

ပါဝင်သူ စွန့်လွှတ်ကခြင်းတရားဝင်စာ

(ကျေးဇူးပြုပြီး မင်္ဂလာသို့မဟုတ် မင်္ဂလာပွဲအတွက် ပြင်ဆင်မှုအတွက် ဖော်ပြပေးပါ)



လူငယ် ပါဝင်သူ (လူငယ်နှင့် ကလေးများအတွက်သာ)

ပါဝင်သူ အမည်အစာလုံး: ကျား/မ- ကျား မ လိင်ပွား (ကျား) လိင်ပွား (မ) လိင်မရှိဆုံးရှုံးသူ အခြား မဖော်ပြပါ

အရွယ်ရောက်ပြီးသော ပါဝင်သူ သို့မဟုတ် မူလအုပ်ထိန်းသူ အိမ်ထောင်စု ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်

မူလအုပ်ထိန်းသူ/အရွယ်ရောက်ပြီးသော ပါဝင်သူ အမည်အစာလုံး: ကျား/မ- ကျား မ လိင်ပွား (ကျား) လိင်ပွား (မ) လိင်မရှိဆုံးရှုံးသူ အခြား မဖော်ပြပါ

မွေးသက္ကရာဇ်: အိမ်ထောင်စု စာပိုလိပ်စာ: မြို့: ပြည်နယ်: စာပိုသင့်ကတေ

အိမ်ဖုန်း: အလုပ်ဖုန်း: ဆဲလ်ဖုန်း: ဆယ်လူလာ ဖြည့်ဆည်းဆောင်ရွက်ပေးသ

သင်၏ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ်ကို ဖော်ပြပေးခြင်းဖြင့် သင်သည် အကျိုးအမြတ်အရရှိရန်အတွက် အလုပ်ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ထိုဖုန်းနံပါတ်ထံ ဆက်သွယ်ခြင်းကို သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ထံ ဖုန်းဖြင့် အသံသွင်းထားသော မက်ဆေ့ချ်များဖြင့် အလိုအလျောက် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုကိုရယူမှုကို အသုံးပြုပါမည်။ သို့မဟုတ် စာသားမက်ဆေ့ချ်ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် စံထားသော ဒေတာနှင့်ထားများ ကျသင့်နိုင်ပါသည်။

ဒုတိယအုပ်ထိန်းသူ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်

ဒုတိယအုပ်ထိန်းသူ အမည်အစာလုံး: ကျား/မ- ကျား မ လိင်ပွား (ကျား) လိင်ပွား (မ) လိင်မရှိဆုံးရှုံးသူ အခြား မဖော်ပြပါ

အိမ်ဖုန်း: အလုပ်ဖုန်း: ဆဲလ်ဖုန်း: ဆယ်လူလာ ဖြည့်ဆည်းဆောင်ရွက်ပေးသ

ဒုတိယအုပ်ထိန်းသူသည်အထက်ပါအတိုင်းတူညီသောအိမ်ထောင်စုတွင်နေထိုင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် (မဟုတ်ပါက ဒုတိယအုပ်ထိန်းသူအိမ်ထောင်စုစာပိုလိပ်စာကိုဖော်ပြပါ)

အိမ်ထောင်စု စာပိုလိပ်စာ: မြို့: ပြည်နယ်: စာပိုသင့်ကတေ

ကျေးဇူးပြုပြီး မူလအုပ်ထိန်းသူနှင့် ဒုတိယအုပ်ထိန်းသူမဟုတ်သော အရေးပေါ်အဆက်အသွယ်များကို ဖော်ပြပေးပါ

| အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန် အမည် | တစ်စပ်ပုံ | အိမ်ဖုန်း: | အလုပ်ဖုန်း: | ဆဲလ်ဖုန်း: | လာကျိနှင့် ပြုမပြု |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|------------|--|
| | | | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအချက်အလက်

1. အစားအစာ/ဆေးဝါးများ၊ အင်းဆက်ကိုက်ခြင်း၊ အဆိပ်ရှိနွယ်ပင်/အခြားအပင်များ၊ စသည်တို့နှင့် ဓာတ်မတည့်ကခြင်း သိရှိထားမှုမျိုး ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် (ရှိပါက၊ အောက်တွင်ဖော်ပြပေးပါ) _____

(လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာကို ထပ်ထည့်နိုင်ပါသည်။)
2. နာမကျန်းမှုများရှိခြင်းကို သိရှိထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် (သိရှိထားပါက၊ ကျေးဇူးပြုပြီး အောက်တွင်ဖော်ပြပေးပါ) _____

3. ပရိုဂရမ်/လုပ်ဆောင်ချက်တွင် ပါဝင်ရန်အလို့ငှာ လုပ်ဆောင်ချက်များကို ကန့်သတ်ထားနိုင်သော သို့မဟုတ် အထူးစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်ချက်ရှိနေသော ခန့်ခွဲမှုဆိုင်ရာအခြေအနေတစ်ခုခုကို ဖော်ပြပါ- _____

4. လူငယ်နှင့် ကလေးများအတွက်သာ- ပါဝင်သူသည် ပရိုဂရမ်အချိန်များအတွင်းတွင် ဆေးညွှန်းပေးဆေးဝါးကို လိုအပ်ပါသလား။ ပရိုဂရမ်သည် 1 နာရီထက်ပို ရပါမည်။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက၊ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ခွင့်ပြုချက်ဖောင်ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

အသုံးပြုနိုင်သော တည်းခိုနေထိုင်မှု တောင်းဆိုချက်

Austin မြို့ပြစည်သူ မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ ဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေကို လိုက်နာသောကြောင့် လူတိုင်းသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ အပန်းဖြေအနားယူမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများထံမှ အကျိုးကျေးဇူးကို ရရှိခံစားနိုင်ပါသည်။ ပါဝင်သူသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ပရိုဂရမ်များတွင်ပါဝင်ရန်အလို့ငှာ အကူအညီ သို့မဟုတ် ပုပြင်မှုမဲမဲမှုကို လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ အသုံးအဆောင်နေရာများကို အသုံးပြုပါက ပါဝင်သူဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် တိုင်ပင်ရန်အတွက် ပါဝင်ခြင်းမပုမြီ ကျေးဇူးပြုပြီး အနည်းဆုံး နှစ်ပတ်ကျိ၍ 512.974.3914 ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပေးပါ။ ပါဝင်သူသည် နေရာထိုင်ခင်းများ လိုအပ်ပါသလား။

ဟုတ်
မဟုတ်
ကျေးဇူးပြုပြီး သက်ဆိုင်ရာဘဏ်စစ်တွင် လက်မှတ်ထိုးပေးပါ

ထွက်ရန်

တွင် ရယူထားသော ဓာတ်ပုံများနှင့် ဗီဒီယိုများကို အသုံးပြုရန် မြို့ပြစည်သူ ကျွန်ုပ်က သဘာတူခွင့်ပြုပါသည်။ ဓာတ်ပုံများနှင့် ဗီဒီယိုများသည် City of Austin Parks and Recreation Department (Austin မြို့ပြစည်သူ၏ ပန်းခဲမြားနှင့် အပန်းဖြေမှုဆိုင်ရာ ဌာန) ၏ ပိုင်ဆိုင်မှုအဖြစ် ရှိနေပါမည်။ သင်သည် ဓာတ်ပုံများနှင့် ဗီဒီယိုများအား မြို့ပြစည်သူအသုံးပြုမှုကို သဘာတူခွင့်ပြုခြင်းမရှိပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ

စောင့်ရှောက်မှုစံနှုန်းများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

Parks and Recreation Department (ပန်းခဲမြားနှင့် အပန်းဖြေမှုဆိုင်ရာ ဌာန) ကကိစ္စမှသော လူငယ်ပရိုဂရမ်များ/လုပ်ဆောင်ချက်များနှင့် ပါဝင်ရန် စာရင်းသွင်းမှု/မှတ်ပုံတင်မှု လိုအပ်ခြင်းတို့ကို ပြည့်နယ်က အမိန့်ပေးထားခြင်းမဟုတ်သော်လည်း Austin မြို့ပြစည်သူ အမိန့်ပေးတမ်းတစ်လျှောက်တွင် လက်ခံကျင့်သုံးထားသော စောင့်ရှောက်မှုစံနှုန်းများကို လိုက်နာပါ။ မိတူတူတစ်စောင်ကို ရရှိနိုင်ပြီး ဆိုက်တစ်ချင်းစီတိုင်းတွင် ဖော်ပြထားပါသည်။

