



亲爱的准申请人：

我们很高兴地宣布 2010-2011 学年度 POD 学前教育助学机构(Preschool Open Doors) 现在已开始接受助学补助金申请。本机构旨在提供您学费补助，让您的小孩可以在夏威夷接受学前教育。凡有小孩出生于 2006 或 2007 年的家庭，而且小孩有“特殊需要”（指不符合教育部特别教育计划 DOE 资格者），均可申请。2007 年出生且有特殊需要的小孩，须由指定的医疗/社会服务专业人员填妥并签署特殊群体推荐表 (Special Populations Referral Form)。如果您有兴趣让您的小孩在上幼儿园之前体验学前教育，而您的收入符合要求，请填写随附的申请表。

递交申请并不代表您一定可以得到 POD 学前教育助学金。公开接受申请的期间为 2010 年 3 月 1 日至 2010 年 4 月 30 日，申请表格必须在 2010 年 4 月 30 日或之前邮寄递交。本办公室将在 2010 年 7 月 1 日以邮件方式告知申请人是否符合资格获得补助。如果您的家庭符合资格，援助期间为 2010 年 8 月至 2011 年 7 月或 2010 年 9 月至 2011 年 8 月。您只需找一个学前班将您的小孩报名入学即可。

月总收入限额表

家庭人数	月总收入限额
2	3,179
3	3,927
4	4,675
5	5,423
6	6,171
7	6,312
8	6,452

我们期待收到您的 POD 学前教育助学金申请。如果你对 POD 学前教育助学金有任何疑问，请随时来电洽询。欧胡岛电话: (808)746-5620 或邻岛免费电话: (808)746-5620。谢谢！阿罗哈！

POD 学前教育助学机构 (Preschool Open Doors) 敬上

POD 学前教育助学 (Preschool Open Doors) 是一个 12 个月的项目。一个学年是指本年度 8 月 1 日开始到第二年 7 月底为止。有资格参加 POD 连续两年(第二期)的小孩, 家长必须重新申请第二年 POD 学前教育助学金。

AN EQUAL OPPORTUNITY AGENCY (POD 为平等机会机构)



PATCH
Preschool Open Doors Program
 677 Queen Street, Room 400A
 Honolulu, Hawai'i 96813
 Telephone: 587-5254
 Toll Free: 1-800-746-5620

APPLICATION FOR PRESCHOOL TUITION ASSISTANCE
 学前教育学费补助申请表

请用英文填写

Parent/Guardian: _____
 父母/监护人 Last 姓 First 名 M.I. 中间名

Home Address: _____
 住家地址 No. & Street 号码及街道 City 城市 Island 岛屿 Zip Code 邮政编码

Mailing Address: _____
 (If different from above) No. & Street or P.O. Box 号码及街道或邮政信箱 City 城市 Island 岛屿 Zip Code 邮政编码
 通信地址 (如果与住家地址不同)

Telephone Numbers: _____
 电话号码 Home 家用 Work 公司 Other 其他

CHILD INFORMATION 小孩资料

Complete information on the child for whom you are applying 填写您所申请的小孩资料:

Child's Name: _____ **Child's Date of Birth:** ____/____/____
 小孩姓名 Last 姓 Middle 中间名 First 名 小孩生日 Month 月 Day 日 Year 年

Is the child that you are applying for a foster child? No Yes **If yes, please attach the appropriate documentation.**
 你申请的小孩是收养的吗? 否 是 如果是, 请提供相关文件。

FAMILY INFORMATION 家庭资料

Please completely fill out the following information for each family member now living your home including the **Parent/Guardian** listed above and the **child you are applying for**. Please **do not** list grandparents, aunts, uncles, and/or cousins unless you are the primary caretaker(s) for the child.

