ROSEMEAD SCHOOL DISTRICT
3907 ROSEMEAD BLVD., ROSEMEAD, CA 91770
TEL: (626) 312-2900 FAX: (626) 312-2913

Scan to Enroll



2026-2027 ENROLLMENT OPENS 2-10-2026

YOUR KIDS DESERVE THE BEST EDUCATION

Why Rosemead School District?

- Rigorous Academics
- 21st Century Learning Environment
- Engaging STEAM & Arts instruction
- Mandarin Dual Language Immersion Program (Kinder-6th Grade)
- 7 Habits Leader In Me Lighthouse Schools (leaderinme.com)
- Instrumental Music Program (4th-8th Grades)
- PBIS Platinum Schools (pbis.org)
- New Elementary Playground Structures
- Middle School Electives & Clubs
- Advancement Via Individual Determination (AVID)
- Elevo Expanded Learning (elevolearning.com)
- After School Programs:
  - → Childcare
  - → Soccer
  - → Chess Club
  - → Cooking Classes
  - → Enrichment Program

Transitional Kindergarten (TK)/Kindergarten Registration Dates

Tues., February 10th - Janson Elementary
Wed., February 11th - Shuey Elementary
Thurs., February 12th - Encinita Elementary
Fri., February 13th - Savannah Elementary

Encinita Elementary

Janson Elementary

Muscatel Middle

Savannah Elementary

Shuey Elementary

Register https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm

(626) 312-2900 registration@rosemead.k12.ca.us https://www.rosemead.k12.ca.us/

Las inscripciones 2026-2027 se abren el 10 de febrero de 2026

¿Por qué el Distrito Escolar de Rosemead?

- Académicos rigurososEntorno de aprendizaje del siglo 21
- Atractiva instrucción STEAM y Artes
- Inmersión en dos idiomas Mandarín PK-6º grado
- 7 Habits Leader In Me Escuelas Lighthouse (leaderinme.com)
- Programa de Música Instrumental (4º-8º grados)
- Escuelas PBIS Platinum (pbis.org)
- Nuevas estructuras de juegos de primaria
- Optativas y clubes de la escuela intermedia
- Avance a través de la determinación individual (AVID)
- Aprendizaje expandido de Elevo (elevolearning.com)
- Programas extracurriculares:
  - Cuidado de niños
  - Fútbol
  - Club de ajedrez
  - Clases de cocina
  - Programa de enriquecimiento

TUS HIJOS MERECEN LA MEJOR EDUCACIÓN

Fechas de inscripción de TK/Kinder

Martes, 10 de febrero de 2026 - Janson Elemenary
Miércoles, 11 de febrero de 2026 - Shuey Elemenary
Jueves, 12 de febrero de 2026 – Encinita Elemenary
Viernes, 13 de febrero de 2026 - Savannah Elemenary

Inscribir a un nuevo estudiante
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
Para más información: www.rosemead.k12.ca.us o (626) 312-2900

Mở tuyển sinh 2026-2027 Tháng Hai 10, 2026

Tại sao lại là Học khu Rosemead?

- Học thuật nghiêm ngặtMôi trường học tập thế kỷ 21
- Hướng dẫn STEAM & Nghệ thuật hấp dẫn
- Hòa nhập song ngữ tiếng Quan Thoại PK-Lớp 6
- 7 thói quenLeader In Me Lighthouse Schools (leaderinme.com)
- Chương trình nhạc cụ (Lớp 4-8)
- Trường bạch kim PBIS (pbis.org)
- Cấu trúc sân chơi tiểu học mới
- Các môn tự chọn và câu lạc bộ trung học cơ sở
- Tiến bộ thông qua quyết định cá nhân (AVID)
- Học tập mở rộng của Elevo (elevolearning.com)
- Các chương trình sau giờ học:
  - Chăm sóc trẻ em
  - Bóng đá
  - Câu lạc bộ cờ vua
  - Lớp học nấu ăn
  - Chương trình bồi dưỡng

CON BẠN XỨNG ĐÁNG ĐƯỢC GIÁO DỤC TỐT NHẤT

Ngày đăng ký TK / Kinder

Thứ Ba, ngày 10 tháng 2 năm 2026 – Janson Elemenary
Thứ Tư, Tháng Hai 11, 2026 - Shuey Elemenary
Thứ Năm, ngày 12 tháng 2 năm 2026 - Encinita Elemenary
Thứ sáu, ngày 13 tháng 2 năm 2026 - Savannah Elemenary

Ghi danh một sinh viên mới
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
Để biết thêm thông tin: www.rosemead.k12.ca.us hoặc (626) 312-2900

2026-2027 年入學日期：2026 年 2 月 10 日

為什麼選擇羅斯米德學區？

- 嚴謹的學術 21 世紀的學習環境
- 引人入勝的 STEAM 和藝術教學
- 雙語沉浸式普通話 PK-6 年級
- 7 個習慣 Leader In Me 燈塔學校(leaderinme.com)
- 器樂課程（4-8 年級）
- PBIS 白金學校(pbis.org)
- 新的小學操場結構
- 中學選修課和社團
- 透過個人決定 （AVID） 進步
- Elevo 擴展學習(elevolearning.com)
- 課後活動：
  - 育兒
  - 足球
  - 國際象棋俱樂部
  - 烹飪課程
  - 充實計劃

您的孩子應該得到最好的教育

TK/Kinder 註冊日期

2026 年 2 月 10 日星期二 – Janson Elementary
2026 年 2 月 11 日星期三 – Shuey Elementary
2026 年 2 月 12 日星期四 – Encinita Elementary
2026 年 2 月 13 日星期五 - Savannah Elementary

招收新學生
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
欲瞭解更多資訊：www.rosemead.k12.ca.us 或 （626） 312-2900



ENCINITA ELEMENTARY MANDARIN DLI PROGRAM 2026-2027

K-6TH GRADE

1st-6th grade applicants will be scheduled for an exam*

2026-2027 DLI INTEREST FORM

https://bit.ly/490l0Ai

(626) 312-290000 x213
crivera@rosemead.k12.ca.us







ENCINITA ELEMENTARY
CHƯƠNG TRÌNH DLI TIẾNG PHỔ THÔNG
2026-2027

K-LỚP 6

* LỚP 1-6
ỨNG VIÊN SẼ ĐƯỢC
ĐÃ LÊN LỊCH THI**

2026-2027
BIỂU MẪU LÃI
SUẤT DLI

https://bit.ly/490l0Ai

(626) 312-290000 x213
crivera@rosemead.k12.ca.us

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

February, 2026

Dear Parent(s)/Guardian:

In order to enroll your child in the Rosemead School District, you must first register online and then bring the following items to your school of residence:

A. Proof of age (Birth Certificate or Passport)

B. Proof of Residency (**Current** Gas, Landline Telephone, Electric, Trash, Cable or Water bill with one of the student's parent's name on it). If you do not have a bill in your name you will need to obtain address verification from your home school.

C. Immunization Record (refer to the *Required Immunizations For School Entry* form)

These immunization requirements apply to new admissions and transfers for all grades, including transitional kindergarten:

FOR NEW TK/KINDERS (and some grade 1 students) all appropriate immunizations (as listed above) are needed PLUS:

1. Dental Health Evaluation Form needs to be completed DURING Kindergarten. NOT required to be done BEFORE Entry.

WAIVERS:
If a parent wishes to sign **waivers on ANY requirements** please ask that they speak to the district school nurse.

You may pick up the registration information at your school of residency and go online to enroll at our website: http://www.rosemead.k12.ca.us to register your child. You must enroll your child at your school of residency or your enrollment package will be invalid.

If you have any questions, please feel free to contact the Special Education & Student Support Services Office at (626) 312-2900 or email at registration@rosemead.k12.ca.us.

Sincerely,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinator
Special Education & Student Support Services

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

Tháng 2 năm 2026

Kính Gửi Quý Vị Phụ Huynh:

Để đăng ký nhập học cho học sinh vào Phòng Giáo Dục Rosemead, trước hết quý vị phải đăng ký trực tuyến, sau đó đem các giấy tờ sau đến trường thường trú của quý vị:

A. Xác nhận tuổi (Giấy khai sinh hoặc hộ chiếu)

B. Xác nhận địa chỉ (Hóa đơn Gas, Điện thoại cố định, Điện, Rác, Cáp hoặc Nước **hiện tại** có tên của một trong những phụ huynh của học sinh trên đó). Nếu bạn không có hóa đơn đứng tên mình, bạn sẽ cần phải xác minh địa chỉ từ trường học tại nhà của mình.

   A. Hồ sơ tiêm chủng (tham khảo mẫu *Tiêm ngừa Bắt buộc khi nhập học*)

   Những yêu cầu tiêm chủng này áp dụng cho việc nhập học và chuyển tiếp mới cho tất cả các lớp, bao gồm cả mẫu giáo chuyển tiếp:

   ĐỐI VỚI CÁC HỌC SINH TK / KIỂU MỚI (và một số học sinh lớp 1), tất cả các chủng ngừa thích hợp (như đã liệt kê ở trên) đều cần thiết CỘNG:

   1. Mẫu Đánh giá Sức khỏe Nha khoa cần được hoàn thành DURING Mẫu giáo. KHÔNG bắt buộc phải thực hiện TRƯỚC KHI Vào.

NGƯỜI CHỜ:
Nếu phụ huynh muốn ký giấy **miễn trừ đối với BẤT KỲ yêu cầu nào**, vui lòng yêu cầu họ nói chuyện với y tá của trường học khu.

Bạn có thể lấy thông tin đăng ký tại trường bạn cư trú và lên mạng đăng ký tại trang web của chúng tôi: http://www.rosemead.k12.ca.us để đăng ký cho con bạn. Bạn phải ghi danh cho con mình tại trường bạn cư trú nếu không gói đăng ký của bạn sẽ không hợp lệ.

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Văn phòng Dịch vụ Hỗ trợ Sinh viên & Giáo dục Đặc biệt theo số (626) 312-2900 hoặc gửi email theo địa chỉ register@rosemead.k12.ca.us.

Trân trọng,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Điều phối viên
Giáo dục Đặc biệt & Dịch vụ Hỗ trợ Sinh viên

Parents/Guardians – Are Your Kids Ready for School?

Required Immunizations For School Entry

CDPH California Department of Public Health

Please bring your child's immunization records with you at the time of registration. You may view and print a digital copy of your child's California vaccine record at: **MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov**

Students Entering Transitional Kindergarten or Kindergarten Need Records of:

- ☐ **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap or Td) — 5 doses**
  4 doses OK if one was given on or after 4th birthday;
  3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- ☐ **Polio (IPV or OPV) — 4 doses**
  3 doses OK if one was given on or after 4th birthday. Oral polio vaccine (OPV) doses given on or after April 1, 2016, do not count.
- ☐ **Hepatitis B — 3 doses**
- ☐ **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
  Both doses must be given on or after 1st birthday.
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

New and Transfer Students Entering TK/K-12th Grade Need Records of:

- ☐ **All immunizations listed above**
  For 7th-12th graders: at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday. Hepatitis B vaccine is required for any grade, except for entry into 7th grade.

Students Starting 7th Grade Need Records of:

- ☐ **Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) —1 dose**

What other immunizations should I ask my health care provider about?

