụ.
Bản sao của mẫu thuế D-40 có chứng nhận do Sở Thuế vụ và Lợi tức DC cấp (DC Office of Tax & Revenue form)	
Chứng minh đưa trẻ thuộc quyền giám hộ của Quận DC, dưới hình thức pháp lệnh của Toà án hoặc thông báo của Cơ Quan Dịch vụ Gia đình và Trẻ em DC (DC Child and Family Services Agency)	Hóa đơn tiện ích (chỉ nhận hóa đơn gaz, điện và nước) với biên nhận đã trả tiền trong vòng 60 ngày trường học duyệt xét lại các chứng từ cư ngụ.

**Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần hướng dẫn thêm, xin vui lòng gọi cho Đội Ghi Tên Học Sinh (Enrollment Team) tại [enroll@dc.gov](mailto:enroll@dc.gov) hoặc gọi số 202-478-5738.**

## DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.

This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

School: _____	Student ID #: _____
Student's Last Name: _____	Student's First Name _____

**English**

1. Is a language other than English spoken in your home?  
 No  Yes \_\_\_\_\_ (specify language)
2. Does your child communicate in a language other than English?  
 No  Yes \_\_\_\_\_ (specify language)
3. What is your relationship to the child?  
 Father  Mother  Guardian  Other (specify) \_\_\_\_\_

If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.

REGISTRAR PROCESS:

- If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication.
- If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation.

<p><b>Español (Spanish)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma)</li> <li>2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma)</li> <li>3. ¿Cuál es su relación con el estudiante?  <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</li> </ol> <p>Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es " Sí ", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.</p>	<p><b>Français (French)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue)</li> <li>2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue)</li> <li>3. Quel est votre relation avec l'enfant ?  <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____</li> </ol> <p>Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui ", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.</p>
--	--

<p><b>中文 (Chinese)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言?  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (请指明语言)</li> <li>2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗?  <input type="checkbox"/> 不会 <input type="checkbox"/> 会 _____ (请指明语言)</li> <li>3. 您和孩子的关系是什么?  <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它(请指明) _____</li> </ol> <p>如果第一或第二项问题的答案为“是”，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。</p>	<p><b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không?  <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)</li> <li>2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?  <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)</li> <li>3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em?  <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Liên hệ khác (xin ghi rõ)</li> </ol> <p>Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là " Có ", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thăm định trình độ thông thạo Anh ngữ.</p>
---	--

<p><b>አማርኛ (Amharic)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?  <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)</li> <li>2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?  <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)</li> <li>3. ስለጃ ደስዎት ዝምድና ምንድን ነው?  <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አናት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ <input type="checkbox"/> ሌላ _____ (ይገልጹ)</li> </ol> <p>ስፕሶቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅልጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።</p>	<p><b>School Official's Comments:</b></p>   
---	---

## Các Yêu Cầu về Y Tế Học Đường, Năm học 2018 - 2019

Xin quý vị nộp lại các mẫu đơn sau đây cho **Nhân viên Ghi Tên** tại trường khi đến ghi tên cho con em. Theo Luật của DC bắt buộc tất cả các học sinh phải được chích ngừa cập nhật đầy đủ để đi học. Luật DC cũng đòi hỏi phải có Chứng chỉ Khám Sức khỏe Tổng quát và Thẩm định Sức khỏe Răng Miệng cho tất cả trẻ em ghi tên vào các lớp.



Mẫu Đơn	Mô tả	Yêu cầu Bắt buộc	Ghi Chú
<b>Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát (Universal Health Certificate)</b>	Đơn gồm có hai trang và hai trang hướng dẫn cho tổ chức cung ứng dịch vụ y tế cho quý vị.	Tất cả học sinh ghi tên (từ Dự bị Mẫu giáo 3 đến lớp 12) (PK3-12).	<p>Xin Bác sĩ hoặc Y tá điền hoàn tất Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát (Universal Health Certificate Form) cho con em.</p> <p>Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát phải có ghi nhận đã chích ngừa, thử bệnh lao và khám thể lực trong vòng 365 ngày trước khi bắt đầu đi học. Tất cả các trẻ em dưới 6 tuổi phải được thử nghiệm <b>hai lần</b> về nhiễm độc chất chì trong máu. Không kể rủi ro khi tiếp xúc, thử nghiệm phải hoàn tất, và ghi vào Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát.</p> <p>Nếu con em tham gia vào các hoạt động thể thao, chứng chỉ này sẽ hết hạn trong vòng 365 ngày kể từ ngày khám có ghi trong chứng chỉ. Để tiếp tục hội đủ điều kiện, các học sinh chơi thể thao phải nộp Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát (Universal Health Certificate) đã được cập nhật cho trường khi hết hạn.</p> <p>(Quý vị cần bảo hiểm sức khỏe? Quý vị có thể hợp lệ cho chương trình Trợ giúp Y tế (Medicaid) hoặc được trợ cấp bảo hiểm sức khỏe. Xin vào trang mạng <a href="https://dchealthlink.com">https://dchealthlink.com</a> để biết thêm tin tức. Cần giúp đỡ để tìm Bác Sĩ? Xin liên lạc với Dịch vụ Hội viên của Bảo Hiểm Sức Khỏe của quý vị, số điện thoại có in ở mặt sau của thẻ bảo hiểm.)</p>
<b>Chứng từ Chích Ngừa (Immunization Documentation)</b>	Chích ngừa đầy đủ, phù hợp với lứa tuổi phải được ghi nhận vào Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát. Kèm theo đây là một trang thông tin về các yêu cầu chích ngừa bắt buộc.	Tất cả học sinh ghi tên (từ Dự bị Mẫu giáo 3 đến lớp 12) (PK3-12). Sau 10 ngày học, học sinh nào chưa nộp chứng từ đã chích ngừa sẽ không được vào lớp và được thông nom riêng biệt.	<p>Xin lấy hẹn sớm để gặp Bác sĩ nếu chích ngừa của con em chưa được cập nhật. Một vài chích ngừa đòi hỏi hơn một liều và phải trở lại gặp bác sĩ.</p> <p>Nếu quý vị có câu hỏi về các yêu cầu chích ngừa của DC, xin thảo luận với bác sĩ của con em. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Chích ngừa thuộc Sở Y Tế DC (DC Department of Health Immunization Division), số 202-576-9325.</p>
<b>Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng (Oral Health Assessment Form)</b>	Một trang	Tất cả học sinh ghi tên (từ Dự bị Mẫu giáo 3 đến lớp 12) (PK3-12).	<p>Xin Nha Sĩ của con em điền hoàn tất đơn này.</p> <p>(Quý vị cần bảo hiểm răng? Quý vị có thể hợp lệ cho chương trình Trợ giúp Y tế (Medicaid) hoặc được trợ cấp bảo hiểm sức khỏe. Xin vào trang mạng <a href="https://dchealthlink.com">https://dchealthlink.com</a> để biết thêm tin tức).</p> <p>(Có trợ cấp Y tế - Medicaid, nhưng cần giúp đỡ để tìm tổ chức cung ứng dịch vụ nha khoa hay gọi để xin hẹn? Xin gọi số 1-866-758-6807 hoặc viếng trang mạng <a href="http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html">http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html</a>)</p>
<b>Đơn Xin Dùng Thuốc (Medication Orders)</b>	<p>Có nhiều mẫu đơn bắt buộc phải điền để nhà trường có thể đáp ứng các nhu cầu dùng thuốc hoặc làm các can thiệp y tế trong ngày học cho con em.</p> <p>Quý vị có thể lấy những mẫu đơn này ở phòng Y tá trường hoặc trên mạng tại: <a href="http://www.dcps.dc.gov">www.dcps.dc.gov</a></p>	Tất cả học sinh cần dùng thuốc hay can thiệp y tế trong ngày học, như bị suyễn, dị ứng, tiểu đường, co giật, hoặc các điều kiện y tế khác. Nếu con em có những bệnh trên, xin quý vị trình bày với hiệu trưởng và y tá trường biết về tình trạng sức khỏe thể chất hay hành vi/cử chỉ của con em và các can thiệp cần thiết.	<p>Để bảo đảm nhu cầu cần dùng thuốc tại trường của con em được đáp ứng, xin tham khảo hướng dẫn Đáp ứng các Nhu cầu Cần Dùng Thuốc và Điều Trị của Con Em Tại Trường Học (<i>Meeting Your Child's Medication and Treatment Needs at School</i>) để biết thêm chi tiết. Có thể tìm trên mạng tại <a href="http://dcps.dc.gov/health">http://dcps.dc.gov/health</a>.</p> <p>Nếu có thể, gia đình nên con em dùng thuốc ở nhà. Nếu con em cần dùng thuốc hay bắt buộc được điều trị y tế trong giờ học ở trường, xin yêu cầu nhà cung cấp thuốc trị bệnh điền hoàn tất các đơn thích hợp - Đơn Cho Phép Điều trị và Uống Thuốc (Medication and Treatment Authorization Form), Kế hoạch Hành động cho bệnh Suyễn (the Asthma Action Plan) và Kế hoạch Hành động cho Chứng Sốc Mẫn Cảm (the Action Plan for Anaphylaxis). Những đơn này có sẵn trên trang <a href="http://dcps.dc.gov/health">http://dcps.dc.gov/health</a> và phòng y tá trường. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi về đơn nào thì cần thiết cho con em, xin nói chuyện với y tá trường. Học sinh được phép tự dùng thuốc suyễn, sốc mẫn cảm, hoặc tiểu đường tại trường cũng phải có kế hoạch dùng thuốc (Medication Action Plan) do phụ huynh hoặc giám hộ của học sinh và bác sĩ ký tên cho phép.</p> <p>Nếu con em cần điều chỉnh ăn uống kiêng cử thích hợp, tổ chức cung ứng dịch vụ y tế của quý vị phải hoàn tất Đơn Học Sinh với các Nhu cầu Ăn Uống Kiêng Cử Đặc biệt (Special Dietary Needs Form). Đơn này có sẵn sàng trên mạng tại <a href="http://dcps.dc.gov/publication/dietary-accommodations-instructions-and-forms">http://dcps.dc.gov/publication/dietary-accommodations-instructions-and-forms</a>.</p>

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, xin quý vị vui lòng liên lạc với Diana Bruce, Giám Đốc Văn Phòng Y Tế và An Sinh DCPS (DCPS Director of Health and Wellness): 202-442-5103 hoặc [Diana.Bruce@dc.gov](mailto:Diana.Bruce@dc.gov). Quý vị có thể tìm thấy các mẫu đơn này trên trang mạng của DCPS.