请完整填写下列每一个现在住在家里的家庭成员的资料, 包括上述**家长/监护人**和**所申请的小孩**的资料。请勿列出祖父母、姑姨母、伯叔父、或堂表兄弟姐妹的资料, 除非您是小孩的主要抚养人。

FULL NAME 全名			RELATIONSHIP TO CHILD 与小孩的关系	SEX (M or F) 性别 (男 M / 女 F)	BIRTHDATE 生日	MARITAL STATUS 婚姻状况	SOCIAL SECURITY NUMBER 社会安全号码
LAST 姓	MI 中间名	FIRST 名					

List any additional household members on another sheet of paper and attach it to this application.
 另纸列出其他家庭成员资料, 并附在本申请表后。

Total Family Size (Please only count immediate family members): _____
 家庭总人数 (请只计算直系亲属)

SPECIAL POPULATIONS REFERRAL 特殊群体推荐表

If your child has special needs, a Special Populations Referral Form must be completed by an agency representative or health professional. Your child will not be considered a Special Populations Referral without a completed Special Populations Referral Form.

如果你的小孩有特殊需要，须由机构代表或医疗专职人员填写特殊群体推荐表。若没有填妥特殊群体推荐表，您的小孩将不会被视为特殊群体。

FAMILY INCOME 家庭收入

Write the amount of each household member's monthly income in the boxes below
在下面的方格里填写各个家庭成员每月收入金额

Please provide 2 months of supporting documentation for ALL sources of income
请提供 2 个月所有收入来源的文件

Source of Income
收入来源

Parent/Guardian #1 父母/监护人 1

Parent/Guardian #2 父母/监护人 2

Name: _____
姓名

Name: _____
姓名

Amount Per Month 每月金额

Amount Per Month 每月金额

Source of Income 收入来源	Parent/Guardian #1 Name: _____ 姓名	Parent/Guardian #2 Name: _____ 姓名
Wages/Salaries (before deductions) 工资/薪金 (税金扣除前)	Pay Periods: 发薪期 <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) 每周 (每周一次) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) 隔周 (每隔一周一次) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) 半个月 (每月两次) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month) 每月 (每月一次)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
DHS Financial Assistance 公共服务部经济援助	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Net Income from Self-Employment* 自雇纯收入	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Child Support/Alimony 小孩抚养/赡养费	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Social Security/SSI Benefits 社会福利金/SSI 补助金	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Unemployment Insurance 失业保险金	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Worker Comp/ TDI 员工补偿金/临时伤残保险金	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Veterans Benefits 退伍军人福利金	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Other 其他	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)	Pay Periods: <input type="checkbox"/> Weekly (once per week) <input type="checkbox"/> Bi Weekly (every other week) <input type="checkbox"/> Semi Monthly (two times per month) <input type="checkbox"/> Monthly (one time per month)
Total income per person: 各人总收入		

Total Monthly Income for **ALL** household members \$ _____
所有家庭成员每月总收入

VERIFICATION SIGNATURE(S): 签名证词

I hereby certify that all the information contained on this form is true and correct to the best of my knowledge. I submit this application with the understanding that I will give any additional information which may be needed and will allow the Department to verify my statements either with me or through other sources as necessary.

我特此证明, 据我所知, 本申请表中所有资料属实无误。我明白呈交此申请代表我会提交任何可能需要的额外资料, 若有需要, 我也允许公共服务部向我或其他资料来源查询核实我的情况。

I fully understand and accept my responsibility to report changes in my situation including changes in my child care, school/training schedule, income or residence within 10 calendar days. Furthermore, I understand that if I fail to report changes and receive services to which I am not entitled, the amount of overpayment will be collected from me, and I may be prosecuted for fraud.

