

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
OFFICE OF PARENT, FAMILY AND COMMUNITY ENGAGEMENT
440 N. BROAD STREET, SUITE 114
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130

KARREN N. DUNKLEY
DEPUTY CHIEF

TELEPHONE: (215)-400-4180
FAX: (215)-400-4181

ការិយាល័យទាក់ទងមាតាបិតា គ្រួសារ និងសហគមន៍ នឹងធានាដល់ការទាក់ទងជាមួយ មាតាបិតានិងគ្រួសារ សាលារៀន និងសហគមន៍ជាដៃគូ។ ចាប់ពីខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០០៩ ក្រសួងនឹងសុំឲ្យមានមាតាបិតាស្ម័គ្រចិត្តម្នាក់ (និងអ្នកជំនួសផ្លាស់ប្តូរម្នាក់) តាមសាលានិមួយៗ ដើម្បីធ្វើការឲ្យក្រសួងជាទូទៅ ក្នុងក្រុម Parents 'R' Equal Partners (PREP)។ យោងទៅតាមសភាពខុសគ្នា នៃប្រជាជននៅតាមសាលានានា យើងខ្ញុំសូមឲ្យមានការចូលរួមពីក្រុមដែលមានអ្នកតំណាងតិចតួច; រួមទាំងមាតាបិតានៃសិស្សទើបរៀនភាសាអង់គ្លេស មនុស្សប្រុស មាតាបិតានៃសិស្សរៀនមិនបានតាមកម្រិតល្អប្រសើរ យុវជនក្មេងៗ និង ជីដូនជីតា/អ្នកថែរក្សាទាំងអស់។ អ្នកដែលអាចចូលរួមប្រជុំ **មិនចាំបាច់**ជាសមាជិក នៃសមាគមផ្ទះនិងសាលារៀន ឬសមាគមណាមួយទេ។

អ្នកតំណាង PREP នឹងទទួលបានការហ្វឹកហ្វឺន និងទទួលបានព័ត៌មានអំពី ច្បាប់ និងកិច្ចនៃមាតិកាទី១ (Title I) ។ មុខប្រធានសម្រាប់ការពិភាក្សាមាន (មិនកម្រិតត្រឹមតែ) សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់មាតាបិតា ការវាយតម្លៃដោយរដ្ឋ និងក្រសួងប្រចាំក្រុង បន្ទោះនៃការសម្រេច វិធីពង្រីកចម្រើននៅសាលារៀន និងជំនួយបន្ថែមផ្នែកការសិក្សា។ យើងខ្ញុំសូមអ្នកតំណាង PREP ម្នាក់ៗ (អ្នកតំណាងពេញលេញ ឬជំនួស) ជួយផ្តល់ការបង្ហាត់ហ្វឹកហ្វឺនបន្តទៅមាតាបិតាផ្សេងៗ នៅតាមសាលារបស់ខ្លួន។ អ្នកតំណាង PREP នឹងត្រូវអញ្ជើញឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងក្រសួងនៅក្នុងអង្គប្រជុំ និងពិធីបុណ្យណាមួយ តាមសង្កាត់ តំបន់ និងរដ្ឋ **(ដោយយកផ្ទៃបន្តិចបន្តួច ឬមិនយកផ្ទៃ)**។

អ្នកទាក់ទងមាតាបិតាប្រចាំតំបន់ អ្នកទំនាក់ទំនងច្បាប់មិនឲ្យមានក្មេងនៅពីក្រោយប្រចាំតំបន់ សមាជិកមាតាបិតាផ្តល់យោបល់តាមតំបន់ បុគ្គលិកនៃការិយាល័យទាក់ទងមាតាបិតា គ្រួសារនិងសហគមន៍ ព្រមទាំងអ្នកទាក់ទងមាតាបិតាប្រចាំសាលារៀន នឹងមានប្រចាំការ សម្រាប់ជួយដល់ការបង្ហាត់ហ្វឹកហ្វឺននៅតាមសាលារៀន។ សូមមេត្តាបិទផ្សាយព័ត៌មាននេះ នៅទីកន្លែងសមគួរនៅការិយាល័យនៃសាលារៀនរបស់លោកអ្នក។ សូមបញ្ជូនឈ្មោះមាតាបិតា ដែលចង់មកចូលហ្វឹកហ្វឺនទាំងប៉ុន្មាន ទៅអ្នកទាក់ទងមាតាបិតាប្រចាំសាលា ឬប្រចាំតំបន់ ឲ្យបានមុនថ្ងៃទី១៩ ខែមិថុនា។