## HƯỚNG DẪN VỀ CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA DC (DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE INSTRUCTIONS)

Đơn này thay thế cho tất cả các đơn khám sức khỏe có trước ngày 1 tháng Tư 2015. Các trẻ em ghi tên vào các Cơ Sở Phát Triển Trẻ Em, chương trình Head Start, các trường công lập, trường bán công, trường tư, trường tôn giáo của DC đều bắt buộc phải nộp hàng năm Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC (DC UHC).

**Ngoại lệ:** Đơn này, DC UHC không được dùng để thay thế cho đơn EPSDT hoặc Đơn Thẩm định Sức Khỏe Răng Miệng của Sở Y Tế. Đơn DC UHC được Sở Y Tế DC khai triển và theo Hướng dẫn của Viện Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP) đối với việc chăm sóc và phòng ngừa bệnh tật cho các trẻ em và thanh thiếu niên; từ sơ sinh đến 21 tuổi. **Đơn này là một hồ sơ bảo mật**, thống nhất với các yêu cầu đòi hỏi của Đạo Luật về Trách nhiệm Hồ tương và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA) đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế, và Đạo Luật Quyền hạn Giáo dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình 1974 (FERPA) đối với các cơ quan giáo dục.

**Hướng Dẫn Chung:** Xin dùng bút mực đen để điền đơn này.

### Phần 1: Thông Tin Cá Nhân Trẻ Em:

**Cha mẹ hay Người Giám hộ Học sinh:** Xin điền đầy đủ tất cả các thông tin cá nhân của con em, bao gồm họ, tên, tên lót, ngày sinh và phái tính. Ngoài ra cũng điền vào tên của quý vị, số điện thoại, địa chỉ nhà, phường của địa chỉ nhà trong khu vực cư ngụ, và tên cùng số điện thoại liên lạc khẩn cấp trong trường hợp không thể liên lạc với quý vị. Cho biết tên trường học hay cơ sở chăm sóc trẻ em (nhà trẻ). Đánh dấu vào ô cho biết loại bảo hiểm y tế của con em. Thêm nữa, xin cung cấp tên của công ty bảo hiểm và số bảo hiểm (ID #) của con em vào ô dành riêng cho thông tin này. Viết tên của bác sĩ có chứng nhận hành nghề/cơ quan chăm sóc y tế gia đình (bác sĩ hoặc y tá có chứng nhận hành nghề). Nếu con em không có bác sĩ nhất định để chăm sóc sức khỏe, xin viết "none" (không có) vào ô trống dành cho câu hỏi này. **Đơn này sẽ không được xem như hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh hay người giám hộ học sinh ở Phần 5.**

**Phần 2: Tiểu Sử Y Tế của Con Em, Khám Nghiệm & Đề Nghị:** (do bác sĩ có chứng nhận hành nghề điền vào). Xin đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp.

- Ngày Khám Sức Khỏe:** Tất cả trẻ em phải được khám sức khỏe bởi một bác sĩ hay y tá có giấy phép hành nghề (một số y tá có chứng nhận hành nghề cũng là Y tá có chứng nhận hành nghề bậc cao (ARNP), đã hoàn thành giáo dục sau cấp đại học), theo như hướng dẫn AAP và Luật Chính thức của DC § 38-602(a). Ngày tháng ghi vào đây phải là ngày khám bệnh thật sự.
- WT:** Trọng lượng của trẻ em tính bằng pounds (LBS) hoặc kí-lô-gram (KG); **HT:** Chiều cao của trẻ em đo bằng inches (IN) hay cen-ti-mét (CM).
- BP:** Nếu trẻ em ba (3) tuổi trở lên, viết vào ô số huyết áp, và đánh dấu là bình thường hay không bình thường. Nếu không bình thường, xin cho lời giải thích và giải pháp ở Phần 2: Mục A.
- Body Mass Index (BMI) – (Chỉ Số Khối lượng Cơ Thể):** Nếu trẻ em hai (2) tuổi trở lên, chỉ số BMI phải được tính toán và ghi nhận, kể cả phân vị (percentile). BMI được tính từ số đo trọng lượng và chiều cao của trẻ em.
- HGB/HCT:** Hemoglobin (HGB) hoặc Hematocrit (HCT) **bắt buộc phải có đối với trẻ em dưới sáu (6) tuổi.** Đề nghị khám bệnh giảm hồng cầu/thiếu máu (anemia) do kinh nguyệt đối với các em nữ vị thành niên chiếu theo đề nghị của AAP. Xin ghi nhận mức độ máu và cho biết thử nghiệm nào đã được làm bằng việc khoanh tròn HGB, HCT hoặc cả hai.
- Khám Thị Giác và Thính Giác:** Trẻ em cần bắt đầu khám thị giác đều đặn khi đến ba (3) tuổi, và thính giác khi đến bốn (4) tuổi. Nếu không thể hoàn tất việc khám, nhưng có lý do để quan tâm, xin cung cấp cho nhà trường sự giải thích và cách giải quyết vấn đề trong Phần 2, Mục A.
- QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE:** Tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế phải thực hiện việc chẩn đoán các bệnh sau đây: suyễn, co giật, tiểu đường, ngôn ngữ, rối loạn về phát triển/hành vi cử chỉ, và các mặt nào khác đòi hỏi "cần" có sự chăm sóc y tế đặc biệt. Đối với bất kỳ chẩn đoán nào có chữ "HEALTH CONCERNS," (QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE), tổ chức cung cấp dịch vụ y tế phải đánh dấu vào ô chỉ rõ việc đề nghị thích hợp đã làm, hoặc hiện đang được điều trị/cho uống thuốc về vấn đề quan tâm này. Nếu **KHÔNG/KHÔNG CÓ ĐIỀU GÌ** "QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE", xin đánh dấu vào ô "**NO**" hoặc "**NONE**" trong mỗi mục chẩn đoán.
- GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** "Khám Răng" – Tổ chức cung ứng dịch vụ y tế phải chỉ rõ là nha sĩ có xem hoặc khám cho trẻ em trong vòng 12 tháng qua không. Nếu "Không", trẻ em cần được đề nghị đến nha sĩ của gia đình. Viện Y Tế Nhi Đồng Hoa Kỳ và Viện Nha Khoa Nhi Đồng Hoa Kỳ đề nghị rằng trẻ em bắt đầu đi khám nha sĩ trong vòng sáu (6) tháng khi mọc răng đầu tiên, hoặc khoảng 12 tháng tuổi, và rồi sau đó mỗi sáu (6) tháng. Đối với các em dưới ba (3) tuổi, bác sĩ có bằng hành nghề chuyên môn có thể làm lớp tráng Fluoride cho trẻ em, nếu như trẻ em chưa có nha sĩ gia đình. Lớp tráng Fluoride không bắt buộc phải làm khi trẻ em đi học hoặc đi nhà trẻ.
- A:** Xin ghi chú bất kỳ tiểu sử bệnh, điều kiện y tế nào quan trọng, các bệnh cũng như giới hạn về ăn nói có thể ảnh hưởng đến khả năng thể hiện của trẻ em ở trường học - các sinh hoạt hay chương trình học liên quan, hoặc đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- B:** Xin ghi chú rõ bất cứ dị ứng nào của trẻ em có thể đòi hỏi có sự **chăm sóc y tế khẩn cấp** trong các sinh hoạt hay chương trình nào liên quan trong trường học, hoặc đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- C:** Xin ghi rõ bất kỳ thuốc men nào trẻ em phải điều trị lâu dài, thuốc bán tự do ngoài quầy hay đòi hỏi một sự chăm sóc đặc biệt trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan ở trường học, nếu không xin đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** Xin ghi rõ bất kỳ loại thuốc men hay sự điều trị nào đòi hỏi phải thực hiện tại trường, trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan trong Phần 2: Mục C và hoàn tất Kế hoạch Dùng Thuốc hoặc Giấy Cho Phép Dùng Thuốc của Bác Sĩ (Medication Plan or Licensed Practitioner's Medication Authorization Order), và kèm vào chứng chỉ khám sức khỏe tổng quát (UHC).