我完全明白若我的情况有变动, 包括小孩保育、上学/受训日程、收入或住址变动, 我有责任必须在 10 天内呈报。此外, 我明白若不呈报情况变动并接受不符合资格的服务资助, 我须缴回所获得超额的费用, 并可能被起诉欺诈罪。

ELECTRONIC BENEFITS TRANSFER (EBT): I am responsible to report lost, stolen, or misused EBT cards immediately by calling the EBT toll-free customer service telephone number. I understand that there will be no replacement of any benefits accessed with an EBT card prior to the card being reported lost, stolen or misused. I am responsible to report immediately any changes in the status of my alternate payee. I understand there will be no replacement of any benefits accessed by alternate payees or any other individuals using an EBT card and a valid PIN. I understand that for DHS "cash assistance household" accounts, EBT benefits not withdrawn for ninety (90) days will be returned to the State. I understand that benefits that are returned to the State may be used to offset any outstanding debts that are still owed by my household. (HAR 17-681-51 and 17-681-56)

电子福利转账(EBT): EBT 卡遗失、被盗或滥用时, 我有责任立即拨打 EBT 免费顾客服务电话呈报。我明白 EBT 卡遗失、被盗或滥用呈报前的任何福利转账不予补发。我有责任立即呈报代理受款人的任何情况变动。我明白任何代理受款人或其他人使用 EBT 卡和有效密码所收到的福利转账不予补发。我明白使用夏威夷公共服务部的“现金援助家庭”帐户, 90 天内未提取的 EBT 福利将退还州政府。我明白退还州政府的福利金可用来抵消我未偿还的家庭债务。(夏威夷行政法规 HAR 17-681-51 和 17-681-56)

I understand that I have a right to request a case record review and administrative appeal if I do not agree with the Department's decision on my application for services.

我明白我若不服公共服务部给我的申请结果, 我有权提出个案复核和行政申诉。

Applicants Signature: _____
申请人签名

Date: _____
日期

Co-applicant Signature: _____
共同申请人签名

Date: _____
日期

(Signatures are REQUIRED from each parent/guardian living in the home and responsible for the child.)

每个于小孩同住并负责照顾小孩的父母/监护人都必须签名。

Instruction Sheet
Application for Preschool Tuition Assistance

学前教育学费援助申请表
填写说明

请在家长/监护人表栏上填写母亲的名字，除非父亲是唯一抚养人。
若与申请表上的家庭地址不同，务必列出通信地址。

小孩资料

- 请提供您所申请小孩的完整资料，包括小孩的全名和出生日期。
- 若您目前接受任何夏威夷州政府公共服务部（DHS）儿童保健援助，请在正确的方格上打勾。
- 若您所申请小孩是养子女，请注明。
- 若是养子女，请提供相关法律文件(DHS 1591B 表格和 DSSH 1508 表格)。

家庭资料

- 填写各个现住家庭成员的下列资料，包括表格上方已列出的**家长/监护人和申请小孩**资料。
- **不要**列出其他亲属，例如祖父母、姨母、叔父、或表兄弟姐妹，除非他们是小孩的抚养人。
- 务必注明所有家庭成员与**申请小孩**的关系。
- 并列出来各个家庭成员的社会安全号码。

特殊群体推荐

若您所申请小孩有特殊需要，必须由机构代表或医疗专业人员填写**特殊群体推荐表 (SPECIAL POPULATIONS REFERRAL FORM)**。如果没有填妥的**特殊群体推荐表**，您所申请小孩则被视为非特殊群体。详情请参阅随附的**特殊群体推荐表**。

家庭收入

- 在提供的方格里填写**各个**家庭成员每月收入金额。
 - 务必在提供的方格里总计**所有**家庭成员每月总收入金额。
- 请提供所有收入来源相关文件。

自营业

- 如果您是自雇人士，填写随附的两份最近两个月的自雇收入申报表 (**Report of Self-Employment Earnings**)，并提供普通消费税执照 (**General Excise Tax License**) 的副本。如果您有营业费用，必须提供收据副本。