When you visit your health care provider for back-to-school immunizations, make sure to also ask about other vaccines that help keep your child healthy, including **hepatitis A, COVID-19, and the annual flu vaccine**. Preteens and teens should also get the **human papillomavirus (HPV) vaccine** to protect against certain cancers and **meningococcal vaccines**.

Learn more about vaccines your child needs and **where to get immunized** at **GetImmunizedCA.org**.

Phụ huynh/Người giám hộ - Con quý vị đã sẵn sàng đến trường chưa?

TIÊM NGỪA BẮT BUỘC KHI NHẬP HỌC

Vui lòng mang theo hồ sơ tiêm ngừa của con quý vị khi đăng ký. Quý vị có thể xem và in bản sao kỹ thuật số hồ sơ vắc-xin California của con quý vị tại: **MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov**

Học Sinh vào Lớp Mẫu Giáo Chuyển Tiếp hoặc Lớp Mẫu Giáo Cần Có Hồ Sơ:

- ☐ **Bạch Hầu, Uốn Ván và Ho Gà (DTaP, DTP, Tdap hoặc Td) — 5 liều**
  4 liều được chấp nhận nếu một liều được tiêm vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 4;
  3 liều được chấp nhận nếu một liều được tiêm vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 7.
- ☐ **Bệnh bại liệt (IPV hoặc OPV) — 4 liều**
  3 liều được chấp nhận nếu một liều được tiêm vào hoặc sau ngày sinh nhật 4 tuổi. Các liều vắc-xin bại liệt dạng uống (OPV) được tiêm vào hoặc sau ngày 1 tháng 4 năm 2016 sẽ không được tính.
- ☐ **Viêm gan B — 3 liều**
- ☐ **Sởi, Quai bị và Rubella (MMR) — 2 liều**
  Cả hai liều phải được tiêm vào hoặc sau ngày sinh nhật 1 tuổi.
- ☐ **Varicella (Thủy đậu) — 2 liều**

Học Sinh Mới và Chuyển Tiếp vào Lớp Mẫu Giáo Chuyển Tiếp/Mẫu Giáo-Lớp 12 Cần Có Hồ Sơ:

- ☐ **Tất cả các loại tiêm ngừa được liệt kê ở trên**
  Đối với học sinh lớp 7-12: phải tiêm ít nhất 1 liều vắc xin chứa thành phần ngừa bệnh ho gà vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 7. Mọi lớp đều phải có hồ sơ tiêm vắc-xin viêm gan B, ngoại trừ khi nhập học lớp 7.

Học Sinh Bắt Đầu Lớp 7 Cần Có Hồ Sơ:

- ☐ **Uốn ván, Bạch hầu, Ho gà (Tdap) — 1 liều**

Tôi nên hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình về những loại tiêm ngừa nào khác?

Khi quý vị đến gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để tiêm ngừa cho năm học mới, hãy nhớ hỏi về các loại vắc xin khác giúp con quý vị khỏe mạnh, bao gồm **viêm gan A, COVID-19 và vắc xin cúm hàng năm**. Trẻ tiền dậy thì và thanh thiếu niên cũng nên tiêm **vắc-xin ngừa vi-rút u nhú ở người (HPV)** để bảo vệ chống lại một số bệnh ung thư và **vắc-xin viêm màng não cầu khuẩn**.

Tìm hiểu thêm về các loại vắc-xin mà con quý vị cần theo độ tuổi (bit.ly/CDCVaccinesByAge) **và nơi quý vị có thể tiêm ngừa cho con mình** (bit.ly/Where2BVaxed).

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Pediatric Tuberculosis (TB) Risk Assessment

This tool is used to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.

Check appropriate risk factor boxes below based on patient response.
Refer to pediatrician for LTBI testing (skin or blood test), if any of the 3 boxes below are checked.
If a LTBI test result is positive, and active TB disease is ruled out, LTBI treatment is recommended.

☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
- If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-US born persons ≥2 years old

☐ **Immunosuppression,** current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥2 mg/kg/day, or ≥15 mg/day for ≥2 weeks) or other immunosuppressive medication

☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the investigation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination.

- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last risk assessment.
  If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older.
- For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease →Evaluate for active TB disease *with a chest x- ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing.*
- *A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.*
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.

See the **Pediatric TB Risk Assessment User Guide** below for more detailed information about this tool.

Provider: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

For the most current version, go to the PEDIATRIC TB RISK ASSESSMENT at: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Tuberculosis Clearance Form

This satisfies requirements in the California Education Code, and the California Health and Safety Code.

Certificate of Completion of Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

Date of TB risk assessment and/or examination:_____month/____day/_____year

First and Last Name of the patient assessed and/or examined: _____

Date of Birth:_____month/____day/_____year

The patient named above has submitted to a pediatric tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has had a TB skin test (TST) or TB blood test (IGRA), and chest x-ray (CXR) if indicated, and upon exam determined to be free of infectious tuberculosis. The patient is cleared to attend school.

Please print, place label or stamp with Health Care Provider information below:

_____

Name of Health Care Provider Completing the TB Risk Assessment and/or Examination

_____

Health Care Provider Signature

_____

Facility Name and Address

In order to protect the privacy of individuals, all information regarding this assessment is considered confidential. The facility and the Los Angeles County Department of Public Health cannot release the name(s) of any ill person(s).

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Đánh giá nguy cơ bệnh lao (TB) ở trẻ em

Công cụ này được sử dụng để xác định trẻ em không có triệu chứng để xét nghiệm nhiễm lao tiềm ẩn (LTBI).

Kiểm tra các ô yếu tố nguy cơ thích hợp bên dưới dựa trên phản ứng của bệnh nhân.
Tham khảo bác sĩ nhi khoa để xét nghiệm LTBI (xét nghiệm da hoặc máu), nếu bất kỳ hộp nào trong số 3 ô dưới đây được chọn. Nếu kết quả xét nghiệm LTBI dương tính và loại trừ bệnh lao hoạt động, nên điều trị LTBI.

☐ **Sinh con, du lịch hoặc cư trú** tại một quốc gia có tỷ lệ bệnh lao cao trong ít nhất 1 tháng

- Bao gồm bất kỳ quốc gia nào khác ngoài Hoa Kỳ, Canada, Úc, New Zealand hoặc một quốc gia ở Tây hoặc Bắc Âu
- Nếu các nguồn lực yêu cầu ưu tiên trong nhóm này, hãy ưu tiên những bệnh nhân có ít nhất một nguy cơ y tế tiến triển (xem Hướng dẫn Sử dụng Đánh giá Nguy cơ Bệnh lao dành cho Người lớn California để biết danh sách này).
- Xét nghiệm giải phóng Interferon Gamma được ưu tiên hơn Xét nghiệm da Tuberculin cho những người không sinh ra ở Hoa Kỳ ≥2 tuổi

☐ **Ức chế miễn dịch,** hiện tại hoặc theo kế hoạch

- Nhiễm HIV, người nhận ghép tạng, được điều trị bằng thuốc đối kháng TNF-alpha (ví dụ: infliximab, etanercept, các loại khác), steroid (tương đương với prednisone ≥2 mg/kg/ngày, hoặc ≥15 mg/ngày trong ≥2 tuần) hoặc thuốc ức chế miễn dịch khác

☐ **Tiếp xúc gần** với người mắc bệnh lao truyền nhiễm bất cứ lúc nào

- Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh chỉ ra rằng việc điều tra những người tiếp xúc và điều trị những người tiếp xúc bị nhiễm bệnh là một thành phần quan trọng trong chiến lược loại trừ bệnh lao của Hoa Kỳ.

- Chỉ nên thực hiện xét nghiệm lại ở những người trước đó có kết quả xét nghiệm âm tính và có các yếu tố nguy cơ mới kể từ lần đánh giá nguy cơ cuối cùng.
- Nếu xét nghiệm sàng lọc âm tính ban đầu xảy ra trước 6 tháng tuổi, xét nghiệm lặp lại nên thực hiện ở 6 tháng tuổi trở lên.
- Đối với trẻ em có triệu chứng lao hoặc chụp X-quang ngực bất thường phù hợp với bệnh lao hoạt động Đánh giá bệnh lao hoạt động
- với chụp X-quang ngực, sàng lọc triệu chứng và nếu được chỉ định, phết AFB đờm, nuôi cấy và xét nghiệm khuếch đại axit nucleic.
- Xét nghiệm tuberculin da âm tính hoặc xét nghiệm giải phóng interferon gamma không loại trừ bệnh lao đang hoạt động.
- Không điều trị LTBI cho đến khi bệnh lao hoạt động đã được loại trừ.

Xem **Hướng dẫn Sử dụng Đánh giá Nguy cơ Bệnh lao Trẻ em** bên dưới để biết thêm thông tin chi tiết về công cụ này.

Cung cấp: _____

Ngày đánh giá: _____

Tên bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

(Đặt nhãn dán ở đây nếu có)

Đối với phiên bản mới nhất, hãy truy cập ĐÁNH GIÁ RỦI RO LAO Ở TRẺ EM tại: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Mẫu giấy khai trừ bệnh lao

Điều này đáp ứng các yêu cầu trong Bộ luật Giáo dục California và Bộ luật Sức khỏe và An toàn California.

Giấy chứng nhận hoàn thành đánh giá và/hoặc kiểm tra nguy cơ bệnh lao

Ngày đánh giá và/hoặc kiểm tra nguy cơ lao:_____tháng/_____ngày/_____năm

Họ và tên của bệnh nhân được đánh giá và/hoặc khám: _____

Ngày sinh:_____tháng/_____ngày/_____năm

Bệnh nhân nêu trên đã nộp hồ sơ đánh giá nguy cơ mắc bệnh lao ở trẻ em. Bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, hoặc nếu xác định được các yếu tố nguy cơ lao, bệnh nhân đã được xét nghiệm lao da (TST) hoặc xét nghiệm máu lao (IGRA) và chụp X-quang ngực (CXR) nếu được chỉ định, và khi khám xác định là không có bệnh lao truyền nhiễm. Bệnh nhân được phép đi học.

Vui lòng in, dán nhãn hoặc đóng dấu với thông tin của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bên dưới:

_____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoàn thành đánh giá và/hoặc kiểm tra nguy cơ lao

_____

Chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

_____

Tên và địa chỉ cơ sở

Để bảo vệ quyền riêng tư của các cá nhân, tất cả thông tin liên quan đến đánh giá này được coi là bí mật. Cơ sở và Sở Y tế Công cộng Quận Los Angeles không thể tiết lộ (các) tên của bất kỳ người bệnh nào.

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

ORAL HEALTH NOTIFICATION LETTER

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral.)

2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or http://www.benefitscal.com/.

3. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx).

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.

- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact the Student Support Services office at (626) 312-2900 or email at registration@rosemead.k12.ca.us.

