

استمارة الطلب في مدرسة المبكرة للأطفال في انوكا/ واشنطن كونتي

العنوان 9574 Foley Blvd. Coon Rapids, MN 55433
رقم الهاتف 711 TTY • 4300-783 (763)
رقم الفاكس 4333-783 (763)

الطفل						
اسم الطفل	اسم الأب	الكنية	عيد الميلاد	تذكير أو تأنيث	هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الخدمة؟	
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
لون البشرة و البلدان			إتقان اللغة الإنجليزية		ألغات أخرى	
<input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى: _____			<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع		<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع	
ر ب الأسرة						
اسم الخاص	اسم الوسيط	الكنية	عيد الميلاد	تذكير أو تأنيث		
لون البشرة و البلدان			إتقان اللغة الإنجليزية		ألغات أخرى	
<input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى: _____			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع	
اعلى مستوى تعليمي			الحالة الوظيفية	ما هي علاقتك بالطفل؟	هل لديك حضانة لهذا الطفل	
<input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> البكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم كلية <input type="checkbox"/> الصف 9			<input type="checkbox"/> وقت كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> عاطلين عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل والتدريب <input type="checkbox"/> جزء من وقت والتدريب <input type="checkbox"/> تدريب أو مدرسة <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> طفلك <input type="checkbox"/> طفلك متبنى <input type="checkbox"/> حفيد <input type="checkbox"/> قريب اخر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> البكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم كلية <input type="checkbox"/> الصف 9			<input type="checkbox"/> الصف 10 <input type="checkbox"/> الصف 11 <input type="checkbox"/> الصف 12 <input type="checkbox"/> مدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> وقت كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> عاطلين عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل والتدريب <input type="checkbox"/> جزء من وقت والتدريب <input type="checkbox"/> تدريب أو مدرسة <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> العيش مع العائلة <input type="checkbox"/> أنت أو أحد أفراد عائلتك يقدم لك الدعم المالية <input type="checkbox"/> هل الوالدين في سن المراهقة ، هل هناك دعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
عنوان بريد الكتروني: _____						

عضو الأسرة الثاني						
اسم الخاص	اسم الوسيط	الكنية	عيد الميلاد	تذكير أو تأنيث	هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الخدمة؟	
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
لون البشرة و البلدان			إتقان اللغة الإنجليزية		ألغات أخرى	
<input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى: _____			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع	
اعلى مستوى تعليمي			الحالة الوظيفية	ما هي علاقتك بالطفل؟	هل لديك حضانة لهذا الطفل	
<input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> البكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم كلية <input type="checkbox"/> الصف 9			<input type="checkbox"/> وقت كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> عاطلين عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل والتدريب <input type="checkbox"/> جزء من وقت والتدريب <input type="checkbox"/> تدريب أو مدرسة <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> طفلك <input type="checkbox"/> طفلك متبنى <input type="checkbox"/> حفيد <input type="checkbox"/> قريب اخر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> البكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم كلية <input type="checkbox"/> الصف 9			<input type="checkbox"/> الصف 10 <input type="checkbox"/> الصف 11 <input type="checkbox"/> الصف 12 <input type="checkbox"/> مدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> وقت كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> عاطلين عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل والتدريب <input type="checkbox"/> جزء من وقت والتدريب <input type="checkbox"/> تدريب أو مدرسة <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> العيش مع العائلة <input type="checkbox"/> أنت أو أحد أفراد عائلتك يقدم لك الدعم المالية <input type="checkbox"/> هل الوالدين في سن المراهقة ، هل هناك دعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
عنوان بريد الكتروني: _____						

الأطفال الآخرين في الأسرة						
اسم الطفل	اسم الأب	الكنية	عيد الميلاد	تذكير أو تأنيث	هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الخدمة؟	
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
لون البشرة و البلدان			إتقان اللغة الإنجليزية		ألغات أخرى	
<input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى: _____			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع	
الأطفال الآخرين في الأسرة						
اسم الطفل	اسم الأب	الكنية	عيد الميلاد	تذكير أو تأنيث	هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الخدمة؟	
لون البشرة و البلدان			إتقان اللغة الإنجليزية		ألغات أخرى	
<input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى: _____			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> القليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بارع	

