



نشكركم على تقديم طلبكم للالتحاق ببرامج التعلم المبكر بمنطقة الخدمات التعليمية ليوجت ساوند (Puget Sound Educational Service District Early Learning Program). فنحن نخدم من جانبنا الأسر الأشد احتياجاً. كما نقدر التنوع ونرحب بالأطفال والعائلات من جميع الأعراق، أو الإثنيات، أو الثقافات، أو الأجناس، أو القدرات، أو اللغات، أو الميول الجنسية، أو الأديان، أو أي هوية شخصية أخرى.

لضمان تحديد الأهلية بشكل ملائم، يُرجى الإجابة عن جميع الأسئلة إلى حد مبلغ علمكم. وسيتم استخدام الإجابات من أجل تقرير أولوية الاختيار للبرنامج. كما أن الطلبات الناقصة، غير المعبئة بشكل كامل، قد تؤخر العملية برمتها. وإذا كانت لديكم أي استفسارات أو بحاجة إلى مساعدة في ملء الطلب، فيُرجى الاتصال بنا على:

يُرجى رد هذا الطلب بعد استكمال تعبئته بشكل كامل إلى جانب وثيقتي إثبات السن والدخل. وفي حالة عدم امتلاك وثيقة إثبات دخلك و/أو عمر طفلك، يمكن قبول تصاريح الإقرار الذاتي بموجب بعض الشروط.

يمكن استخدام نسخة من الوثائق التالية باعتبارها دليلاً على تاريخ ميلاد طفلك:

- أوراق التنبئ
- شهادة الميلاد
- ملف الطفل التعريفي
- مستندات المحكمة
- خطاب اعتماد الرعاية البديلة (فoster كير)
- مستند حكومي بتاريخ الميلاد
- خطة تربوية فردية أو خطة فردية لخدمة الأسرة (IEP/IFSP)
- سجل التطعيمات
- البطاقة أو السجلات الصحية
- سجل طبي للميلاد/سجل المستشفى
- جواز سفر أو تأشيرة
- شهادة الأبوة مشفوعة بالقسم
- سجلات المدرسة
- خطاب موافقة على الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

يمكن استخدام نسخة من الوثائق التالية باعتبارها دليلاً على دخل عائلتك:

- إقرار ضريبي للعام الماضي
- نموذج بيان الضرائب والأجور W2 للعام الماضي
- أرومات شيكات دفع الأجور
- بيان صاحب العمل بإجمالي مكاسب الأجور خلال الـ 12 شهراً الماضية
- خطاب موافقة على منح الإعانة العامة [الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو دخل الضمان التكميلي (SSI)]
- خطاب مخصصات الرعاية البديلة (فoster كير)
- خطاب مخصصات البطالة
- بيان/أمر إعالة الطفل
- مخصصات العائلات العسكرية
- يمكن قبول تصاريح الإقرار الذاتي بموجب بعض الشروط

يُرجى رد هذا الطلب والوثائق الداعمة له إلى:

سيعالج برنامج التعلم المبكر الخاص بنا طلبك وسنتواصل معك فيما يخص أحقية اشتراكك في البرنامج.

نبدل قصارى جهدنا لضمان منح جميع العائلات فرص متكافئة للتسجيل بالبرنامج. كما نضع قائمة انتظار نشطة على مدار العام. لكن نتيجةً لقلّة عدد المقاعد، لا نستطيع تقديم فرصة التسجيل لجميع العائلات في بداية الدراسة. ومع ذلك، في حالة عدم اختيار طفلك على الفور في بداية العام الدراسي، بعدما يتم تحديد أحقية الاشتراك، سيظل اسمه/اسمها على قائمة الانتظار. وإذا توصلت إلى برنامج آخر، فيمكنك الاستمرار على قائمة الانتظار بناءً على رغبتك. كما يمكنك إزالة اسم طفلك من قائمة الانتظار متى رغبت في ذلك. لإيجاد برنامج التعلم المبكر في PSED (منطقة الخدمات التعليمية ليوجت ساوند) الأقرب لك، يُرجى الانتقال إلى الموقع الإلكتروني <http://www.earlylearningwa.org/index.php/find-a-classroom>