**Phần 3: Thử Nghiệm & Đánh Giá Sự Nguy Hiểm Khi Tiếp Xúc với Bệnh Lao và Chất Chì: (ĐÁNH GIÁ SỰ NGUY HIỂM của BỆNH LAO (TB):** Thực hiện đánh giá nguy cơ do lây nhiễm đối với bệnh lao (TB) như được xác định theo AAP RED BOOK gần đây nhất. **Đề Nghị Thử Lao Trên Da cho các em Sơ sinh, Trẻ em và Thanh Thiếu Niên và theo Bộ Luật Chính thức của DC § 38-602 (c) (1) bắt buộc phải Thử Lao Trên Da và Điều Lệ của Hội Đồng Đô Thành 29-325.3 (g) (DCMR 29-325.3) Phúc Lợi Công Cộng, Trung Tâm Phát Triển Trẻ Em.** Điều lệ hiện hành đòi hỏi tất cả các trẻ em đi học ở trường, hoặc cơ sở phát triển trẻ em (CDF) đều phải được khám sức khỏe tổng quát hàng năm, gồm cả đánh giá nguy hiểm do tiếp xúc với bệnh lao, và có ghi vào mẫu đơn UHC. Thử nghiệm lao trên da (TST) phải được tiến hành tùy theo sự ghi nhận về các yếu tố nguy cơ cao đối với sự tiếp xúc với bệnh lao. Đối với các trẻ em bị đánh giá **CÓ NGUY CƠ CAO TIẾP XÚC VỚI BỆNH**, xin phụ huynh thực hiện TST và đánh dấu vào phần kết quả thử nghiệm (negative/âm tính hoặc positive/dương tính). **Nếu TST là dương tính**, thì đánh dấu vào phần kết quả quang tuyến phổi (CXR), và nếu trẻ em đang được chữa trị, đánh dấu vào ô "treated" (được điều trị). **Tất cả trẻ em nào nhỏ hơn năm (5) tuổi có TST dương tính phải báo cho Chương Trình Chế Ngự Bệnh Lao của DC số 202-698-4040.** Nếu trẻ em bị đánh giá có nguy cơ thấp tiếp xúc với bệnh, đánh dấu vào ô "low" (thấp). Xin ghi nhớ rằng không đề nghị, cũng không đòi hỏi phải thử nghiệm bệnh lao trên da đối với trẻ em khi vào các Cơ sở Phát triển Trẻ em (CDF) và các trường học.

**● NGUY CƠ TIẾP XÚC VỚI CHẤT CHÌ:** Tất cả trẻ em nhỏ hơn sáu (6) tuổi phải được thử nghiệm chất chì hai lần, cho dù có được xem là có nguy cơ tiếp xúc với chất chì hay không. Xin ghi "Ngày" và "Kết Quả" của thử nghiệm chì gần đây nhất vào chứng chỉ khám sức khỏe tổng quát (UHC). Xin ghi rõ, nếu "Pending." (đang chờ đợi). Kết quả "đang chờ đợi" sẽ có hiệu lực trong hai tháng kể từ ngày thử nghiệm, và sẽ không làm trẻ em bị loại trừ ra ngoài các sinh hoạt hay các chương trình liên quan trong trường. **Chứng Chỉ Thử Nghiệm Nhiễm Độc Chì** (Certificate of Testing for Lead Poisoning) có thể cũng được sử dụng như hồ sơ thử nghiệm, và có sẵn sàng trên mạng của DDOE: <http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>. **TẤT CẢ THỬ NGHIỆM chất chì, phải được các phòng thử nghiệm gửi báo cáo trực tiếp bằng điện toán đến Chương Trình Gia Đình Lãnh Mạnh và Trẻ Em Không Bị Nhiễm Chì của DC (DC Childhood Lead and Healthy Housing Program).** Đề có các chỉ dẫn chi tiết, xin gọi điện thoại 202-654-6036/202-535-2624. Các Cơ Quan Y Tế có thể fax kết quả thử nghiệm theo đường dây fax được bảo vệ: 202-535-2607. Xin bao gồm tên, địa chỉ, điện thoại của bác sĩ có chứng nhận hành nghề và của phụ huynh/người giám hộ học sinh.

**Phần 4: Đòi Hỏi Phải Có Chứng Nhận và Chữ Ký của Bác Sĩ có bằng Hành Nghề (bác sĩ hoặc y tá có bằng chứng nhận hành nghề):** Các tổ chức cung cấp y tế nhớ viết tên bằng chữ in và đóng dấu của văn phòng/cơ quan y tế. Bác sĩ có bằng hành nghề, xin trả lời bằng cách đánh dấu "Yes" hay "No" vào những phần sau đây: Trẻ em đã được khám bệnh thích đáng với sự xem xét lại tiểu sử sức khỏe; Trẻ em được xét thông qua đề thi đầu thể thao (dựa vào sự đánh giá và thông nhất với Đánh Giá Thể Lực Trước Khi Tham Dự của AAP; và trẻ em đã nhận được các khám nghiệm thích hợp với tuổi tác trong năm hiện tại (chiếu theo các đề nghị của AAP và hướng dẫn của EPSDT). Nếu đánh dấu "No", xin giải thích lý do trong khoảng trống được dành cho. Tất cả các tin tức này đều được giữ kín/bảo mật.

**Phần 5: Đòi Hỏi Phải Có Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Học sinh. (Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe).** Phụ huynh hay giám hộ phải viết tên bằng chữ in; ký tên và đề ngày tháng. Qua việc ký tên vào phần này, phụ huynh, giám hộ cho phép Bác sĩ có bằng hành nghề được chia sẻ thông tin sức khỏe trên đơn này với nhà trường của các em, cơ sở chăm sóc trẻ em, nơi cắm trại, hoặc các cơ quan Chính phủ thích hợp.

Các đơn có sẵn sàng trên mạng qua địa chỉ [www.doh.dc.gov](http://www.doh.dc.gov).

Truy cập vào các chương trình bảo hiểm y tế tại <https://dchealthlink.com>. Quý vị có thể liên lạc với Y Tá của trường học qua văn phòng chính của trường con em.

## HƯỚNG DẪN VỀ CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT CỦA DC

### PHẦN 6: THÔNG TIN VỀ CHÍCH NGỪA

**Hướng Dẫn Chung:** Xin dùng bút bi mực đen để hoàn tất đơn này.

Thông tin Cá Nhân của Trẻ Em/Học Sinh: Viết chữ in rõ ràng họ, tên, và tên lót/tên lót viết tắt của trẻ em/học sinh. Ghi vào ngày sinh của trẻ em theo cách: tháng/ngày/năm. Chỉ rõ phái tính của trẻ em/học sinh bằng cách đánh dấu female (nữ) hoặc male (nam). Ghi rõ tên trường học hoặc cơ sở chăm sóc trẻ em theo học.

**Mục 1: Thông tin Chích Ngừa** – Viết rõ ràng các ngày đã chích ngừa theo cách (tháng/ngày/năm), hoặc đính kèm các giấy tờ tương đương có chữ ký, địa chỉ, điện thoại của tổ chức cung cấp dịch vụ y tế. Các liều lượng chích ngừa phải thích hợp và đúng với tuổi tác. Để được xem là có hiệu lực, các liều thuốc chích ngừa phải được chích trước 4 ngày trước khoảng tối thiểu hay tuổi để được tính là hiệu lực. Ngoại lệ: Hai loại chích ngừa vi khuẩn sống (không khử hoạt tính) và không được chích cùng một ngày, phải chích cách nhau ít nhất là 28 ngày.

Học sinh phải được chích ngừa chiếu theo Đạo Luật DC 3-20, "Đạo Luật 1979 về Chích Ngừa của Học Sinh Ở Trường Học" và DCMR Điều Khoản 22, Đoàn 1, và Lịch Trình Chích Ngừa được khai triển và phổ biến bởi Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Bệnh Truyền Nhiễm (CDC), Hội Đồng Cố Vấn Các Biện Pháp Chích Ngừa (ACIP), Viện Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP), và Viện Gia Đình Bác Sĩ Hoa Kỳ (AAFP).

**Các Yêu Cầu – Đối với các yêu cầu chích ngừa của các trường DC và các Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em/Nhà Trẻ,** xin tham khảo Chương Trình Chích Ngừa của Bộ Y Tế, trên trang mạng tại <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>.

Các yêu cầu về chích ngừa có thể sẽ thay đổi.