- من فضلك إذا كنت قادرا على كتابة جميع المعلومات باللغة الإنجليزية سيكون من المفيد بالنسبة لنا
- إذا كنت ترغب في إضافة أفراد آخرين من العائلة ، فيرجى تقديم معلومات مدرجة لكل أفراد إضافي من أفراد العائلة على ورقة منفصلة

معلومات الأسرة والدخل وجهات الاتصال

Applicant Name: _____ Birthday _____

معلومات العائلة

عنوان العيش الأسرة	Line 2	الرمز البريدي	مدينة	ولاية	County		
عنوان العيش الأسرة نفس مكان العيش في السطر أعلاه؟	عنوان العيش الأسرة	عنوان العيش الأسرة 2	الرمز البريدي	مدينة	ولاية		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أرقام الهواتف	ما نوع رقم الهاتف	الأسماء	إرسال رسائل إلى هاتفك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
		<input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> موبيل			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
		<input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> موبيل			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الحالة الأبوية	اللغة الأساسية في المنزل	عائلة بلا ماوى	نشط واجب العسكرية	هل أحالت طفلك من قبل وكالة رعاية الطفل	هل تحصل على دعم غذائي أو نقدي	برنامج WIC حكومي لضمان التغذية المناسبة للأمهات الفقيرات وأطفالهن	هل أنت على استعداد المواصلات؟
<input type="checkbox"/> واحد <input type="checkbox"/> اثنان		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
عدد البالغين في المنزل	عدد الأطفال في الأسرة	TANF Status	تقاعد	نفقة دعم الطفل			
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Formerly on TANF/Not now	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل طفلك حالياً في رعاية الأطفال؟	اسم رعاية الطفل ، العنوان ، الهاتف	هل تتلقى مساعدة رعاية الطفل؟					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					

حقوق خصوصية البيانات

داخل ولاية مينيسوتا قانون خصوصية البيانات الخاص بك يجب عليك أن تعرف في أن جميع المعلومات التي ستقدمها لنا في طلبك لهذه المدرسة ستكون آمنة جداً وسيتم تصنيفها على أنها خاصة بموجب قانون ولاية مينيسوتا ولن يتم الكشف عنها دون أن تمنحنا الإذن لمنحها لشخص آخر. إذا تم الإفصاح عن معلوماتك تحت ظرف واحد سنقوم بتزويدك بها تحت الفقرة أدناه

سيتم استخدام جميع المعلومات التي تم تقديمها لنا من طلبك لتحديد أهلية برنامج مدرستنا ومستوى المساعدة إذا كان قابل للتطبيق. سيتم استخدام جميع المعلومات التي قدمتها لنا في جميع الإحصائيات و غرض البحث أيضاً ولن تتمكن من الكشف عن أي من معلوماتك الشخصية أو هويتك الشخصية وكذلك لعائلتك أيضاً هذا البرنامج أو مدرستنا سوف تستخدم هذه المعلومات من وقت إلى آخر لإعلامك بالبرامج أو الأنشطة الأخرى التي قد تكون مهتمًا بها أو ترغب في حضورها. قد نضطر إلى إعطاء المعلومات التي زودتنا بها إلى وكالات الرعاية والولاية المحلية والتي تشمل المنظمات المجتمعية ووكالات الخدمات العامة المحلية والخاصة بالولايات في ولاية مينيسوتا قسم الوظائف والتدريب ودائرة العمل الأمريكية الموحدة ودائرة الولايات المتحدة للصحة والخدمات الإنسانية وأيضاً برنامج التعليم المحلية والدولة حيث سيسمح بها القانون سيكون من الجيد إذا أجبت على جميع الأسئلة المحددة بشكل صحيح لأن كل الأسئلة التي قدمناها لك ستساعدنا على أن نكون قادرين على التحقق وكذلك تحديد أولويات طلبك. المعلومات التي تم إعطاؤها لك هي تلك الخاصة برقم هاتفك الطارئ بالنسبة لك واللغة التي تتحدث بها في المنزل ، وبذلك ، وعدد الأشخاص الذين يعملون في منزلك وسنوات التعليم بالنسبة لك و أيضاً كل واحد من عائلتك وأيضاً منطقة مدارس أطفالك ومع ذلك ، يتم طلب جميع هذه المعلومات بناءً على الغرض من تحديد مدى الامتثال الفيدرالي وكذلك مع قانون الحقوق المدنية للدولة وتوفير المساعدات المناسبين لك. لن تؤثر ردودكم على نظرنا في طلبك. من خلال توفير جميع المعلومات التي ستساعدنا في التأكد من إدارة هذه المدرسة أو البرنامج بطرق فعالة وبطريقة غير تمييزية. داخل التطبيق هناك بعض الفراغات الفضا فقط للاستخدام المكتب لذلك ليس لك للكتابة عليها. في مكتبنا لا يمكننا معالجة أي من طلبك دون ملء كل المعلومات الموجودة في الطلب منك