Sincerely,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinator
Special Education & Student Support Services

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

THƯ THÔNG BÁO SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

Kính gửi Phụ huynh hoặc Người giám hộ:

Để đảm bảo con bạn đã sẵn sàng đi học, luật California, Bộ luật Giáo dục Mục 49452.8, hiện yêu cầu con bạn phải đánh giá sức khỏe răng miệng (kiểm tra nha khoa) trước ngày 31 tháng 5 ở mẫu giáo hoặc lớp một, tùy theo năm đầu tiên của trẻ ở trường công lập. Các bài đánh giá đã xảy ra trong vòng 12 tháng trước khi con bạn vào trường cũng đáp ứng yêu cầu này. Luật quy định rằng việc đánh giá phải được thực hiện bởi nha sĩ được cấp phép hoặc chuyên gia sức khỏe răng miệng được cấp phép hoặc đăng ký khác.

Mang theo mẫu Yêu cầu Miễn trừ / Đánh giá Sức khỏe Răng miệng đính kèm đến văn phòng nha khoa, vì nó sẽ cần thiết cho việc kiểm tra sức khỏe của con bạn. Nếu bạn không thể đưa con mình đi đánh giá bắt buộc này, vui lòng cho biết lý do này trong Phần 3 của biểu mẫu. Bạn có thể nhận thêm bản sao của mẫu đơn cần thiết tại trường học của con bạn hoặc trực tuyến từ trang web của Bộ Giáo dục California tại http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. Luật California yêu cầu các trường học duy trì quyền riêng tư thông tin sức khỏe của học sinh. Danh tính của con bạn sẽ không được liên kết với bất kỳ báo cáo nào được tạo ra do yêu cầu này.

Các tài nguyên sau đây sẽ giúp bạn tìm nha sĩ và hoàn thành yêu cầu này cho con bạn:

1. Số điện thoại miễn phí hoặc trang web của Medi-Cal/Denti-Cal có thể giúp quý vị tìm một nha sĩ sử dụng Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. Để được trợ giúp ghi danh cho con quý vị tham gia Medi-Cal/Denti-Cal, hãy liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội địa phương của quý vị theo địa chỉ (điền thông tin liên lạc thích hợp tại địa phương, có sẵn tại http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral.)

2. Số điện thoại miễn phí hoặc trang web của Gia đình Khỏe mạnh có thể giúp bạn tìm một nha sĩ tham gia bảo hiểm Gia đình Khỏe mạnh hoặc để tìm hiểu xem con bạn có thể đăng ký tham gia chương trình hay không: 1-800-880-5305 hoặc http://www.benefitscal.com/.

3. Để biết thêm các nguồn lực có thể hữu ích, hãy liên hệ với sở y tế công cộng địa phương của bạn theo địa chỉ (điền thông tin liên hệ thích hợp tại địa phương, có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx).

Hãy nhớ rằng, con bạn không khỏe mạnh và không sẵn sàng đến trường nếu trẻ có sức khỏe răng miệng kém! Dưới đây là lời khuyên quan trọng để giúp con bạn khỏe mạnh:

- Đưa con bạn đến nha sĩ hai lần một năm.
- Lựa chọn thực phẩm lành mạnh cho cả gia đình. Thực phẩm tươi sống thường là thực phẩm lành mạnh nhất.

- Đánh răng ít nhất hai lần một ngày bằng kem đánh răng có chứa florua.

- Hạn chế kẹo và đồ uống ngọt, chẳng hạn như đấm hoặc soda. Đồ uống ngọt và kẹo chứa nhiều đường, gây sâu răng và thay thế các chất dinh dưỡng quan trọng trong chế độ ăn uống của trẻ. Đồ uống ngọt và kẹo cũng góp phần gây ra các vấn đề về cân nặng, có thể dẫn đến các bệnh khác, chẳng hạn như tiểu đường. Càng ít kẹo và đồ uống ngọt càng tốt!

Răng sữa rất quan trọng. Chúng không chỉ là răng sẽ rụng. Trẻ em cần có răng để ăn uống đúng cách, nói chuyện, mỉm cười và cảm thấy hài lòng về bản thân. Trẻ bị sâu răng có thể gặp khó khăn trong việc ăn uống, ngừng cười và gặp khó khăn trong việc chú ý và học tập ở trường. Sâu răng là một bệnh nhiễm trùng không lành và có thể gây đau đớn nếu không được điều trị. Nếu sâu răng không được điều trị, trẻ em có thể bị bệnh đến mức cần điều trị tại phòng cấp cứu và răng trưởng thành của chúng có thể bị tổn thương vĩnh viễn.

Nhiều thứ ảnh hưởng đến sự tiến bộ và thành công của trẻ ở trường, bao gồm cả sức khỏe. Trẻ em phải khỏe mạnh để học tập, và trẻ bị sâu răng không khỏe mạnh. Sâu răng có thể phòng ngừa được, nhưng chúng ảnh hưởng đến nhiều trẻ em hơn bất kỳ bệnh mãn tính nào khác.

Nếu bạn có thắc mắc về yêu cầu đánh giá sức khỏe răng miệng mới, vui lòng liên hệ với văn phòng Dịch vụ Hỗ trợ Sinh viên theo số (626) 312-2900 hoặc gửi email theo số registration@rosemead.k12.ca.us.

Trân trọng,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Điều phối viên
Dịch vụ Giáo dục Đặc biệt & Hỗ trợ Học sinh

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:			ZIP Code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female

Child's Race/Ethnicity:	☐ White	☐ Native American
	☐ Black/African American	☐ Multi-racial
	☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander
	☐ Asian	☐ Unknown
	☐ Other (please specify)	

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐Yes ☐No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐Yes ☐No

Treatment Urgency:

☐ **No obvious problem found**

☐ **Early dental care recommended** (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)

☐ **Urgent care needed** (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

Licensed Dental Professional Signature	***CA License Number***	MM – DD – YYYY ***Date***

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment?	☐ **Yes** ☐ **No** (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ☐ **I don't know**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Mẫu đánh giá sức khỏe răng miệng

Luật California (*Bộ luật Giáo dục Mục 49452.8*) nói rằng mọi trẻ em phải kiểm tra răng miệng (đánh giá) trước ngày 31 tháng Năm của năm đầu tiên ở trường công. Một chuyên gia nha khoa được cấp phép của California phải kiểm tra và điền vào Phần 2 của biểu mẫu này. Nếu con bạn đã kiểm tra răng miệng trong 12 tháng qua, hãy yêu cầu nha sĩ điền vào Phần 2. Nếu bạn không thể kiểm tra răng miệng cho con mình, hãy điền vào Mẫu Yêu cầu Đánh giá Sức khỏe Răng miệng Miễn trừ riêng.

Đánh giá này sẽ cho bạn biết nếu có bất kỳ vấn đề nha khoa nào cần nha sĩ chú ý. Đánh giá này cũng sẽ được sử dụng để đánh giá các chương trình sức khỏe răng miệng của chúng tôi. Trẻ em cần có sức khỏe răng miệng tốt để nói chuyện với sự tự tin, thể hiện bản thân, khỏe mạnh và sẵn sàng học hỏi. Sức khỏe răng miệng kém có liên quan đến kết quả học tập thấp hơn, các mối quan hệ xã hội kém và ít thành công hơn sau này trong cuộc sống. Vì lý do này, chúng tôi cảm ơn quý vị đã đóng góp cho sức khỏe và hạnh phúc của trẻ em California.

Phần 1: Thông tin của trẻ (Được điền bởi cha mẹ hoặc người giám hộ)

Tên của trẻ:	Họ:	Tên viết tắt giữa:	Ngày sinh của trẻ: MM – DD – YYYY
Địa chỉ:			Căn hộ:
Thành phố:			Mã bưu điện:
Tên trường:	Giáo viên:	Lớp:	Năm trẻ bắt đầu đi mẫu giáo: Y Y Y Y
Tên cha mẹ / người giám hộ:	Họ của cha mẹ / người giám hộ:		Giới tính của trẻ: ☐ Đực ☐ Cái

Chủng tộc / Dân tộc của trẻ em:	☐ Trắng	☐ Người Mỹ bản địa
	☐ Người Mỹ da đen/người Mỹ gốc Phi	☐ Đa chủng tộc
	☐ Tây Ban Nha / La tinh	☐ Người Hawaii bản địa / Đảo Thái Bình Dương
	☐ Châu Á	☐ Không biết
	☐ Khác (vui lòng ghi rõ)	

Tiếp tục trên trang tiếp theo

Phần 2: Thu thập Dữ liệu Sức khỏe Răng miệng (Được điền bởi một chuyên gia nha khoa được cấp phép của California)

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Xem xét từng hộp riêng biệt. Đánh dấu từng hộp.

Ngày đánh giá: MM – DD – YYYY	Phân rã không được điều trị (Hiện tại phân rã có thể nhìn thấy) ☐ Có ☐ Không	* Kinh nghiệm sâu răng (Có thể nhìn thấy sâu răng và / hoặc trám) ☐ Có ☐ Không
Treatment Urgency: ☐ **Không tìm thấy vấn đề rõ ràng**	☐ **Khuyến cáo chăm sóc răng miệng sớm** (sâu răng mà không đau hoặc nhiễm trùng; hoặc trẻ em sẽ được hưởng lợi từ chất bịt kín hoặc đánh giá thêm)	☐ **Chăm sóc khẩn cấp cần thiết** (đau, nhiễm trùng, sưng hoặc tổn thương mô mềm)
_____ _____ MM – DD – YYYY ***Chữ ký chuyên nghiệp nha khoa được cấp phép Số giấy phép CA Ngày***		

***** Kiểm tra "Có" cho kinh nghiệm sâu răng nếu có sự hiện diện của sâu răng hoặc trám răng không được điều trị
Kiểm tra "Không" cho kinh nghiệm sâu răng nếu không có sâu răng không được điều trị và không có chất trám

Phần 3: Theo dõi Chăm sóc Khẩn cấp (Được điền bởi đơn vị chịu trách nhiệm theo dõi)

Phụ huynh thông báo rằng con có nhu cầu chăm sóc nha khoa khẩn cấp về:MM – DD – YYYY
Một cuộc hẹn tái khám cho đứa trẻ này đã được lên kế hoạch cho: MM – DD – YYYY
Trẻ có được điều trị cần thiết không? ☐ **Có** ☐ **Không** (Nếu không, đơn vị chịu trách nhiệm theo dõi sẽ được khuyến khích kiểm tra lại với phụ huynh) ☐ **Tôi không biết**

Luật quy định các trường phải giữ kín thông tin sức khỏe của học sinh. Tên của con bạn sẽ không phải là một phần của bất kỳ báo cáo nào do luật này. Thông tin này chỉ có thể được sử dụng cho các mục đích liên quan đến sức khỏe của con bạn. Nếu bạn có thắc mắc, vui lòng gọi cho trường học của bạn

Gửi lại mẫu đơn này cho trường không muộn hơn ngày 31 tháng Năm của năm học đầu tiên của con quý vị.

Bản gốc được lưu giữ trong học bạ của trẻ.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	_____/_____/_____
Physical Examination	_____/_____/_____
Dental Assessment	_____/_____/_____
Nutritional Assessment	_____/_____/_____
Developmental Assessment	_____/_____/_____
Vision Screening	_____/_____/_____
Audiometric (hearing) Screening	_____/_____/_____
TB Risk Assessment and Test, if indicated	_____/_____/_____
Blood Test (for anemia)	_____/_____/_____
Urine Test	_____/_____/_____
Blood Lead Test	_____/_____/_____
Other	_____/_____/_____

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER *(optional)* *and* RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.

☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you ***do not*** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian — Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner — Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

BÁO CÁO KỲ THI SỨC KHỎE ĐI HỌC

Để bảo vệ sức khỏe của trẻ em, luật pháp California yêu cầu khám sức khỏe khi nhập học. Xin người khám sức khỏe điền vào bản báo cáo này và nộp lại cho trường. Nhà trường sẽ lưu giữ và bảo mật nó như một thông tin bí mật.

PHẦN I ĐỂ ĐƯỢC PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI BẢO VỆ ĐI ĐI

TÊN CỦA CON — Cuối cùng	Đầu tiên	Ở giữa	NGÀY SINH — Tháng / Ngày / Năm

ĐỊA CHỈ — Số, Đường	Đô thị	Mã Bưu Chính	TRƯỜNG HỌC

PHẦN II ĐƯỢC CHUYÊN VIÊN KIỂM TRA Y TẾ ĐIỀN

KIỂM TRA SỨC KHỎE

LƯU Ý: Tất cả các xét nghiệm và đánh giá ngoại trừ xét nghiệm chì trong máu phải được thực hiện sau khi trẻ được 4 tuổi 3 tháng.

KIỂM TRA / ĐÁNH GIÁ BẮT BUỘC	NGÀY (mm/dd/yy)
Lịch sử sức khỏe	/ /
Kiểm tra thể chất	/ /
Đánh giá nha khoa	/ /
Đánh giá dinh dưỡng	/ /
Đánh giá phát triển	/ /
Kiểm tra tầm nhìn	/ /
Đo thính lực (thính giác)	/ /
Đánh giá và Xét nghiệm Nguy cơ Lao, nếu được chỉ định	/ /
Xét nghiệm máu (cho bệnh thiếu máu)	/ /
Xét nghiệm nước tiểu	/ /
Kiểm tra chì trong máu	/ /
Khác	/ /

HỒ SƠ CHỦNG NGỪA

Lưu ý cho Giám định viên: Vui lòng cung cấp cho gia đình một Hồ sơ Tiêm chủng California màu vàng đã hoàn chỉnh hoặc cập nhật.

Lưu ý cho Trường học: Vui lòng ghi lại ngày chủng ngừa vào Hồ sơ Tiêm chủng Trường học California màu xanh lam (PM 286).

THUỘC VỀ BƠ CAI	NGÀY MỖI LẦN ĐƯỢC TẶNG				
	Đầu tiên	Thứ hai	Ngày thứ ba	Thứ tư	Thứ năm
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
KHÁC (e.g., TB Test, if indicated)					
KHÁC					

PHẦN III THÔNG TIN BỔ SUNG TỪ CHUYÊN GIA Y TẾ *(không bắt buộc)* *và* THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NHÂN VIÊN

KẾT QUẢ VÀ KIẾN NGHỊ

Điền vào nếu bệnh nhân hoặc người giám hộ đã ký vào bản phát hành thông tin sức khỏe.

☐ Kiểm tra cho thấy không có điều kiện quan tâm đến các hoạt động chương trình học.

☐ Các điều kiện được tìm thấy trong bài kiểm tra hoặc sau khi đánh giá thêm có tầm quan trọng đối với việc đi học hoặc hoạt động thể chất là: (*vui lòng giải thích*)

Tôi cho phép người khám sức khỏe chia sẻ thông tin bổ sung về việc khám sức khỏe với nhà trường như đã giải thích trong Phần III.

☐ Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu bạn không muốn người khám sức khỏe điền vào Phần III.

Chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ — Ngày

Tên, địa chỉ, số điện thoại của người khám sức khỏe

Chữ ký của người khám sức khỏe — Ngày

Nếu con bạn không thể đến trường kiểm tra sức khỏe, hãy gọi cho Chương trình Phòng chống Khuyết tật và Sức khỏe Trẻ em (CHDP) tại sở y tế địa phương của bạn. Nếu bạn không muốn con mình kiểm tra sức khỏe, bạn có thể ký vào mẫu đơn từ bỏ (PM 171 B) có tại trường của con bạn.

Rosemead School District
Special Education & Student Support Services
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
🖷 (626) 312-2913
🌐 www.rosemead.k12.ca.us

Health Centers (Public/Private/Free) for Physical Exams & Immunizations & Other Needs for School

*** Call ahead to all providers for further details regarding services. Clinic hours and eligibility are subject to change ***

Community Health Alliance of Pasadena – Lincoln
2055 Lincoln Ave., Pasadena, CA 91103 (626) 398-6300. **Appointment needed please contact the center**. Site Hours: Monday through Friday, 8:00am to 5:00pm; Saturday, 9:00am to 1:00pm. Website: www.chapcare.org Services: Immunizations, Physical exams and Dental Care.

East Valley Community Health Center / various locations in LA county
4368 Santa Anita Ave., El Monte, CA 91731 (855) 535-5545 Website: https://www.evchc.org/ **Appointment preferred, but walk-ins accepted.** Open Mon, Wed, Fri 9:00am-5pm and Tues, Thurs 1:00pm-7:00pm. The clinic helps you with enrollment with different programs to qualify for free or low-cost vaccines (*no inquiries on immigration status. No insurance necessary.)

Monrovia Public Health Center (a Los Angeles County Public Health Center)
330 Maple Ave., Monrovia, CA 91016 (626) 256-1600
A public health center primarily used for the services of free immunizations and TB test. Call for hours of service. Parent must bring child's vaccine record. Vaccines offered by appointment only, on Tuesdays only from 8am-10:30am and 12:30-3:30 pm please call to schedule appointment.

Tzu Chi Buddhist Clinic
1000 S. Garfield Ave., Alhambra, CA 91801 (626) 281-3383
This is a free clinic (adult and child), dental clinic, and Vaccinations. Eligibility is income based, Offers CHDP exams and free immunizations for children. Tuesdays only from 1:15pm-5pm appointment needed. Languages spoken: English, Spanish, Cantonese, Mandarin and Vietnamese.

AltaMed Health Services
10454 Valley Blvd. #B, El Monte, CA 91731 (626) 453-8466
Sliding Scale based income, qualifying applicants can apply for CHDP a state-run program to help children obtain free or low-cost Physicals and Immunizations the clinic assists in determining eligibility. Also takes most insurance plans. Appointments needed.

Chinatown Service Center (CSC) Health Center
320 S. Garfield Ave. #118, Alhambra, CA 91801 (213) 808-1700
This center offers Free and low-cost Health programs for low-income individuals with no insurance. Monday-Friday from 8:30am- 5:00pm. Appointments needed Languages spoken: English, Spanish, Chinese, Vietnamese. The Clinic offers health exams (adult and Pediatric) Vaccinations, TB test, dental care and Behavioral health.

Herald Christian Health Center
923 S. San Gabriel Blvd., San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700
The Clinic is mandated to serve the community (all ethnicities, faiths) The clinic will assist in determining eligibility for CHDP program for free/low-cost exams and vaccines. **Appointments preferred, but not required walk-in's accepted.**

Rosemead School District
Special Education & Student Support Services
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
🖷 (626) 312-2913
🌐 www.rosemead.k12.ca.us

Trung tâm Y tế (Công cộng / Tư nhân / Miễn phí)
cho các kỳ thi thể chất & chủng ngừa và các nhu cầu khác cho trường học

*** Gọi trước cho tất cả các nhà cung cấp để biết thêm chi tiết về các dịch vụ. Giờ làm việc và tính đủ điều kiện của phòng khám có thể thay đổi. ***

Community Health Alliance of Pasadena – Lincoln
2055 Lincoln Ave., Pasadena, CA 91103 (626) 398-6300. **Cuộc hẹn cần thiết xin vui lòng liên hệ với trung tâm.** Giờ làm việc: Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều; Thứ Bảy, 9:00 sáng đến 1:00 chiều. Website: Dịch vụ www.chapcare.org Tiêm chủng, Khám sức khỏe và Chăm sóc răng miệng.

East Valley Community Health Center / các địa điểm khác nhau ở Quận LA
4368 Santa Anita Ave., El Monte CA 91731 (855) 535-5545 Trang mạng: https://www.evchc.org/ **Cuộc hẹn được ưu tiên, nhưng đi bộ được chấp nhận.** Mở cửa Thứ Hai, Thứ Tư, Thứ Sáu 9:00 sáng-5 giờ chiều và Thứ Ba, Thứ Năm 1:00 trưa-7:00 tối. Phòng khám giúp bạn ghi danh với các chương trình khác nhau để đủ điều kiện nhận vắc xin miễn phí hoặc chi phí thấp (* không có thắc mắc về tình trạng nhập cư. Không cần bảo hiểm.)

Monrovia Public Health Center (một Trung tâm Y tế Công cộng Quận Los Angeles)
330 Maple Ave., Monrovia, CA 91016 (626) 256-1600
Một trung tâm y tế công cộng chủ yếu được sử dụng cho các dịch vụ tiêm chủng miễn phí và xét nghiệm lao. Gọi cho giờ phục vụ. Phụ huynh phải mang theo hồ sơ vắc xin của trẻ. Vắc xin chỉ được cung cấp theo lịch hẹn, chỉ vào các ngày Thứ Ba từ 8 giờ sáng đến 10 giờ 30 sáng và 12: 30-3: 30 chiều, vui lòng gọi để đặt lịch hẹn.

Tzu Chi Buddhist Clinic
1000 S. Garfield Ave., Alhambra CA 91801 (626) 281-3383
Đây là một phòng khám miễn phí (người lớn và trẻ em), phòng khám nha khoa và Tiêm chủng. Tính đủ điều kiện dựa trên thu nhập, Cung cấp các kỳ thi CHDP và tiêm chủng miễn phí cho trẻ em. Thứ Ba chỉ từ 1:15 chiều đến 5 giờ chiều cuộc hẹn cần thiết. Ngôn ngữ sử dụng: Tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Quảng Đông, tiếng Quan Thoại và tiếng Việt.

AltaMed Health Services
10454 Valley Blvd. #B, El Monte, CA 91731 (626) 453-8466
Thu nhập dựa trên Quy mô trượt, những người nộp đơn đủ điều kiện có thể đăng ký CHDP một chương trình do nhà nước điều hành để giúp trẻ em có được Vật lý và Tiêm chủng miễn phí hoặc chi phí thấp mà phòng khám hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện. Cũng mất hầu hết các chương trình bảo hiểm. Các cuộc hẹn cần thiết.

Chinatown Service Center (CSC) Health Center
320 S. Garfield Ave. #118, Alhambra, CA 91801 (213) 808-1700
Trung tâm này cung cấp các chương trình Y tế miễn phí và chi phí thấp cho những người có thu nhập thấp không có bảo hiểm. Thứ Hai - Thứ Sáu từ 8:30 sáng - 5:00 chiều. Các cuộc hẹn cần thiết Ngôn ngữ nói: tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Việt. Phòng khám cung cấp các kỳ thi sức khỏe (Tiêm chủng cho người lớn và Nhi khoa), xét nghiệm lao, chăm sóc răng miệng và sức khỏe hành vi.

