



早期学习行政办公室
公立幼儿园计划

申请

2024-2025学年



申请资料包

2024-2025年入学

向您有意向加入的每所学校提交一份完整申请表。



O'ahu

'Aiea	Likelike
* 'Āina Haina	Linapuni
* Ala Wai	Lincoln
*Alvah Scott	*Leihōkū
*Benjamin Parker	Nānāikapono
**Blanche Pope	Nānākuli
Fern	*Noelani
*Hahaione	Pālolo
Hale'iwa	*Pearl City
Honowai	*Pearl Harbor Kai
*'Iliahi	*Prince Jonah Kūhiō
*Ka'ala	Pu'uhale
Ka'ewai	*Red Hill
*Kahala	*Solomon
Kailua	Sunset Beach
*Kainalu	Wahiawā
Kalihi Uka	Waiāhole
Kapālama	Wai'anae
*Kauluwela	Waialua
Keolu	Waimānalo
*Koko Head	
*Lanakila	
*Leihōkū	



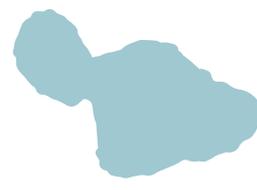
Hawai'i

Chiefess Kapi'olani
Hilo Union
Hōnaunau
Honoka'a
Ho'okena
*Kahakai
Kea'au
Keonepoko
Kohala
Konawaena
Mountain View
Nā'ālehu
* Pa'auilo
Pāhoa
*Waimea



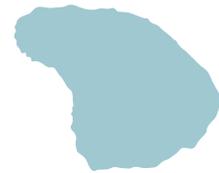
Kaua'i

'Ele'ele
*Kapa'a
Kekaha
Kilauea



Maui

*Ha'ikū
Hāna
Kīhei
*King Kamehameha III
Kula
Pukalani
* Princess Nahi'en'aena
Wailuku



Lāna'i

**Lāna'i



Moloka'i

Kaunakakai
Kilohana
*Maunaloa

*表示2024-2025学年的新学校。

**表示同时提供EOEL英语和EOEL Hawaii语幼儿园课程。

资格要求和申请信息

2024-2025学年



感谢您对“EOEL公立幼儿园计划”的关注。请阅读以下信息，了解该计划的资格要求、申请要求以及接收和注册程序。

我的孩子是否有资格参加该计划？

儿童在当前学年7月31日（含）之前必须年满三岁或四岁。2024-2025学年，2019年8月1日（含）- 2021年7月31日（含）之间出生的儿童有资格参加。除年龄要求外，请参阅该计划的优先接受部分。

何时可以提交申请？

自2024年3月1日起可以向学校提交申请。请注意，必须完整提交所有申请后才能接受资格考量。不完整的资料包将被退回，且必须重新提交完整资料。

每间教室内有多少名儿童？

每班注册的最多学生人数取决于教室空间的平方英尺数。但是，每班最多不超过20名学生。（班级规模可能会根据意外情况引发的儿童和工作人员健康和安全管理需求而有所变化。请咨询所申请的学校获得任何更新信息。）

由于名额有限，我们建议各家庭尽早提交完整填写的申请和所需文件。

我应该向哪所学校提交申请和所需文件？

请填写随附申请并连同所需文件一并提交到希望孩子就读的学校。随附一份学校名单。

“EOEL公立幼儿园计划”无地理排他性。但是，我们将首先考虑申请**家庭所属学校的学生**。就是居住在学校地理边界范围内的儿童。请联系最近的学校，了解您家是否位于该校涵盖区域内。