တာဝန်ရှိမှုမှ ကင်းလွတ်မှု

City of Austin Parks and Recreation Department (Austin မြို့ပြစည်သူ၏ ပန်းခဲမြားနှင့် အပန်းဖြေမှုဆိုင်ရာ ဌာန) က စပွန်ဆာပေးထားသော အတန်း သို့မဟုတ် ပရိုဂရမ်တွင် ပါဝင်ရန် ခွင့်ပြုခြင်းရသော ကျွန်ုပ်/ပါဝင်သူ၏ စဉ်းစားဆင်ခြင်မှုဖြင့်၊ ကျွန်ုပ်သည် မြို့ပြစည်သူ၊ ၎င်း၏ ရွေးချယ်ထားသော တာဝန်ရှိသူများ၊ အရာရှိများ၊ ဒါရိုက်တာများ၊ ဝန်ထမ်းများ၊ အေးဂျင့်များ၊ စတော့ဝန်ထမ်းများ၊ ဆက်စပ်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် တိုင်ကြားချက်များ၊ လုပ်ဆောင်ချက်များ၊ လုပ်ဆောင်ချက်၏အကျိုးရင်းများ၊ အတန်း သို့မဟုတ် ပရိုဂရမ်တွင် ကျွန်ုပ်/ပါဝင်သူ၏ ပါဝင်မှုမှ ထွက်ပေါ်လာသော သို့မဟုတ် ဆက်စပ်နေသော သိထားသည့်၊ မသိထားသည့်၊ ကျွန်ုပ်တို့ရှိထားသော သို့မဟုတ် နောင်တွင်ရှိလာနိုင်သော တိုင်ကြားချက်များအားလုံးထံမှ ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ပေးမည့်လူများအားလုံးကို ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးပါသည်။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက် လျှို့ဝှက်ထားမှု မူဝါဒ

ကျွန်ုပ်တို့၏ ပါဝင်သူများနှင့် လာရောက်သူများက မိမိဆန္ဒအလျောက် တင်ပြသည့်အခါ ကျွန်ုပ်တို့က ခွဲခြားသိရှိနိုင်သော ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ (အမည်များ၊ စာပို့လိပ်စာများ၊ အီးမေးလ်လိပ်စာများ၊ စသည်တို့) ကို ရယူပါသည်။ သင်ဖော်ပြပေးလိုက်သောအချက်အလက်များအား သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို ဖြည့်ဆည်းပေးရန် အသုံးပြုထားပြီး ပရိုဂရမ်မင်းရည်ရွယ်ချက်များအတွက် လူဦးရေစစ်တမ်းကောက်ယူသောအခါများ ကဲ့သို့ပင်ဖြစ်ကာ ပါတနာအရောင်းစီမံ (ဥပမာ၊ ASID နှင့် Travis ကောင်တီ) နှင့် မျှဝေနိုင်ပါသည်။ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့ကို ထိုအရောင်းစီမံများထံ ပါဝင်သူ၏အချက်အလက်များ မျှဝေရန် ဆန္ဒမရှိပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

ထွက်ရန်

စွန့်လွှတ်ကြောင်းတောင်းခံစာ ထုတ်ပန်မှု ရုပ်ပုံ

ဥပမာ၊ ပရင့်စက်ပစ္စည်းများတွင်၊ မြို့ပြစည်သူ၏ဝတ်ဆိုင်တွင်၊ မြို့ပြစည်သူ ဆိုရှယ်မီဒီယာတို့တွင် လူသိရှင်ကြားထုတ်ဖော်မှု ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဤအတန်း သို့မဟုတ် ပရိုဂရမ်အတေးအတွင်းနှင့် မြို့ပြစည်သူ တည်နေရာများ

အရွယ်ရောက်ပြီးသော ပါဝင်သူ သို့မဟုတ် လူငယ် ပါဝင်သူ၏ မိဘ/ လက်မှတ် အုပ်ထိန်းသူ တရားဝင်အမည် ရက်စွဲ

အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှု

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေတွင်၊ ကျွန်ုပ်သည် အရေးပေါ်အခြေအနေကို တွန့်ပန်လုပ်ဆောင်ခြင်းအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကျွမ်းကျင်သူများက လိုအပ်သည်ဟုထင်ရှားသည့် အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုသမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်တိုင်/ပါဝင်သူအတွက် သဘာတူခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ထိုသို့ သဘာတူခွင့်ပြုမှု၏ ကုန်ကျစရိတ်များအားလုံးအတွက် တာဝန်ရှိမှုကို လက်ခံသဘာတူပါသည်။

အရွယ်ရောက်ပြီးသော ပါဝင်သူ သို့မဟုတ် လူငယ် ပါဝင်သူ၏ မိဘ/ လက်မှတ် အုပ်ထိန်းသူ တရားဝင်အမည် ရက်စွဲ

အီလက်ထရွန်းနစ်လက်မှတ် ခွင့်ပြုပေးမှု

ရည်ရွယ်ချက်များအားလုံးအတွက် အီလက်ထရွန်းနစ်လက်မှတ်ကို မူလလက်မှတ်အဖြစ် စဉ်းစားပေးနိုင်ပြီး မူလလက်မှတ်အတိုင်း တူညီသော အင်အား သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။ "အီလက်ထရွန်းနစ်လက်မှတ်" တွင် မူလလက်မှတ်၏ ဖက်စ်ပေးပို့ထားသော ဗားရှင်းများ သို့မဟုတ် မူလလက်မှတ်ကို စကန်ဖတ်ကာ ကူးပြောင်းထားသော ဗားရှင်းများ (ဥပမာ၊ pdf မှတစ်ဆင့်) ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

ပါဝင်သူ လူဦးရေစာရင်းဒေတာ (တုံ့ပြန်ဖြေကြားချက်များသည် မိမိဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ပါသည်)

ကျွန်ုပ်တို့၏ပရိုဂရမ်များကို သင်၏ စိတ်ပါဝင်စားမှုအတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ဖော်ပြပါမေးခွန်းများသည် Austin မြို့ပြစည်သူကို အသိုက်အဝန်းအဖွဲ့ဝင်များအား ပိုမိုကောင်းမွန်သော ဝန်ဆောင်မှုပေးကာ ကမ်းလင့်ထောက်ကူရန် အားထုတ်ကျိုးပြုမှုများကို တိုးတက်အောင်လုပ်ရာတွင် ကူညီပေးပါလိမ့်မည်။ ပါဝင်သူကို အနီးစပ်ဆုံး ခွဲခြားဖော်ပြထားသောအမျိုးအစားများကို ရွေးပါ။

ပါဝင်သူ၏လူမျိုး/မျိုးနွယ်စု- အဖွဲ့မြေရှိပျို အာရှသား
 လူမည်း အမေရိကန်ဒေသခံ/အလာစကာဒေသခံ
 စပိတ်ဘာသာစကားပြောသူ/လက်တင်အမေရိကတိုက်သား
 ဟာဝိုင်ယီဇာတိ / ပစိဖိတ်ကျွန်းသား လူဖြူ အခြား

အိမ်ထောင်စု နှစ်စဉ်ငွေ- အဖွဲ့မြေရှိပျို
 \$22,500 သို့မဟုတ် ၎င်းအောက် s \$22,501 - \$50,000
 \$50,001 - \$75,000 \$75,001 - \$100,000
 \$100,000 သို့မဟုတ် ၎င်းအထက်



Austin မြို့ပြစည်သူ မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေကို လေးစားလိုက်နာရန် ဝန်ခံကတိပြုထားပါသည်။ အကျိုးအကျိုးဆောင်ရွက်ရန် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများနှင့် ဆက်သွယ်ပုံပြန်မှုများကို သဘာတူခွင့်ပြုမှုအား တောင်းဆိုခြင်းအား တောင်းဆိုချက်အရ ဖြည့်ဆည်းပေးပါလိမ့်မည်။ အကူအညီအတွက် ကျေးဇူးပြုပြီး (512) 974-3914 သို့မဟုတ် Relay Texas 7-1-1 ထံ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