Herald Christian Health Center
923 S. San Gabriel Blvd., San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700
Phòng khám được giao nhiệm vụ phục vụ cộng đồng (tất cả các sắc tộc, tín ngưỡng) Phòng khám sẽ hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện cho chương trình CHDP cho các kỳ thi và vắc xin miễn phí / chi phí thấp. **Các cuộc hẹn được ưu tiên, nhưng không bắt buộc phải đi bộ được chấp nhận.**

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

BEFORE SCHOOL CARE AND AFTERSCHOOL PROGRAMS

Before School Care

The Rosemead School District offers before-school care at all elementary school sites, beginning at 7:00 a.m. This program is available for a quarterly fee. Parents may enroll their child in before-school care starting **July 1, 2026**. Detailed enrollment information will be available on the Rosemead School District website.

Late Start Days

Late Start Days are provided at all Rosemead School District campuses, with **18 Late Start Days** scheduled throughout the year. This program is offered at no cost to families, but students must be enrolled to participate.

Parents can enroll their children during the district's Welcome Back to School Fairs or by accessing the enrollment link on the Rosemead School District website.

After School Programs

ASES (After School Education and Safety Program)
The ASES Program operates at **Encinita Elementary, Janson Elementary, Muscatel Middle, Savannah Elementary, & Shuey Elementary** and is provided at no cost to families. Students must attend the full program daily, which runs until **6:00 p.m.**

Participants benefit from:

- Homework assistance
- Enrichment activities
- Structured physical activities
- A healthy light supper

Enrollment Process:

- **Enrollment Information Release:** April 27, 2026
- **Enrollment Period:** May 11 – May 22, 2026

Information on how to enroll will be distributed to school sites and will also be available on the Rosemead School District website starting **April 27, 2026**.

For more details and updates, please visit the Rosemead School District, Child Development Department website: https://www.rosemead.k12.ca.us/domain/41 or call (626) 312-2900.

Sincerely,

Deborah Lawrence

Deborah Lawrence
Coordinator
Child Development Department

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TRƯỚC GIỜ HỌC VÀ SAU GIỜ HỌC

Chăm sóc trước khi đi học
Học khu Rosemead cung cấp dịch vụ chăm sóc trước giờ học tại tất cả các địa điểm trường tiểu học, bắt đầu lúc 7:00 sáng. Chương trình này có sẵn với một khoản phí hàng quý. Phụ huynh có thể đăng ký cho con mình vào dịch vụ chăm sóc trước giờ học bắt đầu từ ngày **1 tháng 7 năm 2026**. Thông tin ghi danh chi tiết sẽ có sẵn trên trang web của Học khu Rosemead.

Ngày bắt đầu muộn
Ngày bắt đầu muộn được cung cấp tại tất cả các cơ sở của Học khu Rosemead, với **18 Ngày Bắt đầu** muộn được lên lịch trong suốt cả năm. Chương trình này được cung cấp miễn phí cho các gia đình, nhưng học sinh phải đăng ký để tham gia.

Phụ huynh có thể ghi danh cho con mình trong Hội chợ Chào mừng Trở lại Trường học của học khu hoặc bằng cách truy cập liên kết ghi danh trên trang web của Học khu Rosemead.

Các chương trình sau giờ học
ASES (Chương trình An toàn và Giáo dục Sau giờ học)
Chương trình ASES hoạt động tại **Trường Tiểu học Encineta, Trường Tiểu học Janson, Trung học Muscatel, Trường Tiểu học Savannah và Trường Tiểu học Shuey** và được cung cấp miễn phí cho các gia đình. Học sinh phải tham dự toàn bộ chương trình hàng ngày, kéo dài đến **6:00 chiều**.

Người tham gia được hưởng lợi từ:
- Hỗ trợ bài tập về nhà
- Hoạt động làm giàu
- Hoạt động thể chất có cấu trúc
- Một bữa tối nhẹ lành mạnh

Quy trình ghi danh:
- **Phát hành thông tin ghi danh**: 27 Tháng Tư, 2026
- **Thời gian ghi danh**: 1 tháng 11 – 22 tháng 5 năm 2026

Thông tin về cách ghi danh sẽ được phân phối đến các địa điểm trường học và cũng sẽ có sẵn trên trang web của Học khu Rosemead bắt đầu từ ngày **27 tháng 4 năm 2026**.

Để biết thêm chi tiết và cập nhật, vui lòng truy cập trang web của Học khu Rosemead, Sở Phát triển Trẻ em: https://www.rosemead.k12.ca.us/domain/41 hoặc gọi (626) 312-2900.

Trân trọng,
Deborah Lawrence
Deborah Lawrence
Điều phối viên
Khoa Phát triển Trẻ em

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

INTRA-DISTRICT TRANSFER GUIDELINES

An Intra-District transfer may be granted for a student to attend a school in the Rosemead School District (RSD) other than the RSD School of Residence. However, you must enroll at your school of residence until class sizes are determined.

The Intra-District transfer request period is open all year long, starting on February 1st for the next school year. Transfers may be issued at any time for the school year. The application can be downloaded from this website: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824

Information regarding the specific reasons may be obtained from Special Education & Student Support Services at (626) 312-2900 or registration@rosemead.k12.ca.us.

POLICY

- Permits do not carry transportation privileges.
- Parents are expected to ensure your student is on time and in school for the full school day every day.

APPLICATION INSTRUCTIONS

1. An RSD inter-district permit application must be completed on-line. Paper applications will not be accepted. You can submit a request by visiting our website at: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824
2. You must enroll at your school of residence until it's been determined there is space available at the requested school.
3. Upon administrative approval at the requested school, you will receive an email confirmation.

ADDITIONAL INFORMATION

Students Must:

- Maintain satisfactory school attendance/report to school/class on-time every day.
- Make continuous progress toward grade level standards (elementary) and/or maintain a minimum 2.0 GPA with no D or F grades (secondary).
- Seek help from teachers and counselors and attend tutoring when having academic difficulties or in danger of receiving a grade of *D* or *F* (Secondary).
- Comply with all classroom and school rules and policies.
- Demonstrate appropriate citizenship and behavior in the classroom and on campus - no Report Card with multiple "1s" for Skills for Success on Achievement Report (elementary) or multiple "Unsatisfactory" citizenship grades (secondary).
- 6. Comply with all conditions of the RSD Discipline Policy (parent/guardian signature on file).

Parent Must:

- Provide adequate transportation so the student can maintain satisfactory school attendance/report to class on time and is picked up from school on time.

- Ensure that your student attends school.
- Call the Attendance Office before 9:30 a.m. on the day of the absence to inform the school of the reason for the absence--or provide a note explaining the reason for the absence on the day of the return.
- Excuse a student only for valid reasons. Requests for absence other than for illness or emergencies are strongly discouraged. Parents should plan family vacations during regular school vacation times.
- Provide a time and place for quiet study time for completion of homework and study assignments.
- Provide school officials with accurate and true information.
- Cooperate with school and district officials and maintain a positive working relationship.
- Attend parent conferences when requested.
- Insist your student complies with the school dress code.

PERMIT CANCELLATION

Permits may be cancelled, revoked, or denied renewal for the following reasons:

- Issued in error
- Falsified information or documentation
- Any change to the permit criteria
- Truancy
- Infractions of school rules and regulations
- Failure to make satisfactory academic progress
- The student is dropped off or picked up is beyond regular school hours including before and after school programs.

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

HƯỚNG DẪN CHUYỂN KHOẢN TRONG QUẬN

Chuyển trường Nội hạt có thể được cấp cho học sinh theo học tại một trường trong Học khu Rosemead (RSD) không phải là Trường cư trú RSD. Tuy nhiên, bạn phải đăng ký học tại trường bạn cư trú cho đến khi quy mô lớp học được xác định.

Thời gian yêu cầu chuyển trường Nội hạt được mở cả năm, bắt đầu từ ngày 1 tháng Hai cho năm học tiếp theo. Chuyển trường có thể được cấp bất kỳ lúc nào trong năm học. Ứng dụng có thể được tải xuống từ trang web này: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824

Thông tin về các lý do cụ thể có thể lấy từ Dịch vụ Giáo dục Đặc biệt & Hỗ trợ Sinh viên tại (626) 312-2900 hoặc register@rosemead.k12.ca.us.

CHÍNH SÁCH

- Giấy phép không mang đặc quyền vận chuyển.
- Phụ huynh phải đảm bảo học sinh của quý vị đến trường đúng giờ và đủ ngày học mỗi ngày.

HƯỚNG DẪN ỨNG DỤNG

1. Đơn xin giấy phép liên khu RSD phải được điền trực tuyến. Đơn xin giấy sẽ không được chấp nhận. Bạn có thể gửi yêu cầu bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824
2. Bạn phải ghi danh tại trường bạn cư trú cho đến khi được xác định là có chỗ trống tại trường được yêu cầu.
3. Sau khi chấp thuận hành chính tại trường được yêu cầu, bạn sẽ nhận được email xác nhận.

THÔNG TIN THÊM

Sinh viên phải:

- Duy trì tình trạng đi học đạt yêu cầu / báo cáo trường / lớp đúng giờ mỗi ngày.
- Tiến bộ liên tục đối với các tiêu chuẩn cấp lớp (tiểu học) và / hoặc duy trì điểm trung bình tối thiểu 2.0 mà không có điểm D hoặc F (trung học).
- Tìm kiếm sự giúp đỡ từ giáo viên và cố vấn và tham gia dạy kèm khi gặp khó khăn trong học tập hoặc có nguy cơ bị điểm D hoặc F (Trung học).
- Tuân thủ tất cả các quy tắc và chính sách của lớp học và trường học.
- Thể hiện tư cách công dân và hành vi phù hợp trong lớp học và trong khuôn viên trường - không có Phiếu điểm với nhiều điểm "1" cho Kỹ năng thành công trên Báo cáo thành tích (tiểu học) hoặc nhiều điểm công dân "Không đạt yêu cầu" (trung học).
- Tuân thủ tất cả các điều kiện của Chính sách Kỷ luật RSD (chữ ký của phụ huynh / người giám hộ trong hồ sơ).

Cha mẹ Phải:

- Cung cấp phương tiện đi lại đầy đủ để học sinh có thể duy trì việc đi học đầy đủ / đến lớp đúng giờ và được đón từ trường đúng giờ.
- Đảm bảo rằng học sinh của bạn đi học.
- Gọi cho Văn phòng Điểm danh trước 9:30 sáng vào ngày vắng mặt để thông báo cho nhà trường về lý do vắng mặt - hoặc cung cấp một ghi chú giải thích lý do vắng mặt vào ngày trở lại.
- Chỉ xin lỗi học sinh khi có lý do chính đáng. Không khuyến khích các yêu cầu vắng mặt không phải vì bệnh tật hoặc trường hợp khẩn cấp. Cha mẹ nên lập kế hoạch cho các kỳ nghỉ gia đình trong thời gian nghỉ học thông thường.
- Cung cấp thời gian và địa điểm cho thời gian học tập yên tĩnh để hoàn thành bài tập về nhà và học tập.
- Cung cấp cho viên chức của trường những thông tin chính xác và đúng sự thật.
- Hợp tác với các quan chức trường học và học khu và duy trì mối quan hệ làm việc tích cực.
- Tham gia các buổi họp phụ huynh khi được yêu cầu.
- Yêu cầu học sinh của bạn tuân thủ quy định về trang phục của trường.