我需要向学校提交哪些资料？

一个完整资料包包含有“**申请清单**”中所列出的所有文件。如果未包含所有必需文件，申请将不被接受。**另外，请在每个资料包中附上一个邮资已付的回邮信封。**

儿童如何获得计划参与资格？

除年龄要求外，我们会优先考虑以下情况，包括但不限于：

- 符合《**残疾人法案**》(IDEA) 规定接受**特殊教育**服务，但要求接受普通教育的儿童；
- **将英语作为第二语言学习**的儿童；
- **寄养儿童**；
- 无家可归或者无稳定居住状态的儿童；（参阅下一页无家可归者定义）
- 每年/每月的**家庭总收入等于或低于300%**的联邦贫困线，或者接受“**贫困家庭临时援助计划 (TANF)**”以及“**补充营养援助计划 (SNAP)**”的家庭。（参阅下一页的收入指南表）；
- **存在一些风险可能影响其学习和发育的儿童。**

*家庭收入资格指南

家庭规模	每月总收入上限*	每年总收入上限
2	\$5,875	\$70,500
3	\$7,422	\$89,070
4	\$8,970	\$107,640
5	\$10,517	\$126,210
6	\$12,065	\$144,780
7	\$13,612	\$163,350
8	\$15,160	\$181,920
9	\$16,707	\$200,490
10	\$18,225	\$219,060

*自2024年1月起，Hawaii州联邦贫困线（FPG）的300%。

哪些情况被视为“无家可归”？

“无家可归”指个人缺乏固定、定期和适当的夜间住所（USCS第42节第§11302（a）（1）条定义范围内），**包括：**

露宿：晚上没有固定的住宿地点，以及住在露营地、汽车、海滩/公园、废弃建筑物、街道或任何其他不适合居住的空间内。

庇护所：住在紧急性、过渡性或家庭暴力庇护所。

酒店/汽车旅馆：因缺乏其他合适住所而住在酒店或汽车旅馆内，不包括为等待住房的军人临时提供的住处。

同住：由于失去住房或经济困难，暂时与家人或其他人员住在一起。

如果该计划接收了我的孩子，那么学校时间表是什么？

“EOEL公立幼儿园计划”课堂日程表根据DOE学年教学计划进行安排，并与幼儿园全天日程保持一致。通常情况下，大多数学校的上课时间为上午8:00开始，下午2:00结束。如需了解更多具体时间，请联系所申请的学校。

是否有课前班和课后班？

目前，进入“EOEL公立幼儿园计划”的儿童没有资格参加DOE为K-5/6年级学生提供的学前班或课后班。

是否有DOE校车交通服务？

目前，进入“EOEL公立幼儿园计划”的儿童没有资格获得DOE为K-5/6年级学生提供的校车交通服务。

优先类别及家庭所属学校申请日期

3月1日 - 5月31日：家庭所属学校地理区域内的优先类别

6月1日 - 9月30日：优先类别

10月1日 - 学年结束：开放注册

- 3月1日-5月31日期间，由位列优先类别且居住在学校所属地理区域内的学生提交入学申请。我们将于6月份第一周发送通知。
- 6月1日-9月30日期间，由位列优先类别并居住在任何地理区域内的学生提交入学申请（待定）。我们将于10月份第一周发送通知。
- 10月1日-学年结束，申请人按申请提交时间顺序进行注册（待定）。我们会在申请受理时发送通知。

学校将向家长/法定监护人发送录取通知书或拒绝通知书。录取通知书将指导家长/法定监护人在学校办公室为其子女注册。您必须在儿童首日上学之前完成并提交所需的学校注册表。

为儿童和家庭提供支持的其他计划

EARLY HEAD START

“Early Head Start (EHS)”是联邦政府资助的计划，为符合收入条件的儿童提供全面的健康、教育、家庭支持和家庭参与相关服务和资源。

EHS计划为孕妇、婴幼儿及其家庭提供相关服务。每日在教室內（半天或全天）或通过每周家访提供服务。

向家庭免费提供半日制计划（上午8点-下午2点）以及价格低廉的全日制计划。有特殊需要的儿童以及寄养儿童或无家可归儿童在EHS中享有优先权。

YOUR 'OHANA计划

“Your 'Ohana”计划是免费且自愿的家访计划，为您和家人提供健康、儿童发育和入学准备方面的支持。了解如何通过训练有素专业人员的定期访问，引导您获得家庭福祉。