Tài Liệu Hướng Dẫn

Các Tên Thương Nghiệp của Thuốc Chích Ngừa theo thứ tự chữ cái (Xem danh sách cập nhật trên trang mạng <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )									
Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa
ActHIB	Hib Cúm loại B	Engerix-B	Hep B Đau gan B	Ipol	IPV Chống Tê Liệt	Pneumova x	PPSV or PPV23 Nhiễm Trùng Phổi	Vaqta	Hep A Đau gan A
Adacel	Tdap Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Fluarix	Flu (IIV) Cúm	Infanrix	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13 Nhiễm Trùng Phổi	Varivax	Varicella Thủy đậu (Đầu mùa)
Afluria	Flu (IIV) Cúm	FluLaval	Flu (IIV) Cúm	Kinrix	DTaP + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	ProQuad	MMR + Varicella Sởi, Quai bị, Ban đỏ, Thủy đậu		
Boostrix	Tdap Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	FluMist	Flu (LAIV) Cúm	Menactra	MCV or MCV4 Chống Viêm Màng Não	Recombiva x	Hep B Đau gan B		
Cervarix	HPV2 Chống sinh thịt u & Ung thư đường sinh dục	Fluvirin	Flu (IIV) Cúm	Menomune	MPSV or MPSV4 Chống Viêm Màng Ốc	Rotarix	Rotavirus (RV1) Ói mùa, tiêu chảy		
Comvax	Hep B + Hib Đau Gan B + Cúm loại B	Fluzone	Flu (IIV) Cúm	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	RotaTaq	Rotavirus (RV5) Ói mùa, tiêu chảy		
Daptacel	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Gardasil	HPV4 Chống sinh thịt u & Ung thư	PedvaxHIB	Hib Cúm loại B	Tripedia	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà		
Decavac	Td Uốn ván, Bạch hầu	Havrix	Hep A Đau gan A	Pentacel	DTaP + Hib + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	Twinrix	Hep A + Hep B Đau gan A + Đau Gan B		

Viết Tắt Tên Thuốc Chích Ngừa theo thứ tự chữ cái (Xem danh sách cập nhật trên trang mạng <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )							
Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa
DT	Diphtheria, Tetanus Bạch hầu, Uốn Ván	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B Đau gan A Đau gan B	MPSV or MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine Viêm Màng Ốc	Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus Ói mùa & Tiêu chảy
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Hib	Haemophilus influenza type b Cúm loại b	MMR / MMRV	Measles / Sởi Mumps / Quai bị Rubella / Ban đỏ with Varicella / Thủy đậu	Td	Tetanus, Diphtheria Uốn ván, Bạch hầu
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	HPV	Human Papillomavirus Chống sinh thịt u & Ung thư đường sinh dục	OPV	Oral Poliovirus Vaccine Chống Tê Liệt – Thuốc Uống	Tdap	Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis Uốn ván, Bạch hầu, Ho gà
Flu (IIV or LAIV)	Influenza Cúm	IPV	Inactivated Poliovirus Vaccine Ngừa Tê Liệt	PCV or PCV7 or PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine Nhiễm Trùng Phổi	TIG	Tetanus immune Globulin Uốn ván, Globulin Miễn dịch
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin Đau gan B, Globulin Miễn dịch	MCV or MCV4	Meningococcal Conjugate Vaccine Viêm Màng Ốc	PPSV or PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine Nhiễm Trùng Phổi	VAR or VZV	Varicella Thủy đậu (Đầu mùa)

**Mục 2: Miễn Trừ Y Tế** – Hoàn tất phần này nếu có sự chống chỉ định về y tế (chống lại chích ngừa này) (là những tình trạng mà việc chích thuốc này có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân) làm cho trẻ em không thể chích một hay nhiều hơn loại chích ngừa theo đúng quy cách thời gian của Luật DC 3-20 & đề nghị của ACIP. Xem xét tất cả các thuốc chích ngừa chống chỉ định, và cho biết nguyên nhân của sự chống chỉ định này. Nếu sự chống chỉ định chích ngừa là vĩnh viễn, xin đánh dấu vào ô thích hợp. Nếu sự chống chỉ định chỉ là tạm thời, đánh dấu vào ô thích hợp, và cho biết ngày chống chỉ định này hết hạn. Cơ quan cung ứng y tế phải ký tên, viết chữ in tên, địa chỉ, điện thoại, hoặc đóng dấu và để ngày tháng vào phần này.

**Mục 3: Bảng Chứng Tương Ứng về sự Miễn Nhiễm** – Hoàn tất phần này nếu thử nghiệm mẫu máu được dùng cho thấy bằng chứng miễn dịch. Đánh dấu vào các chích ngừa có thử mẫu máu đã làm. Kèm theo văn bản kết quả mẫu máu. Cơ quan cung ứng y tế phải ký tên, viết chữ in tên, địa chỉ, điện thoại, hoặc đóng dấu và để ngày tháng vào phần này.



(Vietnamese)

**CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA D.C.**  
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)**Phần 1: Thông Tin Cá nhân Trẻ Em**Phụ Huynh/Giám Hộ: **Xin điền rõ ràng và hoàn tất Phần 1 & ký tên vào Phần 5 dưới đây.**

Họ của Trẻ Em:	Tên và Tên Lót của Trẻ Em:	Ngày Sinh:	Phái tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Chủng tộc/Dân tộc: <input type="checkbox"/> Trắng không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Đen không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Á Châu hay Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác hơn _____
Tên của Phụ huynh hoặc Giám hộ:	Số Điện Thoại: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cắm Tay <input type="checkbox"/> Sờ Là M	Địa chỉ Nhà:	Phường:	
Tên Người Cần Liên lạc Trường học Khẩn cấp:	Số Điện Thoại Trường học Khẩn cấp: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cắm Tay <input type="checkbox"/> Sờ Là M	Thành phố/Tiểu bang (nếu khác hơn D.C.):	Mã Số Bưu điện:	
Tên Trường Học hay Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em (Nhà Trẻ):	<input type="checkbox"/> Trợ cấp Y tế <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tư <input type="checkbox"/> Không có Bảo hiểm		Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Chính (PCP):	
Tên Hãng Bảo Hiểm/Số ID _____				

**Phần 2: Tiểu Sử Y tế, Khám Sức Khỏe Của Trẻ Em & Các Đề Nghị****Chuyên Viên Y Tế: Đơn Phải Được Điền Hoàn Tất.**

NGÀY KHÁM SỨC KHỎE:	WT: (CÂN NẶNG) <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	HT: (CHIỀU CAO) <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BP: (lớn hơn 3 tuổi) (HUYẾT ÁP) <input type="checkbox"/> NML ( BÌNH THƯỜNG) <input type="checkbox"/> ABNL ( KHÔNG BÌNH THƯỜNG)	Body Mass Index (BMI) Chỉ số Khối lượng Cơ thể (lớn hơn 2 tuổi) %
HGB / HCT ( <b>Bắt buộc đối với trẻ em dưới 6 tuổi</b> )	Khám Thị giác (Mắt) Mắt phải 20/___ Mắt trái 20/___	<input type="checkbox"/> Mắt kính <input type="checkbox"/> Đề nghị <input type="checkbox"/> Chưa xong	Khám Thính Giác (Tai) Pass (Đạt)___ Fail (Không đạt) ___	<input type="checkbox"/> Thiết bị <input type="checkbox"/> Đề nghị <input type="checkbox"/> Chưa xong
<b>QUAN TÂM về SỨC KHỎE:</b>	<b>ĐƯỢC ĐỀ NGHỊ hay ĐIỀU TRỊ</b>	<b>QUAN TÂM về SỨC KHỎE:</b>	<b>ĐỀ NGHỊ hoặc ĐIỀU TRỊ</b>	
Asthma (Suyễn) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	Language/Speech (Ngôn ngữ/Tiếng nói) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	
Seizure (Co giật) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	Development/Behavioral (Phát triển/Hành vi Hạnh kiểm) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	
Diabetes (Tiểu đường) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	Khác hơn: _____ <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị) <input type="checkbox"/> Under Rx (Đang Uống Thuốc)	
<b>KHÁM NHA SĨ HÀNG NĂM:</b> Đưa trẻ có đi Nha sĩ/Tổ chức cung cấp Nha khoa năm vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đề nghị <input type="checkbox"/> Bọc chất Flouride Ngày: _____				

**A. Quá trình bệnh sử, điều kiện sức khỏe, bệnh về tiếng nói/trao đổi thông tin, hay sự hạn chế nào có ảnh hưởng đáng kể, rõ ràng đến trường học, nhà trẻ, các sinh hoạt thể thao, hoặc nơi cắm trại.**  
 NONE (KHÔNG)  YES (CÓ), xin cho biết chi tiết:

**B. Các dị ứng đáng kể, rõ ràng về thức ăn/thuốc men/môi trường, đòi hỏi có sự chăm sóc y tế khẩn cấp ở trường học, nhà trẻ, cắm trại, hoặc các sinh hoạt thể thao.**  
 NONE (KHÔNG)  YES (CÓ), xin cho biết chi tiết:

**C. Nhu cầu dùng thuốc lâu dài, thuốc bán tự do ngoài quầy (OTC) hoặc phải chăm sóc đặc biệt.**  NONE (KHÔNG)  YES (CÓ), xin cho biết chi tiết (Đối với bất kỳ thuốc men hay điều trị nào đòi hỏi trong suốt giờ học ở trường, cần phải nộp Kế hoạch Dùng Thuốc của Chuyên viên Y Tế có Giấy Phép Hành Nghề hoặc Giấy Cho Phép Dùng Thuốc (Licensed Health Practitioner's Medication Plan or Medication Authorization Order) cùng với đơn này).