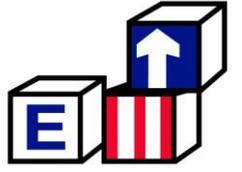
مصادر التمويل وكذلك العمال الذين يمولون مصادر مراجعي الحسابات المالية في موظفي المجتمع المحلي لمقاطعة أنوكا، ربما تتطلب هذه الوظائف من الموظفين الوصول إلى ملفاتك. يطلب من جميع هؤلاء الموظفين عدم إعطاء أي من معلوماتك أو معلومات عائلتك لأي شخص لا يعمل على ملفاتك من أجل خصوصيتك. سيقوم موظفو مصادر التمويل بمراجعة طلبك للتأكد من أن مقاطعة وكالة عمل مجتمع أنوكا تخدم الناس بشكل جيد

شهادة: أنا أشهد أن هذه المعلومات صحيحة إذا كان هناك أي معلومات خاطئة ، فقد يتم إنهاء مشاركتي في برنامج الوكالة هذا وقد أكون خاضعاً لإجراءات قانونية. أنا أفهم أيضاً أن المعلومات الواردة في هذا التطبيق سيتم عقده في سرية تامة داخل الوكالة ويمكن الوصول إليه خلال ساعات العمل العادية

توقيع الوالد/الوصي

تاريخ اليوم

للاستخدام الجهة الرسمية فقط	Gross Annual Income	Date Verified	Operation Year	County	Language
Income Source	ID#	IE OI1 OI2 NE	Rating	Month/Year	Date Application Received
	Data Entry	Signature			



اسم الطفل: _____

تاريخ الولادة: _____ CPID# _____
(Head Start will assign)

هل تم تشخيص طفلك بأي من التالي؟

- أوتيزم مرض الانعزالية
- ضعف السمع/ طرش
- صعوبات التعلم
- ضعف العظام
- ضعف البصر/ العمى
- التأخر التنموي
- تشخيص الصحة النفسية
- مخاوف بشأن السلوك
- مخاوف بشأن اللغة / اللغة
- أخرى _____

هل يعاني طفلك من هذه الاهتمامات الصحية؟

- مرض الربو
- فقر دم
- داء السكري
- الشلل الدماغي
- اضطراب الصرع / التشنج
- الفشل في الازدهار
- مشاكل التغذية والبلع
- إصابات في الدماغ

IEP / IFSP هل يشارك طفلك في التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة و / أو في برنامج

لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي مدرسة _____

العيادة الطبية / مكتب الأطباء _____

عنوان _____

هاتف _____

عيادة طب الأسنان / مكتب طبيب الأسنان _____

عنوان _____

هاتف _____

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟

في الغذاء _____

أي نوع من الأدوية _____

أخرى _____

لا نعم هل يحتاج طفلك إلى تناول الأدوية في المدرسة

لا نعم برنامج حكومي لضمان التغذية المناسبة للأمهات الفقيرات وأطفالهن WIC