“Your 'Ohana”计划为孕妇、0-5岁儿童及其家人提供相关服务。

“Your 'Ohana”计划为居住在以下邮编区域的家庭提供服务。O'AHU、Hawai'i岛、Maui县和Kaua'i岛的居民可在线获取详细的服务区域

地图	邮编区域（斜体表示部分涵盖区域）。
O'ahu	市中心/Kalihi: 96817, 96819 Wahiawā: 96786, 96789, 96857 Wai'anae: 96792
Maui	96732, 96753, 96779, 96793
Hawai'i岛	E. Hawai'i: 96710, 96720, 96728, 96749, 96760, 96771, 96778, 96781, 96783, 96785 W. Hawai'i: 96704, 96725, 96726, 96740, 96750
Kaua'i	96705, 96741, 96756, 96765
Moloka'i	96729, 96748, 96757, 96770
Lāna'i	96763

有关“Your 'Ohana”计划的更多信息（包括联系方式和资格信息），请访问“Your 'Ohana”网站，然后单击“立即注册”。您还可以在EOEL网站上查询其他价格低廉或免费的幼儿发育和学习计划的相关信息。

申请清单

用于家长/法定监护人（2024-2025学年）

_____ 从任何一所“EOEL公立幼儿园计划”学校获取“申请资料包”副本，或者网页下载。从“EOEL公立幼儿园计划”网页“<http://earlylearning.hawaii.gov>”上下载申请表

_____ 了解您是否正在申请家庭所属学校。如果不确定，请联系该学校，了解您是否居住在学校涵盖的地理边界内。如果是，请询问学校接受哪些居住证明文件。复印每份文件。

_____ 复印以下任一（1）年龄证明文件：

- **出生证明**，州卫生部签发的正式副本（不接受医院文件和摘要）
- 或者 **护照**

_____ 填写并附上《资格确定调查问卷MV1表》。

_____ 复印以下针对每位家长/法定监护人的任一（1）证明文件。请注意，申请“EOEL公立幼儿园计划”的家庭必须为申请表中所列出的每位家长/法定监护人提交相关财务文件。

- 已签名的《2023年联邦所得税申报表，1040表（2页）》（请去除所有社会保险号）。
- 公众服务部（DHS）1463表（《信息索取表》）
- “补充营养援助计划”（SNAP）和/或“贫困家庭临时援助（TANF）”福利认证。
- DHS出具官方文件，对您可能已经领取的SNAP和/或TANF福利资格进行确认。
- 社会保障局（SSA）出具的《福利认证函》，以显示符合“补充性保障收入”（SSI）资格。该信函有时被称为“预算函”、“福利函”、“收入证明函”，或者“奖励证明函”。
- “公众服务部”出具的寄养证明。

_____ 完整填写的申请表。

_____ 请为每一份申请附上一个邮资已付的回邮信封。

_____ 向申请学校提交一份完整的资料包（其中包括一份已完成，已签署和已注明日期的申请以及所有所需资料的副本）。

《计划资格通知函》将寄发至申请表所列地址。

请确保提交已填妥并签署姓名和日期的申请表。

不完整的申请表将被退回，且必须重新提交完整资料。

存在疑问？请联系所申请的学校，或者致电808-784-5350或发送电邮至“EOEL.Info@eoel.hawaii.gov”联系EOEL。



早期学习行政办公室 (EOEL) 公立幼儿园 计划申请表 2024-2025学年

年龄资格和优先类别

儿童在当前学年7月31日（含）之前必须年满三岁。

2024-2025学年，儿童的出生日期必须在2019年8月1日-2021年7月31日之间。

我们会优先考虑具备以下一项或多项条件的儿童。

确定您认为适用于您本人和您孩子情况的优先类别。

请注意，您需要提供其他文件。

请勾选所有适用项：

- 通过个性化教育计划被安置在普通教育环境中的儿童；
- 将英语作为第二语言学习的儿童；
- 寄养儿童；
- 无家可归或者无稳定居住状态的儿童；
- 每年/每月的家庭总收入等于或低于300%的联邦贫困线，或者接受“贫困家庭临时援助计划（TANF）”以及“补充营养援助计划（SNAP）”的儿童；
- 存在一些风险可能影响其学习和发育的儿童。