签名证词

- 家长或监护人必须在申请表上签名并注明日期。

Required Documents to Determine Eligibility

资格确认必备文件

下列文件为确认资格必需具备的文件。这些文件的副本须与签署的申请表一并提交。恕不接受传真申请。

请注意：未填写完整的申请表将不被受理，会延迟您的申请进程。

出生证

- 只须提供申请学费援助儿童的出生证明副本。
- 必须是由卫生署出具的出生证。如果您需要申请出生证，请致电 586-4533 卫生署。

社会安全卡

- 提供在申请表家庭资料栏中所列出的家庭成员每一个人的社会安全卡副本。
- 如果您需要申请社会安全卡，请致电社会安全管理局：1-800-772-1213。
(申请社会安全卡需时 2-3 周，因此在收到社会安全卡前，请索取收据连同本申请表一并提交)

家庭收入

工资存根：

- 提供所有家庭成员最近连续两个月（支付日期）(或至少连续 8 个星期)的工资存根副本 (工资存根须注明支付日期)。
- 如果您刚开始新的工作，我们可以接受由您雇主出具的信件，列明您的工作开始日期、时薪、每周工作时数及每月的总收入。
- 每月总收入额决定您是否符合申请资格(军人津贴亦列入计算)。

自营业：

- 如果您是自雇人士，请填写随附的两份最近两个月的自雇收入申报表 (**Report of Self-Employment Earnings**) 每月一份。
- 提供您的普通消费税执照(**General Excise Tax License**)副本。
- 如果您有营业费用必须提供收据副本。

特殊群体推荐表

- 若适用，须由对申请人和/或其家庭情况熟悉的机构代表或医疗专业人员填写特殊群体推荐表 (**Special Populations Referral Form**)。

其他文件

- 提供夏威夷州财政援助金、社会安全福利、社会安全补助金(SSI)、失业保险金、退伍军人福利金、工人补偿金、小孩抚养/赡养费、临时伤残保险金(TDI)证明。

文件清单：

必备文件

- 申请表（签署及注明日期）
- 出生证明
- 社会安全卡
- 工资存根（近两个月）
_____月
_____月

如果适用另备文件

- 特殊群体推荐表
- 自营业表格 (近两个月)
- 其他文件：
姓名 _____
姓名 _____

感谢您对 POD 学前教育助学金(Preschool Open Doors) 计划的关注。请完整填写并签署随附的学前教育学费补助申请表，连同其他所有必备文件一齐寄到：

Preschool Open Doors
Attn: Application Department
677 Queen Street, Room 400A
Honolulu, Hawaii 96813



什么是 POD 学前教育助学金(Preschool Open Doors)?

POD 学前教育助学金是由夏威夷州政府资助的早期幼儿教育与健康项目。POD 帮助家庭支付学费，让小孩可以接受学前教育。

我的小孩为什么需要学前教育?

学前教育可预备你的小孩顺利就读幼儿园，让小孩觉得上学是很有趣的！让孩子学习如何与别人相处，以及如何过团体生活。

POD 将会支付我多少幼儿保健费用?

POD 会以夏威夷州幼儿保健援助准则为基准按比例增减援助金额。援助金额依据家庭人口和收入而定，家庭自己可能每月需要支付部分的费用。

谁有资格申请 POD 援助?

要符合资格，您的家庭必须符合下面的要求：

1. 儿童年龄：申请当年 12 月 31 日前年满 4 岁的特殊群体儿童享有第一优先权。年满 4 岁的儿童享有第二优先权。若资金充裕，一些年满 3 岁的特殊群体儿童也有资格申请。
2. 家庭收入：您的家庭每月总收入（减项与税前）必须符合允许的收入限额。如果您每月总收入小于下面相应家庭人口的所限金额，您就可能有资格申请 POD 学前教育助学金。

家庭人口	总收入限额（可能会有变动）
1	\$2431
2	\$3179
3	\$3927
4	\$4675
5	\$5423

优先权列表

下列幼儿可享有优先权：

1. 申请当年 12 月 31 日前年满 4 岁、有资格获得特殊群体推荐、有特殊需要的幼儿。
2. 申请当年 12 月 31 日前年满 4 岁。
3. 申请当年 12 月 31 日前年满 3 岁、有资格获得特殊群体推荐、有特殊需要的幼儿。