**Phần 3: Thăm Định và Thử Nghiệm Sự Nguy Hiểm Tiếp xúc với Chất Chì và Bệnh Lao:**

THĂM ĐỊNH NGUY HIỂM TB: <input type="checkbox"/> CAO → <input type="checkbox"/> THẤP	Thử Lao Ngoài Da (TST) NGÀY:	<input type="checkbox"/> ẨM TÍNH <input type="checkbox"/> DƯƠNG TÍNH	Nếu TST Dương tính <input type="checkbox"/> CXR ẨM TÍNH <input type="checkbox"/> CXR DƯƠNG TÍNH <input type="checkbox"/> ĐÁ ĐIỀU TRỊ	Nhân viên Y tế: Với TST dương tính, cần phải đề nghị một sự thăm định với PCP. Nếu có thắc mắc, xin gọi: T.B. Control: <b>202-698-4040</b> .
NGUY HIỂM TIẾP XÚC VỚI CHÌ:	NGÀY THỬ NGHIỆM CHẤT CHÌ:	KẾT QUẢ:	Tổ chức/Chuyên viên Y tế: <u>IAT CA</u> mức độ chì đều phải báo cáo cho Chương trình DC Phòng ngừa Trẻ em Nhiễm độc Chì (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program) Fax: <b>202-535-2607</b>	

**Phần 4: Đòi Hỏi Chuyên viên Y Tế Có Bằng Hành Nghề Chứng Nhận và Ký Tên**

CÓ  KHÔNG Trẻ em này đã được khám & duyệt xét qua bệnh sử một cách thích đáng và có ghi nhận vào các mục đặc trưng trong đơn này. Vào lúc kiểm tra, trẻ em này có đầy đủ sức khỏe đáp ứng để tham gia vào tất cả các sinh hoạt của trường học, cắm trại, và nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), ngoại trừ những điều được ghi trên đây.  
 CÓ  KHÔNG Học sinh được chơi/tranh tài thể thao.  
 CÓ  KHÔNG Khám sức khỏe thích ứng với số tuổi được tiến hành trong phạm vi của năm hiện tại. Nếu không, xin giải thích:

Viết Tên Chữ In	Chữ Ký của Bác Sĩ/Y Tá Chuyên Môn	Ngày
Địa Chỉ	Điện Thoại	Fax

**Phần 5: Đòi Hỏi phải có Chữ Ký của Phụ Huynh/Giám Hộ. (Đồng ý cho Phổ Biến Tin Tức Y Tế/Miễn trừ trách nhiệm dân sự)**

Tôi cho phép chuyên viên khám sức khỏe hay cơ quan y tế ký tên trong đơn được chia sẻ thông tin y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ, nơi cắm trại; hoặc Cơ quan Chính quyền DC thích hợp. Ngoài ra, tôi thừa nhận và đồng ý rằng Quận, trường học, nhân viên và các cơ quan sẽ được miễn trừ từ trách nhiệm dân sự đối với hành vi hay thiếu sót theo Bộ Luật DC 17-107, ngoại trừ đối với hành vi phạm tội, sai trái có ý, cấu thả quá đáng, hoặc hành vi cố ý.

Viết Tên Chữ In

Chữ Ký

Ngày

**CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT CỦA D.C**  
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

Họ của Học Sinh:

Tên của Học Sinh:

Ngày Sinh:

**Mục 1: Chích ngừa: Xin điền vào hoặc đính kèm giấy tờ tương đương có chữ ký và ngày tháng của chuyên viên y tế có bằng hành nghề:**

CHÍCH NGỪA	NGÀY HOÀN TẤT CÁC LIỀU LƯỢNG CHÍCH NGỪA (tháng, ngày, năm)						
	1	2	3	4	5	6	7
Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà (DTP,DTaP)							
DT (nhỏ hơn 7 tuổi)/ Td (lớn hơn 7 tuổi)							
Tdap Booster (Tdap) (Chích tăng cường Tdap)							
Cúm Loại b (Hib)							
Viêm gan B (HepB)							
Tê liệt (IPV, OPV)							
Sởi, Quai bị, Ban đỏ (MMR)							
Sởi (Measles)							
Quai bị (Mumps)							
Ban đỏ (Rubella)							
Thủy đậu (Đậu mùa) (Varicella)			Tiểu sử Bệnh Thủy Đậu: Có _____ Khi nào: Tháng _____ Năm _____ Xác nhận do: _____ (Chuyên Viên Y Tế) Tên và Chức vụ _____				
Pneumococcal Conjugate (Viêm phổi phế cầu khuẩn)							
Viêm gan A (HepA) (Sinh từ 01/01/2005 trở đi)							
Chích ngừa viêm màng óc (Meningococcal Vaccine)							
Vi Khuẩn Sinh Thịt U (Human Papillomavirus (HPV)							
Cúm (Đề nghị)							
Rotavirus (Đề nghị)- Vi khuẩn Rota gây tiêu chảy							
Các loại khác							

Chữ ký của Chuyên viên Y tế có bằng Hành Nghề \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hoặc Đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Mục 2: MIỄN TRỪ Y TẾ. Phần Dành Cho Tổ Chức Cung ứng Dịch Vụ Chăm Sóc Y tế / Chuyên Viên Y tế có bằng hành nghề Điền vào.**

Tôi xác nhận rằng học sinh có tên trên đây, vào lúc này, có sự chống chỉ định về việc chích ngừa dưới đây (tức là những tình trạng mà việc chủng thuốc này có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân): (đánh dấu vào tất cả phần áp dụng)

Bạch hầu (Diphtheria): ( ) Uốn ván (Tetanus): ( ) Ho gà (Pertussis): ( ) Hib: ( ) Viêm gan B (HepB): ( ) Tê liệt (Polio): ( ) Sởi (Measles): ( ) Quai bị (Mumps): ( ) Ban Sởi (Rubella): ( ) Thủy đậu/Đậu mùa (Varicella): ( ) Nhiễm trùng phổi (Pneumococcal): ( ) Viêm gan A (HepA): ( ) Viêm màng óc (Meningococcal): ( ) Vi khuẩn Sinh Thịt U (HPV): ( )

Lý do: \_\_\_\_\_

Đây là sự kiện vĩnh viễn ( ) hoặc tạm thời ( ) , cho đến ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Chữ ký của Chuyên viên Y tế Có Bằng Hành Nghề \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hoặc đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Mục 3: Bảng Chứng Tương Ứng về Sự Miễn Dịch. Do Chuyên viên Y tế có bằng Hành Nghề hoặc Tổ chức Y tế điền vào**

Tôi chứng nhận rằng học sinh có tên trên đây đã có bằng chứng xét nghiệm về sự miễn dịch: (Đánh dấu tất cả các phần áp dụng và kèm theo giấy kết quả mẫu máu):

Bạch hầu (Diphtheria): ( ) Uốn ván (Tetanus): ( ) Ho gà (Pertussis): ( ) Hib: ( ) Viêm gan B (HepB): ( ) Tê liệt (Polio): ( ) Ban sởi (Measles): ( ) Quai bị (Mumps): ( ) Sởi (Rubella): ( ) Thủy đậu/Đậu mùa (Varicella): ( ) Nhiễm trùng phổi (Pneumococcal): Viêm gan A (HepA): ( ) Viêm màng óc (Meningococcal): ( ) Vi khuẩn Sinh Thịt U (HPV): ( )

Chữ ký của Chuyên viên Y tế có Bằng Hành Nghề \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hoặc đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_



# Các Yêu cầu Bắt buộc về Chích Ngừa của D.C. Năm học 2018 – 2019



Tất cả các học sinh đi học trong Quận D.C. cần xuất trình các chứng từ đã chích ngừa thích hợp với số tuổi vào ngày đi học đầu tiên. (Vietnamese)

Trẻ em 2 tuổi hay lớn hơn vào  
**Nhà Trẻ hoặc Vườn Trẻ**  
**(Preschool or Head Start)**

- 4 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 3 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 1 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu/Đậu mùa) - nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 1 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)

Học sinh 4 tuổi vào  
**Lớp Dự bị Mẫu Giáo (PK)**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu/Đậu mùa) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)

Học sinh từ 5 đến 10 tuổi vào  
**Lớp Mẫu giáo (K) tới Lớp 5**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) – (Thủy đậu/Đậu mùa) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A) (nếu sinh vào ngày 01/01/05 hoặc sau ngày này)

Học sinh từ 11 tuổi hoặc lớn hơn  
vào **Lớp 6 tới Lớp 12**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP/Td) (Bạch hầu/Uốnván/Ho gà)
- 1 Tdap
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) - (Thủy đậu/ Đậu mùa)-nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 1 Meningococcal (Viêm Màng Óc)
- 3 Human Papillomavirus Vaccine (HPV) (Vi khuẩn sinh thịt u)

<sup>1</sup> Cho tất cả các lứa tuổi và cấp lớp, số liều chích bắt buộc thay đổi tùy theo độ tuổi của con em và đã được chích trước đây bao lâu. Xin kiểm lại với y tá trường con em hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế để biết thêm chi tiết.

<sup>2</sup> Tất cả các chi tiết về đã bị thủy đậu/bệnh đậu mùa trước đây, **PHẢI ĐƯỢC** kiểm chứng/chẩn đoán bởi một tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế (như bác sĩ, y tá chuyên nghiệp, phụ tá bác sĩ, y tá có giấy phép) và tất cả các chứng từ **PHẢI** có ghi tháng và năm bị bệnh này.

<sup>3</sup> Số liều chích do công ty sản xuất xác định.



# Các Yêu cầu Bắt buộc về Chích Ngừa của D.C. Năm học 2018 – 2019



Tất cả các học sinh đi học trong Quận D.C. cần xuất trình các chứng từ đã chích ngừa thích hợp với số tuổi vào ngày đi học đầu tiên. (Vietnamese)

Trẻ em 2 tuổi hay lớn hơn vào  
**Nhà Trẻ hoặc Vườn Trẻ**  
**(Preschool or Head Start)**

- 4 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 3 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 1 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu/ Đậu mùa) - nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 1 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)

Học sinh 4 tuổi vào  
**Lớp Dự bị Mẫu Giáo (PK)**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu/ Đậu mùa) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)

Học sinh từ 5 đến 10 tuổi vào  
**Lớp Mẫu giáo (K) tới Lớp 5**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) – (Thủy đậu/ Đậu mùa) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A) (nếu sinh vào ngày 01/01/05 hoặc sau ngày này)

Học sinh từ 11 tuổi hoặc lớn hơn  
vào **Lớp 6 tới Lớp 12**

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP/Td) (Bạch hầu/Uốnván/Ho gà)
- 1 Tdap (chích bổ sung nếu đã được 5 năm kể từ liều chót DTP/DTaP/Td)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) - (Thủy đậu/ Đậu mùa)-nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 1 Meningococcal (Viêm Màng Óc)
- 3 Human Papillomavirus Vaccine (HPV) (Vi khuẩn sinh thịt u)

<sup>1</sup> Cho tất cả các lứa tuổi và cấp lớp, số liều chích bắt buộc thay đổi tùy theo độ tuổi của con em và đã được chích trước đây bao lâu. Xin kiểm lại với y tá trường con em hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế để biết thêm chi tiết.