请随意提供您希望在申请审核时加以考虑的其他信息。

所需文件

为进入申请处理程序而必须提供的文件。

- 1.完整填写且附带家长/法定监护人签名的EOEL申请表。
- 2.儿童/申请人的出生证明或护照。
- 3.无家可归或无稳定住房：请填写《资格确定调查问卷MV1表》
- 4.带有普通教育安置计划的IDEA服务（特殊教育）。请通知学校办公室，让其向EOEL提供相应文件。
- 5.寄养服务：“公众服务部”出具的文件。
- 6.所列每位家长/法定监护人的收入文件：已签名的《2023年联邦所得税申报表1040表》（2页），或者DHS认证文件。寄养父母无需提供收入证明。
- 7.收养或法律监护：法律文件以及可能的其他文件。
- 8.存在其他风险情况：可能需要其他文件。请联系您的学校办公室。

如有可能，请用英文填写该申请表

儿童信息

儿童相关信息

申请学校的名称

儿童的法定

姓名出生日期

性别

儿童的母语是什么？

家庭中最常用语言是什么？

儿童最常使用的语言是什么？

居住地址

号码和街道，
城市/州/邮政编码

邮寄地址（如有不同）

第一家长/法定监护人

对该儿童负责的第一家长/法定监护人信息。

第一家长/法定监护人法定姓名

与该儿童的关系：

婚姻状态

单身 已婚 离婚 分居 丧偶

家长 监护人 寄养人

其他

就业状态：

就业 失业

居住地址

号码和街道，
城市/州/邮政编码

邮寄地址（如有不同）

家庭电话号码

手机号码

其他电话号码

电子邮件地址

第二家长/法定监护人

对该儿童负责的第二家长/法定监护人信息。

第二家长/法定监护人法定

与该儿童的关系：

婚姻状态

单身 已婚 离婚 分居 丧偶

家长 监护人 寄养人

其他

就业状态：

就业 失业

居住地址

号码和街道，
城市/州/邮政编码

邮寄地址（如有不同）

家庭电话号码

手机号码

其他电话号码

电子邮件地址

Early Head Start服务

2岁以内幼儿的妈妈和准妈妈

我有意接受为我的婴儿/幼儿和/或我本人提供的“Early Head Start”服务。

备注：“Early Head Start”不是EOEL公立幼儿园计划的一部分。它由联邦政府资助并由私人机构运营，以低廉或免费价格为家庭提供服务。勾选以上选框表明我同意与“Early Head Start”分享我的联系信息。

Your “Ohana”计划（家访）

5岁以内幼儿的妈妈和准妈妈

我有意参加为我的家人、小孩儿和/或我本人提供的“Your “Ohana”计划”。

备注：“Your “Ohana”计划不是“EOEL公立幼儿园计划”的一部分。这些计划由卫生部支持，向家庭免费提供服务。勾选以上选框表明我同意与“Your Ohana”计划分享我的联系信息。