មាតាបិតាដែលចង់ចូលរួម ត្រូវបំពេញពាក្យភ្ជាប់ជាមួយនេះ (មានចែកជូននៅតាមសាលារបស់កូនលោកអ្នក ដោយអ្នកទាក់ទងមាតាបិតាប្រចាំតំបន់ ឬនៅមណ្ឌលជំនួយដល់មាតាបិតានិងសហគមន៍)។ លោកអ្នកអាចផ្ញើដោយ ហ្វាក់ (Fax) ពាក្យចុះឈ្មោះ (ភ្ជាប់ជាមួយនេះ) តាមលេខ ២១៥-៥០០-៥០៥៩ ឬយកទៅមណ្ឌលជំនួយដល់មាតាបិតានិងសហគមន៍ នៅ 440 North Broad Street, ជាន់ទី១។

សូមអរគុណ ចំពោះសេចក្តីរួបរួមរបស់លោកអ្នក។ បើមានសំណួរផ្សេងៗ លោកអ្នកអាចទាក់ទង Quibila A. Divine តាមលេខ ២១៥-៥០០-៦៥៤៣ ឬ qadivine@philasd.org ។

Quibila A. Divine,
នាយក, ទាក់ទងមាតាបិតានិងសហគមន៍

**ក្រសួងអប់រំ យុវជន និង កីឡា
អគ្គនាយកដ្ឋាន មតិយោបល់ និង ការងារសង្គម
ពាក្យសុំ ត្រួតពិនិត្យ**

អ្វីទៅជាមាតិកា ទី១ (Title I)?

មាតិកា ទី១ គឺជាផ្នែកនៃច្បាប់មួយហៅថា “មិនឲ្យក្មេងនៅពីក្រោយ” ដែលបានអនុម័តដោយសភា នៅឆ្នាំ ២០០២។ ច្បាប់នេះ មានចែងពីសេចក្តីកំរិតផ្សេងៗ ដូចជាការប្រើប្រាស់ ធនធានសហរដ្ឋ ការបង្ហាត់ហ្វឹកហ្វឺន គ្រូបង្រៀន សេចក្តីសម្រេចផ្នែកការសិក្សា សិទ្ធិរបស់មាតាបិតា ការបង្រៀនសិស្សពិសេស និងសមភាព ផ្នែកអត្តពលកម្ម នៅតាមសាលាបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សាសាធារណៈ។

ថ្ងៃទី _____ សូមសរសេរអក្សរឲ្យបានច្បាស់

ឈ្មោះ: _____

អាសយដ្ឋាន _____ លេខ Zip _____ - _____

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ: _____ លេខទូរស័ព្ទដៃ _____

E-mail _____ លេខ Fax _____

ឈ្មោះកូន _____ ថ្នាក់ទី _____ សាលា _____ តំបន់ _____

តើលោកអ្នក ចង់តំណាងក្រុមជនជាតិណាមួយខាងក្រោមនេះ? សូមគូសចែកក្រុមទាំងឡាយណា ដែលសមស្របតាមបំណង:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> អាហ្វ្រិកាំង | <input type="checkbox"/> ជីដូនជីតា | <input type="checkbox"/> មាតាបិតាសិស្សហៃស្តូល |
| <input type="checkbox"/> អាមេរិកាំង អាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនអន្តោប្រវេសន៍ | <input type="checkbox"/> មុនមតេយ្យ -មុនអាយុចូលរៀន |
| <input type="checkbox"/> អាស៊ី | <input type="checkbox"/> ឡាទីណូ | <input type="checkbox"/> តំបន់ _____ |
| <input type="checkbox"/> អ្នកថែរក្សា | <input type="checkbox"/> LGBT | <input type="checkbox"/> ត្រូវការពិសេស _____ |
| <input type="checkbox"/> អ្នកទើបរៀនអង់គ្លេស | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____ | <input type="checkbox"/> ក្មេងមានកូន |

ការពិសោធន៍ - សូមផ្តល់ព័ត៌មានពីសមាគម ឬក្រុមប្រឹក្សាណាដែលលោកអ្នកធ្លាប់ធ្វើការឲ្យពីមុនមក:

ឈ្មោះសមាគម	ការពិសោធន៍កម្លាំង៥ឆ្នាំ	ក្រោយ	មុន	ឈ្មោះអ្នកទាក់ទងបាន	លេខទូរស័ព្ទ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំបំពេញពាក្យនេះ ខ្ញុំចង់ទទួល ឲ្យជ្រើសរើសស្ម័គ្រចិត្តធ្វើជាអ្នកតំណាង PREP ។

ហត្ថលេខា _____ ថ្ងៃទី _____

សូមផ្ញើពាក្យបំពេញ ទៅ: Quibila A. Divine; 440 N. Broad Street, Room 114; Philadelphia, PA 19130; (Fax) 215-400-4048; e-mail qadivine@philas.org ឬ ទូរស័ព្ទតាមលេខ ២១៥-៤០០-៦៤៤៣។