<sup>2</sup> Tất cả các chi tiết về đã bị bệnh thủy đậu/đậu mùa trước đây, **PHẢI ĐƯỢC** kiểm chứng/chẩn đoán bởi một tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế (như bác sĩ, y tá chuyên nghiệp, phụ tá bác sĩ, y tá có giấy phép) và tất cả các chứng từ **PHẢI** có ghi tháng và năm bị bệnh này.

<sup>3</sup> Số liều chích do công ty sản xuất xác định.

# Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của D.C.

DC Oral Health Assessment Form (Vietnamese)



## Phần Hướng Dẫn Phụ Huynh/Giám Hộ:

**Phần 1:** Xin điền đầy đủ tất cả các phần, bao gồm chủng tộc hoặc dân tộc của trẻ em. Xin cho biết phường của địa chỉ nhà quý vị, liệt kê tên của tổ chức cung ứng dịch vụ y tế chính, tổ chức cung ứng dịch vụ nha khoa và loại bảo hiểm nha khoa. Nếu trẻ em không có tổ chức/nha sĩ cung ứng dịch vụ nha khoa và không có bảo hiểm, xin viết "None" (không) vào trong mỗi ô.

**Phần 2:** Qua chữ ký tên của phụ huynh hoặc giám hộ ở phần này là quý vị đã cho phép nha sĩ hoặc các cơ sở được chia sẻ thông tin sức khỏe răng miệng trong đơn này với trường học của con em, nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), nơi cắm trại, Sở Y Tế, hay các cơ quan đại diện có hồ sơ này. Tất cả các tin tức sẽ được giữ kín (bảo mật). **Đơn này sẽ được xem như chưa hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ học sinh. Phụ huynh/người giám hộ học sinh phải viết tên, ký tên, và để ngày vào phần này.**

## Phần 1. Thông Tin Cá Nhân Trẻ Em (phụ huynh/người giám hộ học sinh cần điền hoàn tất phần này)

Họ của Trẻ Em:	Tên và Tên Lót của Trẻ Em:	Ngày Sinh: Tháng/Ngày/Năm	Phái tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tên Trường hoặc Tên Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em: Lớp:
Tên của Phụ huynh/Giám hộ 1:	Số Điện thoại 1: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm	Địa chỉ Nhà:	Phường:	
Tên của Phụ huynh/Giám hộ 2:	Số Điện thoại 2: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm	Liên lạc Trường hợp Khẩn cấp:	Số Điện thoại:	
Chủng tộc/Dân tộc: <input type="checkbox"/> Trắng không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Đen không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Á châu hay Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác hơn				
Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ Chăm Sóc Y tế chính:	Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ Nha khoa/ Nha sĩ:	Loại Bảo hiểm Nha Khoa <input type="checkbox"/> Trợ cấp Y Tế (Medicaid) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tư <input type="checkbox"/> Không có Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác hơn		

## Phần 2. Đòi hỏi phải có Chữ ký của Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh

**Phụ huynh hoặc Người Giám hộ Học sinh Đồng Ý Cho Phép Phổ biến các Thông Tin Y Tế:**  
Tôi cho phép người khám hay cơ sở y tế ký tên dưới đây được chia sẻ các thông tin y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), nơi cắm trại, hoặc Sở Y Tế.

Tên của Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh VIẾT BẰNG CHỮ IN: \_\_\_\_\_ Phụ huynh/ Người Giám hộ Học sinh KÝ TÊN: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Phần Hướng dẫn cho Tổ chức Cung cấp Dịch vụ Nha khoa:**  
**Phần 3:** Cho biết bằng cách khoanh tròn Có hay Không vào Cột Phát Hiện. Đối với câu trả lời Có, xin giải thích trong Phần Đề Nghị.  
**Phần 4:** Cho biết rõ trẻ em đã được khám răng một cách thích đáng hay không, và nếu có chữa trị thì đã hoàn tất chưa. Nếu điều trị chưa được hoàn tất thì đề nghị bệnh nhân tiếp tục. Nha sĩ phải ký tên, để ngày, và cung cấp các tin tức đòi hỏi.

## Phần 3: Phát hiện và Đề nghị với Phụ huynh (xin xác định trong cột Phát Hiện)

ĐƠN NÀY ĐƯỢC BẢO MẬT	Phát Hiện		Đề Nghị
	Viêm lợi (Gingival Inflammation)	Có Không	
Đóng bợn vàng chân răng và/hoặc Đóng vôi (Plaque and/or Calculus)	Có Không		
Màng nướu răng lợi bất thường (Abnormal Gingival Attachments)	Có Không		
Răng mọc không đối xứng (Malocclusion)	Có Không		
Răng bị sâu đã được điều trị (Treated Dental Caries)	Có Không		
Răng bị sâu không được điều trị (Untreated dental caries)	Có Không	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô trống nếu Khẩn cấp	
Trám bịt kín vĩnh viễn (Sealants on permanent molars)	Có Không		
Sứt môi, lợi bị chẻ (Cleft lip and palate)	Có Không		
Dịch vụ phòng ngừa đã hoàn tất (Preventive services completed)	Có Không	Dịch vụ phòng ngừa nào đã hoàn tất? <input type="checkbox"/> Phòng ngừa <input type="checkbox"/> Bọc chất Fluoride <input type="checkbox"/> Vệ sinh/làm sạch răng miệng	

## Phần 4: Lượng định Hoàn tất / Đòi hỏi phải có Chữ ký của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha Khoa:

Em này đã được khám răng một cách thích đáng. Điều trị  đã hoàn tất  chưa hoàn tất  đang điều trị  từ chối điều trị  không cần thiết.  
Em có tiếp tục điều trị  khẩn cấp  không cần điều trị khẩn cấp và đang điều trị hoặc  do tôi điều trị hoặc  đã được giới thiệu tới:

Chữ ký của Nha Sĩ (DDS/DMD): \_\_\_\_\_ Viết tên bằng chữ in: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_ Số Điện thoại: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Chứng Chỉ Y Tế của DC: (District of Columbia Health Certificate)**  
Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha khoa) này thay thế cho mẫu đơn trước kia, được sử dụng để đi học ở các trường D.C., chương trình Head Start, Nhà Trẻ, nơi cắm trại, chương trình sau giờ học, tham dự thể thao hay điền kinh, hoặc bất kỳ sinh hoạt nào khác của D.C. cần phải khám sức khỏe. Đơn này được Sở Y Tế DC chấp thuận và theo Hướng Dẫn của Viện Nha Khoa Nhi Đồng Hoa Kỳ (AAPD) bắt buộc phải Khám Sức Khỏe Răng Miệng cho trẻ em khi đi học. AAPD đề nghị rằng trẻ em phải được khám răng miệng trong vòng 6 tháng khi mọc răng đầu tiên, và không trễ hơn ngày sinh nhật đầu tiên của các em. Sở Y Tế DC đề nghị tất cả trẻ em 3 tuổi trở lên phải đi khám răng miệng với một nha sĩ chuyên môn, có bằng hành nghề và hoàn tất Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (DC Oral Health Assessment Form). Đơn này là hồ sơ bảo mật. Việc bảo mật này gắn liền với Đạo luật về Trách nhiệm Hỗ trợ và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA) đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế và Đạo luật Các Quyền Hạn Giáo Dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình (FERPA) dành cho các trường học và các tổ chức cung ứng khác ở DC.

## Đồng Ý và Cho Phép Được Thu Hình/Chụp Hình/Phòng Vấn và Sử Dụng Hình Ảnh/Tiếng Nói/Tác Phẩm Nghệ Thuật của Học Sinh

Tôi tên là, \_\_\_\_\_ cho phép (và không thay đổi) Các Trường Công lập trong Học khu DC (“DCPS”), các nhân viên và các cơ quan, Quận DC, các nhân viên thừa hành và các nhân viên được chỉ định có quyền thu hình ảnh, tiếng nói, sử dụng các tác phẩm nghệ thuật hay bài viết của con tôi, \_\_\_\_\_ trên băng hình (videotape), phim ảnh, hình chụp hay phương tiện truyền thông điện tử và trong bất cứ dạng điện tử nào khác hay trong phương tiện in ấn, và có thể sửa đổi (cắt, ghép nối) với sự cần trọng của những vị này. Tôi hiểu rằng, họ tên, địa chỉ, và tin tức cá nhân của con tôi sẽ không được cho công chúng biết nếu như không có sự đồng ý cho phép của tôi bằng văn thư.

Hơn nữa tôi cũng cho phép Các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS) và Quận DC, các nhân viên thừa hành hay các nhân viên được chỉ định, có quyền sử dụng và cho phép những người khác dùng hình ảnh và/hay tiếng nói của con tôi trên mạng (internet), trong các tài liệu quảng bá thông tin, và trong bất kỳ phương tiện nào khác, và một lần nữa, tôi đồng ý cho phép sử dụng như đã nêu ở trên.