在此签名（必需）

请阅读后在申请表上签署姓名和日期

本人特此证明，本申请和支持文件中所提供的信息据本人所知完整且真实无误。我同意按要求提供其他信息和文件以完成此申请。

第一家长/法定监护人签名

日期

第二家长/法定监护人签名

日期

如有可能，请用英文填写该申请表

示例： 联邦所得税申报表-1040表

当您一并提交申请表和1040表时：

请从视图中去掉所有社会安全号。

提交已签名的《2023年联邦所得税申报表-1040表》的所有页面（如图所示的2页）

只接受已签名的《2023年联邦所得税申报表-1040表》（共2页）。

提交给学校的已签名并注明日期的文件副本。

如果为共同提交，则父母双方/法定监护人必须同时在此签名。

Form 1040	Department of the Treasury—Internal Revenue Service U.S. Individual Income Tax Return 2023	OMB No. 1545-0047	IRS Use Only—Do not write or staple in this space
For the year Jan. 1-Dec. 31, 2023, or other tax year beginning _____, 2023, ending _____, 20		See separate instructions.	
Your first name and middle initial	Last name	Your social security number	
If joint return, spouse's first name and middle initial	Last name	Spouse's social security number	
Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions.		Apt. no.	Presidential Election Campaign Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to this fund. Checking a box below will not change your tax or refund. <input type="checkbox"/> You <input type="checkbox"/> Spouse
City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below.		State	
Foreign country name		Foreign province/state/country	Foreign postal code
Filing Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married filing jointly (even if only one had income) <input type="checkbox"/> Married filing separately (MFS) <input type="checkbox"/> Qualifying surviving spouse (QSS) <input type="checkbox"/> Your spouse as a dependent If you checked the MFS box, enter the name of your spouse. If you checked the HOH or QSS box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent.			
Digital Assets At any time during 2023, did you: (a) receive (as a reward, award, or payment for property or services); or (b) sell, exchange, or otherwise dispose of a digital asset (or a financial interest in a digital asset)? (See instructions.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Standard Deduction Someone can claim: <input type="checkbox"/> You as a dependent <input type="checkbox"/> Your spouse as a dependent <input type="checkbox"/> Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien			
Age/Blindness You: <input type="checkbox"/> Were born before January 2, 1959 <input type="checkbox"/> Are blind <input type="checkbox"/> Spouse: <input type="checkbox"/> Was born before January 2, 1959 <input type="checkbox"/> Is blind			
Dependents (see instructions): If more than four dependents, see instructions and check here <input type="checkbox"/>			
(1) First name	Last name	(2) Social security number	(3) Relationship to you
		(4) Check the box if qualifies for (see instructions):	
		Child tax credit	Credit for other dependents
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Income Attach Form(s) W-2 here. Also attach Forms W-2 and 1099-R if tax was withheld. If you did not get a Form W-2, see instructions.			
1a	Total amount from Form(s) W-2, box 1 (see instructions)		1a
1b	Household employee wages not reported on Form(s) W-2		1b
1c	Tip income not reported on line 1a (see instructions)		1c
1d	Medicaid waiver payments not reported on Form(s) W-2 (see instructions)		1d
1e	Taxable dependent care benefits from Form 2441, line 26		1e
1f	Employer-provided adoption benefits from Form 8839, line 29		1f
1g	Wages from Form 9819, line 6		1g
1h	Other earned income (see instructions)		1h
1i	Nontaxable combat pay election (see instructions)		1i
2	Add lines 1a through 1h		2
2a	Tax-exempt interest	2a	2b
3a	Qualified dividends	3a	3b
4a	IRA distributions	4a	4b
5a	Pensions and annuities	5a	5b
6a	Social security benefits	6a	6b
c If you elect to use the lump-sum election method, check here (see instructions) <input type="checkbox"/>			
7	Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here		7
8	Additional income from Schedule 1, line 10		8
9	Add lines 1c, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your total income		9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26		10
11	Subtract line 10 from line 9. This is your adjusted gross income		11
12	Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A)		12
13	Qualified business income deduction from Form 8995 or Form 8995-A		13
14	Add lines 12 and 13		14
15	Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-. This is your taxable income		15