特殊群体推荐或有特殊需要的儿童如下：

- 卫生部门界定的“有环境风险”的儿童
- 无家可归的儿童
- 英语水平有限和父母母语为非英语的儿童
- 申请教育部特殊教育计划(DOE)而不符合资格者

Report of Self-Employment Earnings

自雇收入申报表

I. Client Name 申请人姓名: _____

Client Address 申请人地址: _____

POD 地址: 677 Queen Street, Room 400A, Honolulu, HI 96813

Case Worker 个案经办人: _____ Phone 电话: _____

Please answer all questions for _____ [month/year], sign, date and return the form to your Case Manager by _____ [suspense date] submit appropriate verification for all questions marked with an asterisk (*)

请回答所有有关 _____ (月/年)的问题、签署、注明日期并在 _____ (日期) 前将表格交回你的个案负责人, 提供全部有星号 (*) 标注问题的相关证明。

Self-Employed Person 自雇人姓名: _____ Name of Business 商业名称: _____

Nature of Business 业务性质: _____ Principal Place of Business 主要营业地点: _____

II. Answer the following questions by placing a check (✓) mark in one of the two blocks after the questions. Based on your responses, determination will made as to whether or not you meet the conditions of a self-employed person.

回答下列问题, 在问题后的是否栏上选一打勾 (✓)。你的回答将用来判定你是否符合自雇条件。

	<u>Yes</u>	<u>No</u>
1. I cannot be discharged from my job by someone else. 我不可能被其他人解雇。	___	___
2. I am not an employee of an agency or organization. 我不是一个机构或组织的雇员。	___	___
3. I report income to the IRS as a self-employed person. 我向国税局申报自雇人士收入。	___	___
4. I report income to the State of Hawaii as a self-employed person. 我向夏威夷州申报自雇人士收入。	___	___
(*) 5. I am subject to self-employment Social Security taxes. 我得申报自雇人士社会保障税。	___	___
(*) 6. I pay employer and employee's share of Social Security taxes as a self-employed person (Answer only if you have employees.) 我缴纳自雇雇主和雇员的社会保障税 (若有雇员才需回答)	___	___
7. I have a valid current State of Hawaii General Excise License. 我有夏威夷州普通消费税有效执照。	___	___

Note: The business is not considered self-employment if it is a corporation. If you are an owner, i.e., stock or shareholder of a corporation, submit verification of the total value of your stock or share and your monthly dividend amount.

注意：如果你经营的是股份公司，就视为非自雇职业。如果你是股份公司所有者，例如股东，则须提供你的股票或股份总值和每月红利金额。

(* IV. Gross Self-Employment Income 自雇总收入..... \$ _____

Business Expenses 营业支出:

Note: do not list personal expenses and taxes that you pay on your net income, i.e., self-employment or Social Security, Federal, State. However, if you have employees, list the salary, types and amounts of taxes you pay on their behalf in this section. (You cannot be an employee of your business).

注意：不要列出你的个人开支和纯收入所得税，例如自雇或社会保障税、联邦税、州税。但是，如果你有雇员，列出雇员工资以及为他们代缴税项的类型和金额。（你不能视自己为雇员）。

(* General Excise License Fee 普通消费税执照费 \$ _____

(* General Excise Tax 普通消费税

(_____)% of gross income 总收入% \$ _____

(* Other (list business expenses) 其他 (列出营业支出):

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Less Total Expenses 减去总支出 \$ _____

NET EARNED INCOME 纯收入 \$ _____

Signature 签名

Date 日期

Special Population Referral

特殊群体推荐表

Please have a health professional or agency representative complete only ONE section that applies to your child. A health professional or agency representative must be the one to complete the appropriate section.

请找医疗专业人员或机构代表填写与您小孩相关的表栏，只填一栏。该栏必须由医疗专业人员或机构代表亲自填写。