Tôi cho phép Các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS), và các nhân viên và các cơ quan, cũng như chính quyền Quận DC, các nhân viên thừa hành hay nhân viên được chỉ định, và bất kỳ người nào sử dụng hình ảnh, và/hay tiếng nói, tác phẩm nghệ thuật hay bài viết của con tôi, chiếu theo sự cho phép này, tôi sẽ không khiếu nại, kiện tụng bất cứ ai hay tất cả, hoặc đòi hỏi bồi thường những thiệt hại, những trách nhiệm pháp lý, những tổn kém và chi phí mà tôi hay con tôi hiện đang có hoặc sẽ có sau này, do việc sử dụng vừa nêu ở trên. Mẫu đơn đồng ý và cho phép này khi đã ký vào thì sẽ có hiệu lực cho tới khi kết thúc mùa học hè của năm học sau.

Tôi hiểu rằng những điều khoản trong bản đồng ý này có đầy đủ hiệu lực pháp lý (*xin đánh dấu vào một ô*).

Tôi đồng ý.  Tôi không đồng ý.

Tên Họ của Phụ huynh/Giám hộ  
(viết bằng chữ in)

Chữ ký của Cha, Mẹ/Giám hộ Hợp Pháp hoặc Học sinh (nếu đã trưởng thành) Ngày

## Quyền Chọn Không Cho Phổ Biến Thông Tin tới Trạm Tuyển Mộ Tân Binh Quân Đội (Dành cho các Học sinh từ Lớp 7 đến Lớp 12)

Luật liên bang đòi hỏi các cơ quan giáo dục địa phương (LEAs) như các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS), phải cung cấp cho các trạm tuyển mộ tân binh quân đội, theo yêu cầu, tên, địa chỉ và số điện thoại của tất cả các học sinh Trung học cấp Ba, trừ phi cha, mẹ/giám hộ hợp pháp của học sinh (hoặc học sinh nếu đã trưởng thành) có gửi thư thông báo cho LEA, không muốn các thông tin của học sinh được phổ biến/tiết lộ mà không có sự đồng ý trước bằng văn thư. Thư thông báo của cha, mẹ/giám hộ hợp pháp (hoặc học sinh trưởng thành) sẽ có hiệu lực trong vòng 30 ngày, kể từ ngày nhà trường ra thông báo về những quyền lợi này, và có thể hoàn tất bằng cách điền vào phần chọn lựa thích hợp dưới đây, ký tên và gửi hoàn lại đơn này cho DCPS.

\_\_\_\_\_ Trong tư cách là cha, mẹ/giám hộ hợp pháp của đứa trẻ có tên dưới đây, tôi yêu cầu DCPS không phổ biến (tiết lộ) tên họ, địa chỉ, và số điện thoại của con tôi cho các Quân lực, đội tuyển mộ tân binh, trường huấn luyện các binh chủng, hoặc các trường võ bị trừ phi, tôi đồng ý cho phép phổ biến bằng văn thư riêng.

\_\_\_\_\_ Trong tư cách là một học sinh trưởng thành (đã được 18 tuổi), tôi yêu cầu DCPS không phổ biến (tiết lộ) tên họ, địa chỉ, và số điện thoại của tôi cho các Quân lực, đội tuyển mộ tân binh, trường huấn luyện các binh chủng, hoặc các trường võ bị trừ phi, tôi đồng ý cho phép phổ biến bằng văn thư riêng.

Tên Họ của Học sinh viết bằng chữ in

Chữ ký của Cha, Mẹ/Giám hộ Hợp Luật hoặc Học sinh (nếu đã trưởng thành)

Ngày

**Thông báo Không Kỳ thị/Phân biệt Đối xử.** Chiếu theo các đạo luật của tiểu bang và liên bang, Các Trường Công Lập trong Học khu DC (DCPS) không kỳ thị/phân biệt đối xử căn cứ trên thực tế hay những gì trông thấy về chủng tộc, màu da, tôn giáo, quốc gia gốc, giới tính, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, diện mạo cá nhân, khuynh hướng tình dục, phái tính hay biểu hiện về phái tính, tình trạng gia đình, trách nhiệm gia đình, trình độ học vấn, đảng phái chính trị, thông tin di truyền, khiếm tật, nguồn lợi tức, tình trạng như nạn nhân của hành vi phạm tội trong gia đình, hoặc nơi cư trú hay nơi làm việc/kinh doanh. Để có thêm thông tin và nguyên văn bản thông báo này, xin viếng mạng <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.



## Thông Báo về các Quyền Theo Đạo Luật FERPA (Quyền Hạn Giáo Dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình) (Notification of Rights under FERPA)

Đạo luật về Quyền Hạn Giáo Dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình (Family Educational Rights and Privacy Act) (FERPA) đã cho các phụ huynh và các học sinh 18 tuổi hay hơn (“các học sinh hợp lệ”) một số quyền liên quan tới các hồ sơ giáo dục của học sinh.

**(1) Quyền được kiểm tra và xem xét** các hồ sơ giáo dục của học sinh trong vòng 45 ngày kể từ ngày Hệ Trường Công Lập D.C. (DCPS) nhận được yêu cầu xin xem xét hồ sơ. Phụ huynh hoặc các học sinh hợp lệ phải nộp cho hiệu trưởng một văn thư xác định rõ hồ sơ nào muốn xem xét. Hiệu trưởng hoặc một viên chức trường học sẽ sắp xếp và thông báo cho phụ huynh hoặc các học sinh hợp lệ biết ngày giờ và địa điểm có thể đến xem xét hồ sơ.

**(2) Quyền được yêu cầu chỉnh sửa** các hồ sơ giáo dục của học sinh mà phụ huynh hoặc các học sinh hợp lệ cho là không chính xác, sai lạc hoặc vi phạm quyền riêng tư của học sinh chiếu theo đạo luật FERPA. Phụ huynh hoặc học sinh hợp lệ có thể viết một văn thư cho hiệu trưởng, xác định rõ phần nào của hồ sơ nào muốn được chỉnh sửa, và ghi rõ lý do tại sao phải chỉnh sửa. Nếu DCPS quyết định không chỉnh sửa hồ sơ như phụ huynh hoặc là học sinh hợp lệ yêu cầu, thì nhà trường sẽ thông báo cho phụ huynh hoặc học sinh hợp lệ biết quyết định này và cho biết phụ huynh có quyền yêu cầu một buổi điều trần liên quan tới yêu cầu chỉnh sửa. Chi tiết khác liên quan tới thủ tục điều trần sẽ được cung cấp cho phụ huynh hoặc học sinh hợp lệ khi thông báo về quyền có một buổi điều trần.

**(3) Quyền đồng ý (bằng văn thư) cho phổ biến các thông tin có thể nhận diện cá nhân** trong các hồ sơ giáo dục của học sinh, ngoại trừ trong phạm vi mà FERPA cho phép tiết lộ không cần phải có sự chấp thuận. Ví dụ, DCPS tiết lộ các hồ sơ giáo dục mà không cần sự chấp thuận, cho một trường khác hoặc một trường trong học khu nơi học sinh tìm kiếm hoặc có ý định sẽ ghi tên, hoặc nơi học sinh đã ghi tên học; khi sự tiết lộ được yêu cầu cho mục đích ghi tên hoặc chuyển trường của học sinh. Ngoài ra, FERPA cho phép tiết lộ mà không cần sự chấp thuận khi mà DCPS xác nhận là có mối quan tâm thích đáng với việc giáo dục. Nhân viên nhà trường là một người làm việc cho DCPS như quản trị viên hành chánh, giám thị, giáo viên, hoặc nhân viên trợ giúp (bao gồm các nhân viên chăm lo sức khỏe và y tế, và các nhân viên thuộc đơn vị thi hành công lực); một cá nhân hoặc một công ty mà DCPS ký kết hợp đồng để thực hiện công tác đặc biệt (như luật sư, kiểm toán viên, chuyên viên y khoa, hoặc chuyên viên trị liệu); hệ thống trường chính thức nơi học sinh tìm kiếm hoặc có ý định sẽ ghi tên, hoặc nơi học sinh đã ghi tên học; hoặc là phụ huynh, học sinh hay thiện nguyện viên làm việc trong một ủy ban chính thức như ủy ban kỷ luật hay ủy ban khiếu nại, hoặc là phụ giúp nhân viên thi hành nhiệm vụ. Một nhân viên nhà trường có mối quan tâm thích đáng với việc giáo-dục nếu nhân-viên đó cần phải xem xét hồ sơ của học-sinh để làm tròn trách nhiệm nghề nghiệp của mình.

**(4) Quyền không cho phép phổ biến thông tin danh mục.** Với sự thận trọng, DCPS có thể phổ biến “thông tin danh mục” cơ bản mà thông thường không được xem là nguy hại hoặc là xâm phạm đến sự riêng tư cá nhân dù không có sự đồng ý của phụ huynh hoặc là của học sinh hợp lệ chiếu theo những điều khoản của FERPA và Luật lệ của Quận DC. Thông tin danh mục gồm có:

- |  |   |
|--|---|
| A. Tên học sinh  | F. Cân nặng và chiều cao của các thành viên trong |
| B. Địa chỉ của học sinh                                      | Đội Thể thao                                      |
| C. Số điện thoại của học sinh                                | G. Các Bằng cấp và Giải thưởng được nhận          |
| D. Tên trường đang theo học                                  | H. Ngày và Nơi sinh của học sinh                  |
| E. Tham gia chính thức vào các sinh hoạt và các môn thể thao | I. Tên các Trường đã theo học trước đây           |
|  | J. Số ngày Đi học                                 |

Phụ huynh hay các học sinh hợp lệ có thể báo cho DCPS giữ lại không cho phổ biến một phần hay tất cả các thông tin được nêu ra ở trên, (i) bằng cách điền vào “Đơn Phổ Biến Thông Tin Danh Mục Học Sinh” (Release of Student Directory Information Form). Đơn này có sẵn tại địa chỉ [www.dcps.dc.gov/enroll](http://www.dcps.dc.gov/enroll) hoặc tại văn phòng trường con em.