Form 1040 (2023)		Page 2
Tax and Credits	16 Tax (see instructions). Check if any from Form(s): 1 <input type="checkbox"/> 6814 2 <input type="checkbox"/> 4972 3 <input type="checkbox"/> 17 Amount from Schedule 2, line 3 18 Add lines 16 and 17 19 Child tax credit or credit for other dependents from Schedule 8812 20 Amount from Schedule 3, line 8 21 Add lines 19 and 20 22 Subtract line 21 from line 18. If zero or less, enter -0- 23 Other taxes, including self-employment tax, from Schedule 2, line 21 24 Add lines 22 and 23. This is your total tax	
Payments	25 Federal income tax withheld from: a Form(s) W-2 b Form(s) 1099 c Other forms (see instructions) d Add lines 25a through 25c 26 2023 estimated tax payments and amount applied from 2022 return 27 Earned income credit (EIC) 28 Additional child tax credit from Schedule 8812 29 American opportunity credit from Form 8863, line 8 30 Reserved for future use 31 Amount from Schedule 3, line 15 32 Add lines 27, 28, 29, and 31. These are your total other payments and refundable credits 33 Add lines 25d, 26, and 32. These are your total payments	
Refund	34 If line 33 is more than line 24, subtract line 24 from line 33. This is the amount you overpaid 35a Amount of line 34 you want refunded to you . If Form 8888 is attached, check here b Routing number c Type: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings d Account number 36 Amount of line 34 you want applied to your 2024 estimated tax	
Amount You Owe	37 Subtract line 33 from line 24. This is the amount you owe . For details on how to pay, go to www.irs.gov/Payments or see instructions. 38 Estimated tax penalty (see instructions)	
Third Party Designee	Do you want to allow another person to discuss this return with the IRS? See instructions. <input type="checkbox"/> Yes. Complete below. <input type="checkbox"/> No	
Sign Here	Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete. Declaration of preparer (other than taxpayer) is based on all information of which preparer has any knowledge.	
Your signature Joint return? See instructions. Keep a copy for your records.	Date Spouse's signature, if a joint return, both must sign.	Your occupation Spouse's occupation
John Doe Jane Doe	03/01/24 03/01/24	If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) If the IRS sent your spouse an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.)
Phone no.	Email address	
Paid Preparer Use Only	Preparer's name Preparer's signature Firm's name Firm's address	Date PTIN Phone no. Firm's EIN
Go to www.irs.gov/Form1040 for instructions and the latest information.		Form 1040 (2023)

示例：
社会保障局福利认证函

请注意：“补充保障收入 (SSI)”仅用于认证
优先类别之目的。

Sample Online Benefit Verification Letter



Social Security Administration

Date: January 30, 2013
Claim Number: XXX-XX-0000A

JANE DOE
456 ANYWHERE AVENUE
MAINTOWN, USA 11111-1111

You asked us for information from your record. The information that you requested is shown below. If you want anyone else to have this information, you may send them this letter.

Information About Current Social Security Benefits

Beginning December 2012, the full monthly Social Security benefit before any deductions is \$223.90.
We deduct \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment is \$223.00.
(We must round down to the whole dollar.)

Social Security benefits for a given month are paid the following month. (For example, Social Security benefits for March are paid in April.)

Your Social Security benefits are paid on or about the fourth Wednesday of each month.

Information About Past Social Security Benefits

From December 2011 to November 2012, the full monthly Social Security benefit before any deductions was \$220.70.
We deducted \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment was \$220.00.
(We must round down to the whole dollar.)

Type of Social Security Benefit Information

You are entitled to monthly retirement benefits.

Date of Birth Information

The date of birth shown on our records is May 29, 1949.

If You Have Any Questions

If you have any questions, you may call us at 1-800-772-1213, or call your local Social Security office at 800-000-0000. We can answer most questions over the phone. You can also write or visit any Social Security office. The office that serves your area is located at:

SOCIAL SECURITY
123 MAIN STREET
MAINTOWN, USA 11112-1111

If you do call or visit an office, please have this letter with you. It will help us answer your questions.

Social Security Administration



Securing today
and tomorrow

Social Security Administration
Publication No. 05-10552 | ICN 463256 | Unit of Issue — HD (one hundred)
August 2017 (March 2016 edition may be used)
The Fastest Way to Verify Social Security and Supplemental Security Income Benefits
Produced and published at U.S. taxpayer expense