<u>HỦY PHÉP</u>

Giấy phép có thể bị hủy bỏ, thu hồi hoặc bị từ chối gia hạn vì những lý do sau:

- Phát hành do nhầm lẫn
- Thông tin hoặc tài liệu bị sai lệch
- Bất kỳ thay đổi nào đối với tiêu chí giấy phép
- Trốn học (tức là vắng mặt không lý do)
- Vi phạm nội quy và quy định của trường
- Không đạt được tiến bộ trong học tập
- Học sinh bị đưa ra ngoài hoặc đón ngoài giờ học bình thường kể cả các chương trình trước và sau giờ học

Rosemead School District
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
(626) 312-2913
www.rosemead.k12.ca.us

Universal Benefits Application
Rosemead School District

This application may qualify your child for benefits such as Summer EBT/SUN Bucks, internet access, school transportation, and more. Inquire with your child's school district to learn what benefits may be available to them. Completing this application will not impact your student's ability to receive school meals at no cost. The U.S. Department of Homeland Security and U.S. Citizenship and Immigration Services do not consider health, food, and housing services as part of the public charge determination. Therefore, submitting this application will not hurt an individual's immigration status.

Note: A non-household member may be designated as the authorized representative for application processing purposes if they have difficulty completing the application process.

Complete, sign, and return this application to: **Rosemead School District**
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd., Suite 150
Rosemead, CA 91770

1. List **all students** living with you that are attending school using the exact spelling as listed in their school records. If the student is experiencing homelessness, indicate this by placing an "x" in the "homeless" box. Include any personal income received by the student and make an "x" in the correct box for how often it is received.

Student's Last Name	Student's First Name	MI	Homeless	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

If any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs, please write in a case number. If no, go to Step 3.
☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs/ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

☐ **Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)**

Case Number: _____

2. **List the names of all other household members - Enter income (in whole dollars) and check how often it is received. If a household member does not receive income, write 0. If you enter 0 or leave the income sections blank, you are promising there is no income to report.**

Report Income: Earnings from Work (before any deductions) and Public Assistance/Child Support/Alimony

Names of all other household members (do not include students listed above)	Earnings from work (before any deductions)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Report Income Continued: Pensions/Retirement/Social Security (SSI) and Any Other Income Not Already Listed

Names of all other household members (Continued From Above)	Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Any Other Income Not Already Listed	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

3. **Total Household Members** (include all people living in your household): ☐
(Total entered must equal number of household members listed above, a second application may be required if number of household members exceeds empty fields)

4. **Contact Information & Signature – Complete, sign, and return this application to above address:**
I certify (promise) that all information on this application is true, that all income is reported, and that my household does not receive Summer EBT benefits through a different State or Indian Tribal Organization (if applicable). I understand that this information is given in connection with the receipt

of federal or state benefits and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose these benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Household Member	**Adult Household Member Signature**	
Mailing Address	**City, State & Zip Code**	
Email Address	**Daytime Phone Number**	**Date**

5. **Children's Racial and Ethnic Identities (Optional) – We are required to ask for information about your child(ren)'s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your child(ren)'s eligibility for free & reduced-price meals or SUN Bucks.**

   Mark one or more racial identities: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black, or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White

   Mark one ethnic identity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Child Nutrition Eligibility: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot determine eligibility for benefits through the Richard B. Russel National School Lunch Act. The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to determine who qualifies for Summer EBT benefits. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met. Some children qualify for benefits without an application. Please contact your State or ITO to get benefits for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the State or local Agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint web page at

https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue
SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Rosemead School District
Nutrition & Wellness

Non-Discrimination Statement: The Rosemead School District prohibits discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, ethnicity, gender, gender expression, gender identity, immigration status, marital status, national origin, parental status, pregnancy status, race, sex, sexual orientation, or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics.

School Use Only – Do Not Write Below This Line

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.
(Do not convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

If the "Homeless" box is checked, refer to the student(s) records in CALPADS to verify the homeless record(s).

If there is no record of homelessness in CALPADS, refer the household to your LEA's Homeless Liaison to verify their status.

Local Education Agency Approval: ☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless ☐ Income Household

Total Household Size: ☐ Total Household Income: $ ☐

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice Per Month ☐ Monthly ☐ Annual

Application Approved For: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Priced Eligible

Application Denied Because: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Incomplete/Missing Information

☐ Other: _____

Date Notice Sent: _____

Signature of Approving Official: _____ Date: _____

Rosemead School District
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
(626) 312-2913
www.rosemead.k12.ca.us

Ứng dụng phúc lợi phổ quát
Học khu Rosemead

Đơn đăng ký này có thể giúp con bạn đủ điều kiện nhận các lợi ích như EBT / SUN Bucks mùa hè, truy cập internet, đưa đón trường học, v.v. Hỏi khu học chánh của con bạn để tìm hiểu những lợi ích có thể dành cho chúng. Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng nhận bữa ăn miễn phí của học sinh. Bộ An ninh Nội địa Hoa Kỳ và Dịch vụ Nhập tịch và Nhập cư Hoa Kỳ không coi các dịch vụ y tế, thực phẩm và nhà ở là một phần của quyết định gánh nặng xã hội. Do đó, việc nộp đơn đăng ký này sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư của một cá nhân.

Lưu ý: Một thành viên không phải là thành viên trong gia đình có thể được chỉ định làm đại diện được ủy quyền cho mục đích xử lý đơn nếu họ gặp khó khăn trong việc hoàn thành quy trình đăng ký.

Hoàn thành, ký và gửi lại đơn đăng ký này cho: **Rosemead School District**
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd., Suite 150
Rosemead, CA 91770

1. Liệt kê **tất cả học sinh** sống với bạn đang đi học bằng cách sử dụng chính tả chính xác như được liệt kê trong hồ sơ học tập của họ. Nếu học sinh đang trải qua tình trạng vô gia cư, hãy chỉ ra điều này bằng cách đặt một chữ "x" vào ô "người vô gia cư". Bao gồm bất kỳ thu nhập cá nhân nào mà học sinh nhận được và tạo dấu "x" vào ô chính xác cho tần suất nhận được.

Họ của học sinh	Tên của học sinh	MI	Vô gia cư	Ngày sinh	Trường học	Lớp	Sinh viên Thu nhập	Tuần	Hai tuần một lần	2 X Tháng	Nguyệt san
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

Nếu bất kỳ Thành viên Hộ gia đình nào (bao gồm cả bạn) hiện đang tham gia vào một hoặc nhiều chương trình hỗ trợ sau đây, vui lòng ghi số hồ sơ. Nếu không, hãy chuyển sang Bước 3.
☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs/ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

☐ **Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)**

Số trường hợp: _____

2. **Liệt kê tên của tất cả các thành viên khác trong gia đình - Nhập thu nhập (tính bằng đô la) và kiểm tra tần suất nhận được. Nếu một thành viên trong gia đình không nhận được thu nhập, hãy viết 0. Nếu bạn nhập 0 hoặc để trống các phần thu nhập, bạn đang hứa rằng không có thu nhập để báo cáo.**

Báo cáo thu nhập: Thu nhập từ công việc (trước khi khấu trừ bất kỳ khoản khấu trừ nào) và Hỗ trợ Công cộng / Cấp dưỡng Con cái / Cấp dưỡng

Tên của tất cả các thành viên khác trong gia đình (không bao gồm học sinh được liệt kê ở trên)	Thu nhập từ công việc (trước khi khấu trừ bất kỳ khoản khấu trừ nào)	Tuần	Hai tuần một lần	2 X Tháng	Nguyệt san	Hỗ trợ công cộng / cấp dưỡng con cái / Cấp dưỡng	Tuần	Hai tuần một lần	2 X Tháng	Nguyệt san
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Báo cáo Thu nhập Tiếp tục: Lương hưu/Hưu trí/An sinh xã hội (SSI) và bất kỳ thu nhập nào khác chưa được liệt kê

Tên của tất cả các thành viên khác trong gia đình (Tiếp theo từ trên)	Lương hưu/ Nghỉ hưu/ An sinh xã hội (SSI)	Tuần	Hai tuần một lần	2 X Tháng	Nguyệt san	Bất kỳ thu nhập nào khác Chưa được liệt kê	Tuần	Hai tuần một lần	2 X Tháng	Nguyệt san
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

3. **Tổng số thành viên trong hộ gia đình** (Bao gồm tất cả những người sống trong gia đình của bạn): ☐

(Tổng số người đã nhập phải bằng số lượng thành viên trong gia đình được liệt kê ở trên, có thể yêu cầu nộp đơn thứ hai nếu số lượng thành viên trong gia đình vượt quá các trường trống)

4. **Thông tin liên hệ & Chữ ký - Hoàn thành, ký và gửi lại đơn đăng ký này đến địa chỉ trên:**
   Tôi xác nhận (hứa) rằng tất cả thông tin trong đơn đăng ký này là đúng, rằng tất cả thu nhập đều được báo cáo và hộ gia đình tôi không nhận được trợ cấp EBT mùa hè thông qua một Tổ chức Bộ lạc Da đỏ hoặc Tiểu bang khác (nếu có). Tôi hiểu rằng thông tin này được cung cấp liên quan đến việc nhận trợ cấp liên bang hoặc tiểu bang và các quan chức nhà trường có thể xác minh (kiểm tra) thông tin. Tôi biết rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch, con tôi có thể mất những quyền lợi này và tôi có thể bị truy tố theo luật hiện hành của Tiểu bang và Liên bang.

Tên in của thành viên gia đình trưởng thành	**Chữ ký của thành viên gia đình trưởng thành**	
Địa chỉ gửi thư	**Thành phố, Tiểu bang & Mã Zip**	
Địa chỉ email	**Số điện thoại ban ngày**	**Ngày**

5. **Bản sắc chủng tộc và dân tộc của trẻ em (Tùy chọn) - Chúng tôi được yêu cầu cung cấp thông tin về chủng tộc và dân tộc của (các) con bạn. Thông tin này rất quan trọng và giúp đảm bảo chúng tôi đang phục vụ đầy đủ cộng đồng của mình. Trả lời phần này là tùy chọn và không ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của con bạn để nhận các bữa ăn miễn phí và giảm giá hoặc SUN Bucks.**

   Đánh dấu một hoặc nhiều bản sắc chủng tộc: ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc Alaska bản địa ☐ Châu Á ☐ Da đen, hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Hawaii bản địa hoặc người đảo Thái Bình Dương khác
   ☐ Trắng

   Đánh dấu một bản sắc dân tộc: ☐ Người Tây Ban Nha hoặc Latinh ☐ Không phải người Tây Ban Nha hay Latinh

Đủ điều kiện tham gia dinh dưỡng trẻ em: Đạo luật Bữa trưa Quốc gia của Trường học Richard B. Russell yêu cầu thông tin trên ứng dụng này. Quý vị không cần phải cung cấp thông tin, nhưng nếu không, chúng tôi không thể xác định tính đủ điều kiện nhận trợ cấp thông qua Đạo luật Bữa trưa Học đường Quốc gia Richard B. Russel. Đạo luật Bữa trưa Quốc gia của Trường học Richard B. Russell yêu cầu chúng tôi sử dụng thông tin từ đơn đăng ký này để xác định ai đủ điều kiện nhận trợ cấp EBT mùa hè. Chúng tôi chỉ có thể phê duyệt các biểu mẫu hoàn chỉnh. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về tính đủ điều kiện của bạn với các chương trình giáo dục, sức khỏe và dinh dưỡng để giúp họ cung cấp các lợi ích của chương trình cho hộ gia đình của bạn. Thanh tra viên và cơ quan thực thi pháp luật cũng có thể sử dụng thông tin của bạn để đảm bảo rằng các quy tắc của chương trình được đáp ứng. Một số trẻ đủ điều kiện nhận trợ cấp mà không cần đơn đăng ký. Vui lòng liên hệ với Tiểu bang hoặc ITO của bạn để nhận trợ cấp cho trẻ nuôi và trẻ em vô gia cư, di cư hoặc bỏ trốn.