**(5) Quyền được lập hồ sơ khiếu nại** với Bộ Giáo Dục Hoa Kỳ (U.S. Department of Education) để khiếu nại về việc DCPS không theo đúng các điều kiện tất yếu của FERPA. Tên và địa chỉ của Văn Phòng Quản lý FERPA là: Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.



## Thông Báo về Các Quyền trong Văn Kiện Điều Chỉnh Bảo Vệ Quyền Hạn của Học Sinh (PPRA)

Bản thông báo này để báo cho phụ huynh/giám hộ và các học sinh có đầy đủ tư cách (các vị thành niên không cần giám hộ hay các học sinh từ 18 tuổi trở lên) biết về các quyền hạn của mình liên quan tới các cuộc tiến hành thăm dò/khảo sát, việc thu thập và sử dụng các thông tin cho các mục đích quảng bá/tiếp thị và tiến hành một số kiểm tra sức khỏe thể chất cụ thể. Những quyền này đều được giải thích rõ ràng trong *Văn kiện Điều Chỉnh Bảo Vệ Quyền Hạn của Học Sinh (Protection of Pupil Rights Amendment)* (20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Part 98). Luật pháp và các điều lệ đòi hỏi các cơ quan/định chế giáo dục, như là Các Trường Công Lập trong Học khu DC (DCPS) phải thông báo cho phụ huynh và các học sinh có đầy đủ tư cách biết về các quyền của mình được:

1. *Đồng Ý/Ứng thuận* trước khi các học sinh được yêu cầu nộp bản thăm dò/khảo sát có liên hệ tới một hoặc nhiều phạm vi được bảo vệ sau đây (“thăm dò/khảo sát các tin tức được bảo vệ”) nếu sự điều tra/thăm dò được tài trợ toàn phần hay một phần bởi một chương trình của Bộ Giáo Dục Hoa Kỳ (USDE):

- Khuynh hướng chính trị hay tín ngưỡng của học sinh hoặc của cha mẹ học sinh;
- Các vấn đề tâm thần hoặc tâm lý của học sinh hoặc gia đình học sinh;
- Các hành vi hoặc thái độ về giới tính;
- Các hành vi bất hợp pháp, chống đối xã hội, tự buộc tội bản thân, hoặc hạ thấp phẩm giá;
- Các đánh giá nhạy cảm về những người thân trong gia đình;
- Các mối liên hệ được pháp luật công nhận như là các luật sư, bác sĩ, hay mục sư/giáo sĩ;
- Sinh hoạt tôn giáo, chính trị, hay tín ngưỡng của học sinh hay cha mẹ học sinh; và
- Lợi tức, ngoài những điều được quy định bởi luật pháp để xác định xem có hợp lệ để tham gia chương trình.

2. *Nhận thông báo và cơ hội lựa chọn không cho học sinh tham gia của –*

- Bất cứ cuộc thăm dò/khảo sát các thông tin được bảo vệ nào, bất kể người tài trợ nào;
- Bất kỳ việc khám, kiểm tra sức khỏe thể chất không cấp thiết hoặc các chẩn đoán được yêu cầu như một điều kiện tham gia, được tiến hành bởi trường học hoặc đại diện của trường và không cần thiết cho việc bảo vệ sức khỏe và an toàn của học sinh ngay lập tức, ngoại trừ kiểm tra thính giác, thị giác, chứng vẹo cột sống, hay bất kỳ kiểm tra thể chất hoặc chẩn đoán được cho phép hay đòi hỏi theo luật của tiểu bang; và
- Bất kỳ sinh hoạt nào liên quan đến việc thu thập, tiết lộ, hoặc sử dụng tin tức cá nhân từ học sinh để quảng bá/tiếp thị hay bán, hoặc phân phối dưới một hình thức nào khác cho người khác. (Điều này không áp dụng cho việc thu thập, tiết lộ, hoặc sử dụng các tin tức cá nhân thu thập từ học sinh cho mục đích dành riêng để phát triển, lượng định, hoặc cung ứng các sản phẩm hoặc các dịch vụ học tập, hoặc tới các học sinh hay các cơ quan/định chế giáo dục.)

3. *Nhận thông báo* về quyền hạn của cha mẹ để xem xét, tùy theo yêu cầu và trước khi điều hành hoặc việc sử dụng của –

- Các cuộc khảo sát/thăm dò các tin tức được bảo vệ của học sinh và các khảo sát/thăm dò được tạo ra bởi một đệ tam nhân/thành phần thứ ba;
- Các công cụ được sử dụng để thu thập tin tức từ cá nhân học sinh cho bất kỳ mục đích quảng bá/tiếp thị, bán các tin tức đó, hoặc cho mục đích phân phối; và
- Các tài liệu giảng dạy được dùng như là một phần của chương trình học.

---

DCPS đã khai triển và thông qua các chính sách liên hệ về các quyền hạn này, cũng như các sắp xếp để bảo vệ quyền riêng tư của học sinh trong việc thực hiện các cuộc khảo sát/thăm dò về tin tức được bảo vệ, thu thập, tiết lộ, hoặc sử dụng các tin tức cá nhân cho mục đích quảng bá/tiếp thị, bán, hoặc các mục đích phân phối nào đó. Ngoài ra, DCPS cũng cung ứng cho công cộng tiếp cận với Lịch Khảo sát/Thăm Dò (Survey Calendar), qua đó thông báo cho phụ huynh và các học sinh đủ tư cách, từ đầu mỗi năm học và trên cơ sở liên tục, biết về các ngày nhất định hoặc gần đó của các sinh hoạt sau đây (cùng với cơ hội để cho một học sinh miễn tham dự vào một sinh hoạt) -

- Thu thập, tiết lộ, hoặc sử dụng tin tức cá nhân vào việc quảng bá/tiếp thị, bán, hoặc phân phối nào khác;
- Điều hành bất cứ cuộc khảo sát/thăm dò tin tức nào được bảo vệ không do ngân quỹ tài trợ toàn phần hoặc một phần bởi USDE; và
- Bất cứ việc khám, kiểm tra thể lực không cấp thiết, hay chẩn đoán nào, như đã định nghĩa trên đây.

Các chính sách của DCPS liên quan tới các quyền hạn PPRA cũng như Lịch Khảo Sát/Thăm Dò, có thể tìm thấy bằng cách vào trang mạng sau đây: <http://dcps.dc.gov/page/conduct-research-or-obtain-confidential-data>. Ngoài ra, cha mẹ/giám hộ và các học sinh đủ tư cách cũng có thể liên lạc với trường học khu vực của mình để biết các chính sách của DCPS liên quan đến các quyền hạn PPRA và Lịch Khảo Sát/Thăm Dò.

Các Cha mẹ/giám hộ và các học sinh có đầy đủ tư cách nào tin rằng các quyền hạn của mình đã bị vi phạm, có thể đệ đơn khiếu nại tới -

Family Policy Compliance Office  
U.S. Department of Education  
400 Maryland Avenue, SW  
Washington, DC 20202-4605

## Thông Báo về Quyền Phụ Huynh Được Biết (Parents Right-To-Know Notification)

Thưa Quý vị Phụ huynh Học Sinh thân mến:

Chiếu theo Đạo luật Mỗi Học sinh Đều Thành Công năm 2015, Học Đường Công Lập DC (DCPS) xin thông báo cho quý vị biết rằng quý vị có quyền yêu cầu các tin tức liên quan đến khả năng chuyên môn của các giáo viên đang giảng dạy ở cấp lớp của con em. DCPS xin được cung cấp tin tức này cho quý vị. Bất cứ lúc nào, quý vị cũng có thể yêu cầu các tin tức sau đây:

- Cho dù giáo viên đã đáp ứng các tiêu chuẩn đủ khả năng chuyên môn và có giấy phép hành nghề của cấp lớp và các môn học mà giáo viên cung cấp giảng dạy;
- Cho dù giáo viên đang giảng dạy trong điều kiện khẩn cấp hoặc tình trạng tạm thời mà qua đó tiêu chuẩn đủ khả năng chuyên môn hoặc giấy phép hành nghề của DC đã được bãi miễn/linh động bỏ qua; và
- Cho dù giáo viên đang giảng dạy môn học trong lĩnh vực được chứng nhận trong bằng cấp của giáo viên.

Quý vị cũng có thể hỏi, bất cứ lúc nào, cho dù con em đang được giảng dạy bởi các nhân viên trợ huấn, và, nếu như vậy, hãy yêu cầu cho biết khả năng chuyên môn của họ.

Xin trực tiếp yêu cầu được biết về khả năng chuyên môn của giáo viên và nhân viên trợ huấn, và bất kỳ câu hỏi nào khác liên quan đến thông báo của Học Đường Công Lập DC tại [dcps.hrdataandcompliance@dc.gov](mailto:dcps.hrdataandcompliance@dc.gov) hoặc fax (202) 535-2483.