Theo luật dân quyền Liên bang và các quy định và chính sách về quyền công dân của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), USDA, các Cơ quan, văn phòng và nhân viên của USDA và các tổ chức tham gia hoặc quản lý các chương trình của USDA bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, khuyết tật, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, tình trạng gia đình / cha mẹ, thu nhập có được từ chương trình hỗ trợ công cộng, niềm tin chính trị, hoặc trả thù hoặc trả đũa cho hoạt động dân quyền trước đó, trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA thực hiện hoặc tài trợ (không phải tất cả các cơ sở đều áp dụng cho tất cả các chương trình). Các biện pháp khắc phục và thời hạn nộp đơn khiếu nại khác nhau tùy theo chương trình hoặc sự cố.

Người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để biết thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi, chữ in lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với Cơ quan Tiểu bang hoặc địa phương quản lý chương trình hoặc liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Chuyển tiếp Viễn thông theo số 711 (thoại và TTY). Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử của chương trình, hãy hoàn thành Mẫu đơn khiếu nại về phân biệt đối xử của Chương trình USDA, AD-3027, được tìm thấy trực tuyến tại trang web Cách nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử của chương trình tại https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA hoặc viết thư gửi đến USDA và cung cấp trong thư tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu. Để yêu cầu một bản sao của mẫu đơn khiếu nại, hãy gọi (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu hoặc thư đã điền đầy đủ của bạn cho USDA bằng cách:

(1) bưu điện: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue
SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov.

USDA là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng, người sử dụng lao động và người cho vay.

Học khu Rosemead
Dinh dưỡng & Sức khỏe

Tuyên bố không phân biệt đối xử: Học khu Rosemead nghiêm cấm phân biệt đối xử, đe dọa, quấy rối (bao gồm quấy rối tình dục) hoặc bắt nạt dựa trên tổ tiên, màu da, khuyết tật, dân tộc, giới tính, biểu hiện giới tính, bản dạng giới, tình trạng nhập cư, tình trạng hôn nhân, nguồn gốc quốc gia, tình trạng cha mẹ, tình trạng mang thai, chủng tộc, giới tính, khuynh hướng tình dục hoặc liên kết với một người hoặc nhóm có một hoặc nhiều đặc điểm thực tế hoặc nhận thức này.

Chỉ sử dụng ở trường - Không viết dưới dòng này

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.
(Do not convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

If the "Homeless" box is checked, refer to the student(s) records in CALPADS to verify the homeless record(s).

If there is no record of homelessness in CALPADS, refer the household to your LEA's Homeless Liaison to verify their status.

Local Education Agency Approval: ☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless ☐ Income Household

Total Household Size: ☐ Total Household Income: $ ☐

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice Per Month ☐ Monthly ☐ Annual

Application Approved For: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Priced Eligible

Application Denied Because: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Incomplete/Missing Information

☐ Other: _____

Date Notice Sent: _____

Signature of Approving Official: _____ Date: _____

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

STUDENTS WITH FOOD ALLERGIES OR INTOLERANCES

If your child has a food allergy or intolerance, please do the following:

- ☐ Have a licensed physician, physician assistant, or nurse practitioner complete and sign the attached **Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations**
- ☐ Return the completed Medical Statement form to the school office, cafeteria, or Nutrition Services office

Question? Please call Nutrition Services at (626) 312-2900, ext. 254.

ESTUDIANTES CON ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Si su hijo tiene una alergia o intolerancia a los alimentos, haga lo siguiente:

- ☐ Pídale a un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia que complete y firme la Declaración médica adjunta para solicitar comidas especiales y / o adaptaciones
- ☐ Regrese el formulario de Declaración Médica completado a la oficina de la escuela, a la cafetería o a la oficina de Servicios de Nutrición

¿Pregunta? Llame a Servicios de Nutrición al (626) 312-2900, ext. 254.

HỌC SINH CÓ DI ỨNG HOẶC KHÔNG DUNG NẠP THỰC PHẨM

Nếu học sinh có dị ứng hoặc không dung nạp thực phẩm, xin tuân thủ các điều sau đây:

- ☐ Yêu cầu bác sĩ được cấp phép, y sĩ, hoặc y tá thực hành điền và ký vào **Giấy Giám Định Y Khoa Đề Nghị Đồ Ăn và/hoặc Điều Chỉnh Đặc Biệt**
- ☐ Nộp lại Giấy Giám Định Y Khoa cho văn phòng nhà trường, nhà ăn, hoặc văn phòng Bộ Phận Dịch Vụ Dinh Dưỡng

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi hoặc thắc mắc nào, xin vui lòng gọi điện cho Bộ Phận Dinh Dưỡng, theo số (626) 312-2900, ext. 254.

學生對食物過敏或不能忍受

假如貴子弟有食物過敏或不能忍受某些食物，請執行下列事項：

- ☐ 讓有 執照的醫生，醫生助理，或執業護士 填妥並簽署 **健康聲明書以要求特殊的餐飲和/或調適**。
- ☐ 交回填妥的表格給學校辦公室，餐廳，或營養服務部

任何疑問請打電話給營養服務部,(626) 312-2900, ext. 254.

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations

Medical Statement Form		
1. School	**2. Site Name**	**3. Site Phone Number**
4. Name of Child		**5. Age or Date of Birth**
6. Name of Parent/Guardian		**7. Phone Number**
8. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:		
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:		
10. Indicate Food Texture for Above Child: ☐ **Regular** ☐ **Chopped** ☐ **Ground** ☐ **Pureed**		
11. Adaptive Equipment to be Used:		
12. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:		
Foods to Be Omitted	**Suggested Substitutions**	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
13. Signature of Registered Dietitian (RD) or State Licensed Healthcare Professional*		
14. Printed Name	**15. Phone Number**	**16. Date**

*In California, effective April 1, 2025, RDs are permitted to complete and sign a written medical statement for school meal modifications due to a disability. The CDE also permits the following state licensed healthcare professionals to complete and sign a written medical statement for a disability: licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners.

*This form is also considered valid with a certified digital signature.

The information on this form is required to reflect the current medical and/or nutritional needs of the child.

Instructions

1. **School**: Print the name of the school that is providing the form to the parent/guardian.
2. **Site**: Print the name of the site where meals will be served.
3. **Site Phone Number**: Print the phone number of site where meal will be served.
4. **Name of Child**: Print the name of the child to whom the information pertains.
5. **Age of Child**: Print the age of the child. For infants, please use date of birth.
6. **Name of Parent/Guardian**: Print the name of the person requesting the child's medical statement.
7. **Phone Number**: Print the phone number of parent/guardian.
8. **Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected**: Describe how the physical or mental impairment restricts the child's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation**: Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the RD or state licensed healthcare professional.
10. **Indicate Texture**: If the child does not need any modification, check "Regular".
11. **Adaptive Equipment to be Used**: Describe specific equipment required to assist the child with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.).
12. **Foods to be Omitted**: List specific foods that must be omitted.
    Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet.
13. **Signature of RD or State Licensed Healthcare Professional**: Signature of RD or state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
14. **Printed Name**: Print name of RD or state licensed healthcare professional.
15. **Phone Number**: Phone number of RD or state licensed healthcare professional.
16. **Date**: Date RD or state licensed healthcare professional signed the form.

Definitions

Disability means, with respect to an individual, a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual; a record of such an impairment; or being regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means, any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more body systems, such as: neurological, musculoskeletal, special sense organs, respiratory (including speech organs), cardiovascular, reproductive, digestive, genitourinary, immune, circulatory, hemic, lymphatic, skin, and endocrine; or any mental or psychological disorder such as intellectual disability, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disability.

Physical or mental impairment includes, but is not limited to, contagious and noncontagious diseases and conditions such as the following: orthopedic, visual, speech, and hearing impairments, and cerebral palsy, epilepsy, muscular dystrophy, multiple sclerosis, cancer, heart disease, diabetes, intellectual disability, emotional illness, dyslexia and other specific learning disabilities, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Human Immunodeficiency Virus infection (whether symptomatic or asymptomatic), tuberculosis, drug addiction, and alcoholism.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, sitting, reaching, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, writing, communicating, interacting with others, and working; and the operation of a major bodily function.

Major bodily function includes*,* the operation and functions of the immune system, special sense organs and skin, normal cell growth, and digestive, genitourinary, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, cardiovascular, endocrine, hemic, lymphatic, musculoskeletal, and reproductive systems. The operation of a major bodily function includes the operation of an individual organ within a body system.

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf (PDF), from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

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

2. fax:
   833-256-1665 or 202-690-7442; or

3. email:
   program.intake@usda.gov

   This institution is an equal opportunity provider.

Tuyên bố y tế để yêu cầu bữa ăn đặc biệt và/hoặc chỗ ở

Mẫu báo cáo y tế		
1. Trường học	**2. Tên trang web**	**3. Số điện thoại của trang web**
4. Tên của đứa trẻ		**5. Ngày sinh**
6. Tên của phụ huynh / người giám hộ		**7. Số điện thoại**
8. Mô tả về sự suy giảm thể chất hoặc tinh thần của trẻ bị ảnh hưởng:		
9. Giải thích về chế độ ăn kiêng, đơn thuốc và / hoặc chỗ ở:		
10. Chỉ ra kết cấu thức ăn cho trẻ trên: ☐ **Thường xuyên** ☐ **Cắt nhỏ** ☐ **Mặt đất** ☐ **Xay nhuyễn**		
11. Thiết bị thích ứng được sử dụng:		
12. Thực phẩm cần bỏ qua và thay thế thích hợp:		

Thực phẩm nên bỏ qua	**Thay thế được đề xuất**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

13. Chữ ký của Chuyên gia dinh dưỡng đã đăng ký (RD) hoặc Chuyên gia chăm sóc sức khỏe được Tiểu bang cấp phép *		
14. Tên in	**15. Số điện thoại**	**16. Ngày**

*Tại California, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 4 năm 2025, RD được phép hoàn thành và ký vào một bản tuyên bố y tế bằng văn bản về việc sửa đổi bữa ăn ở trường do khuyết tật. CDE cũng cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang sau đây hoàn thành và ký vào bản tuyên bố y tế bằng văn bản về khuyết tật: bác sĩ được cấp phép, trợ lý bác sĩ và y tá hành nghề.

* Biểu mẫu này cũng được coi là hợp lệ với chữ ký số được chứng thực.

Thông tin trên biểu mẫu này được yêu cầu để phản ánh nhu cầu y tế và / hoặc dinh dưỡng hiện tại của trẻ.

Chỉ thị

1. **Trường học:** In tên của trường đang cung cấp biểu mẫu cho phụ huynh/người giám hộ.

2. **Địa điểm:** In tên của địa điểm nơi các bữa ăn sẽ được phục vụ.

3. **Số điện thoại của địa điểm:** In số điện thoại của địa điểm nơi bữa ăn sẽ được phục vụ.

4. **Tên của trẻ:** In tên của đứa trẻ có liên quan đến thông tin.

5. **Tuổi của trẻ:** In tuổi của trẻ. Đối với trẻ sơ sinh, vui lòng sử dụng ngày sinh.

6. **Tên phụ huynh/người giám hộ:** In tên của người yêu cầu khai báo y tế của trẻ.

7. **Số điện thoại:** In số điện thoại của phụ huynh/người giám hộ.

8. **Mô tả về khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần của trẻ bị ảnh hưởng:** Mô tả cách suy giảm thể chất hoặc tinh thần hạn chế chế độ ăn uống của trẻ.

9. **Giải thích về chế độ ăn kiêng theo toa và / hoặc điều chỉnh:** Mô tả một chế độ ăn uống hoặc điều chỉnh cụ thể đã được quy định bởi RD hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang.

10. **Cho biết kết cấu:** Nếu trẻ không cần bất kỳ sửa đổi nào, hãy chọn "Thông thường".

11. **Thiết bị thích ứng sẽ được sử dụng:** Mô tả thiết bị cụ thể cần thiết để hỗ trợ trẻ ăn uống (ví dụ: cốc nhấm nháp, thìa có cán lớn, đồ nội thất có thể sử dụng cho xe lăn, v.v.).

12. **Thực phẩm cần bỏ qua:** Liệt kê các loại thực phẩm cụ thể phải bỏ qua.
    Các sản phẩm thay thế được đề xuất: Liệt kê các loại thực phẩm cụ thể để đưa vào chế độ ăn uống.

13. **Chữ ký của RD hoặc Chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của Tiểu bang:** Chữ ký của RD hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang yêu cầu bữa ăn hoặc chỗ ở đặc biệt.

14. **Tên in:** Tên in của RD hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang.

15. **Số điện thoại:** Số điện thoại của RD hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang.

16. **Ngày:** Ngày RD hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang đã ký vào biểu mẫu.

Định nghĩa

Khuyết tật có nghĩa là, đối với một cá nhân, một khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần hạn chế đáng kể một hoặc nhiều hoạt động chính trong cuộc sống của cá nhân đó; một hồ sơ về sự suy giảm như vậy; hoặc được coi là có khuyết tật như vậy.

Suy giảm thể chất hoặc tinh thần có nghĩa là, bất kỳ rối loạn hoặc tình trạng sinh lý nào, biến dạng thẩm mỹ hoặc mất giải phẫu ảnh hưởng đến một hoặc nhiều hệ thống cơ thể, chẳng hạn như: thần kinh, cơ xương, các cơ quan cảm giác đặc biệt, hô hấp (bao gồm cả cơ quan ngôn ngữ), tim mạch, sinh sản, tiêu hóa, sinh dục, miễn dịch, tuần hoàn, bán cầu, bạch huyết, da và nội tiết; hoặc bất kỳ rối loạn tâm thần hoặc tâm lý nào như khuyết tật trí tuệ, hội chứng não hữu cơ, bệnh cảm xúc hoặc tâm thần và khuyết tật học tập cụ thể.

Suy giảm thể chất hoặc tinh thần bao gồm, nhưng không giới hạn, các bệnh và tình trạng truyền nhiễm và không lây nhiễm như: suy giảm chỉnh hình, thị giác, lời nói và thính giác, và bại não, động kinh, loạn dưỡng cơ, đa xơ cứng, ung thư, bệnh tim, tiểu đường, khuyết tật trí tuệ, bệnh cảm xúc, chứng khó đọc và các khuyết tật học tập cụ thể khác, Rối loạn tăng động giảm chú ý, Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (cho dù có triệu chứng hoặc không có triệu chứng), lao, nghiện ma túy và nghiện rượu.

Các hoạt động chính trong cuộc sống bao gồm, nhưng không giới hạn, chăm sóc bản thân, thực hiện các công việc chân tay, nhìn, nghe, ăn, ngủ, đi, đứng, ngồi, vươn tay, nâng, cúi người, nói, thở, học, đọc, tập trung, suy nghĩ, viết, giao tiếp, tương tác với người khác và làm việc; và hoạt động của một chức năng chính của cơ thể.

Chức năng chính của cơ thể bao gồm, hoạt động và chức năng của hệ thống miễn dịch, các cơ quan cảm giác đặc biệt và da, sự phát triển tế bào bình thường và hệ tiêu hóa, sinh dục, ruột, bàng quang, thần kinh, não, hô hấp, tuần hoàn, tim mạch, nội tiết, bán cầu, bạch huyết, cơ xương khớp và hệ thống sinh sản. Hoạt động của một chức năng chính của cơ thể bao gồm hoạt động của một cơ quan riêng lẻ trong một hệ thống cơ thể.

Tuyên bố không phân biệt đối xử của USDA

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách về quyền công dân của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tình dục), khuyết tật, tuổi tác hoặc trả thù hoặc trả đũa đối với hoạt động dân quyền trước đó.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để có được thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi, bản in lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ), nên liên hệ với cơ quan tiểu bang hoặc địa phương có trách nhiệm quản lý chương trình hoặc Trung tâm TARGET của USDA theo số (202) 720-2600 (thoại và TTY) hoặc liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Chuyển tiếp Liên bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử của chương trình, Người khiếu nại nên hoàn thành Mẫu AD-3027, Mẫu đơn khiếu nại về phân biệt đối xử của chương trình USDA có thể lấy trực tuyến tại: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf (PDF), từ bất kỳ văn phòng nào của USDA, bằng cách gọi (866) 632-9992, hoặc bằng cách viết thư gửi đến USDA. Thư phải có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và mô tả bằng văn bản về hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc đủ chi tiết để thông báo cho Trợ lý Bộ trưởng Dân quyền (ASCR) về bản chất và ngày của một cáo buộc vi phạm quyền công dân. Biểu mẫu hoặc thư AD-3027 đã điền đầy đủ phải được nộp cho USDA bằng cách:

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

2. fax:
   833-256-1665 or 202-690-7442; or

3. email:
   program.intake@usda.gov

   Tổ chức này là một nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

Open to ages 3-4

PRESCHOOL REGISTRATION 2026-2027

ROSEMEAD SCHOOL DISTRICT OFFERS BOTH FULL AND PART TIME DAY PROGRAMS FOR 3 AND 4 YEAR OLD CHILDREN (CHILD MUST TURN 3 BY SEPT. 1, 2026)







WHEN: Begins April 21, 2026

TIME: 8:30am – 3:30pm
Translators will be on site to help from 8:30am – 12:30pm.

LOCATION: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

Please bring the following documents to determine if your family is eligible for the State Preschool Programs:

- Child's birth certificate and siblings' birth certificates
- Proof of family income (pay stubs from the month prior to the application date)
- Immunization record (yellow card)
- Proof of address
- Child Development Services and Eligibility Certificate Form CD9600 (will be provided during enrollment)

Completing the CD9600 application does not guarantee enrollment in the State Preschool Program. You will be notified within 30 days of completing the CD9600 of your eligiblity status.

Contact us now for more details
(626) 312-2900, ext. 235

New enrollment at
https://www.rosemead.k12.ca.us/

2026-2027 Registraciónde Preescolar

Cuando: 21 de abril de 2026
Hora: 8:30 am– 3:30pm
Los traductores estarán en el lugar para ayudar de 8:30 a.m. a 12:30 p.m.
Lugar: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

El Distrito Escolar de Rosemead ofrece programas diurnos de tiempo completo y parcial para niños de 3 y 4 años (el niño debe cumplir 3 años antes del 1 de septiembre de 2026)

Por favor de traer los siguientes documentos para determinar si su familia es elegible para el Programa Preescolar Estatal:

- Certificado de nacimiento del niño y certificados de nacimiento de los hermanos
- Comprobante de ingresos de la familia (talones de pago del mes anterior antes de la fecha de solicitud)
- Cartilla de Vacunación (**tarjeta amarilla**)
- Verificación de domicilio
- Servicios de Desarrollo Infantil y Certificado de Elegibilidad Formulario CD9600 (se proporcionará durante la inscripción)

*Completando la aplicación CD9600 **no** garantiza la inscripción en el Programa Preescolar Estatal. Usted será notificado dentro de 30 días de completar el CD9600 del estatus de su elegibilidad. Para obtener más información, comuníquese con Desarrollo Infantil al 626-312-2900, ext. 235.*

2026-2027 Đăng Ký Lớp Mẫu Giáo

Khi nào: 21 Tháng Tư, 2026
Thời Gian: 8:30 sáng - 3:30 trưa
Phiên dịch viên sẽ có mặt tại chỗ để trợ giúp từ 8:30 sáng - 12:30 trưa
Địa điểm: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

Học khu Rosemead cung cấp cả chương trình toàn thời gian và bán thời gian cho trẻ em 3 và 4 tuổi (Trẻ phải tròn 3 tuổi trước ngày 1 tháng 9 năm 2026)

Đề nghị đem theo các giấy tờ sau để xác định xem liệu gia đình quý vị có hội đủ tiểu chuẩn cho Chương Trình Mẫu Giáo Bang:

- Giấy khai sinh của con và giấy khai sinh của anh chị em ruột
- Bằng chứng về thu nhập của gia đình (cuống phiếu lương của tháng trước trước ngày nộp đơn)
- Sổ tiêm chủng chích ngừa (**thẻ vàng**)
- Xác nhận địa chỉ
- Dịch vụ Phát triển Trẻ em và Chứng nhận Tính đủ điều kiện Mẫu CD9600 (sẽ được cung cấp trong quá trình ghi danh)

*Đơn CD9600 đã điền **không** đảm bảo việc nhập học vào Chương Trình Mẫu Giáo Bang. Quý vị sẽ được thông báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn CD9600 về tình trạng hội đủ tiêu chuẩn của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với Child Development theo số 626-312-2900, máy lẻ. 235.*

2026-2027 學前班註冊

何時: 2026 年 4 月 21 日
時間: 8:30 am– 3:30pm
翻譯人員將於上午 8：30 至中午 12：30 在現場提供協助
地點: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

羅斯米德學區為 3 歲和 4 歲的兒童提供全日制和非全日制日間課程（兒童必須在 2026 年 9 月 1 日之前年滿 3 歲）

- 孩子的出生證明和兄弟姐妹的出生證明
- 家庭收入证明（申请日期前一个月的工资单）
- 疫苗注射記錄 (黃卡)
- 地址證明
- 兒童發展服務及資格證明書 CD9600 （將於報名時提供）

*完成 CD9600 申請表 **並不** 保證可以登記在州立學前班的課程。在完成 CD9600 表格的 30 天內將會通知您是否符合資格。如需更多信息，请致电 626-312-2900，分机号与儿童发展部联系。 235.*