القسم أ: معلومات عن الطفل

الاسم الأول للطفل: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ الاسم الأخير: _____

تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذكر أنثى هاتف: _____

العنوان: _____

اسم رقم الشقة: _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____

ما اللغة المتحدّث بها في منزل طفلك؟ _____

كيف تعرّف هوية عرق (عروق)/إثنية (إثنيات) طفلك؟ _____

خلال العام الماضي، هل حضر طفلك؟ برنامج Early Head Start برنامج Head Start و/أو برنامج ECEAP

إذا كان الجواب بنعم، فأكتب اسم البرنامج: _____

معلومات عن الطفل

القسم ب: معلومات عن أحقية الاشتراك

هل تتلقى أسرتك حالياً الإعانة النقدية من برنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)؟ لا نعم هل هناك ملف مخصص للطفل فقط من برنامج TANF؟ لا نعم

هل تتلقى أسرتك حالياً إعانة مالية لخدمة رعاية الأطفال (تشايلد كير)؟ لا نعم

هل تتلقى حالياً أو يتلقى أحد أفراد أسرتك حالياً مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فمن ذلك: _____ صلة القرابة لمقدم الطلب: _____

هل هذا الطلب المقدم لطفل في رعاية بديلة (فوستر كير)؟ لا نعم هل الطفل تحت رعاية أحد الأقارب؟ لا نعم

(FS/FA see App. Proc. for add'l explanation)

هل تعاني حالياً من التشرد؟ لا نعم

هل تتلقى أسرة الطفل حالياً خدمات من قسم خدمات حماية الأطفال (CPS) أو خدمات رعاية الطفل الهندي (ICW) المشابهة؟ لا نعم

هل تتلقى أسرة الطفل حالياً خدمات من استجابة تقييم الأسرة (FAR)؟ لا نعم

دخل الأسرة للعام التقويمي الأخير أو لمدة الـ 12 شهراً الأخيرة: _____

عدد أفراد أهل بيتك: _____ اذكر أعمار الأطفال: _____

معلومات عن الأسرة

القسم ج: معلومات عن الصحة والنمو

هل قام مقدم رعاية صحية بتشخيص طفلك بأي من الحالات المدرجة أدناه؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة على كل ما ينطبق:

أمراض تنفسية (ربو، فيروس محلي تنفسي (RSV)، مرض المسالك الهوائية التنفسي (RAD)، غير ذلك) داء السكري نوبات صرع حالة قلبية

حساسيات من الطعام (يُرجى السرد): _____ البلع

حساسيات غير مرتبطة بالطعام (يُرجى السرد): _____ غير ذلك (يُرجى السرد): _____

هل لديك أي ملاحظات أخرى بشأن صحة طفلك؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة على كل ما ينطبق:

الإطعام و/أو نظام غذائي خاص منخفض الوزن عند الولادة (5.5 باوند أو أقل) السمع ألم الأسنان أو تسوّسها/نزيف اللثة

البصر صحة عقلية متضرر بالمخدرات/الكحول

عدم تحمّل الغذاء (يُرجى السرد): _____ مخاوف صحية أخرى (يُرجى السرد): _____

هل لدى طفلك تأمين طبي؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه: Apple Health/ProviderOne تأمين من شركة خاصة تأمين صحي للهنود غير ذلك: _____

هل لدى طفلك تأمين رعاية الأسنان؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه: Apple Health/ProviderOne تأمين من شركة خاصة تأمين صحي للهنود غير ذلك: _____

هل واجه طفلك أي مما يلي (ضع علامة على كل ما ينطبق):

إساءة معاملة/إهمال إلقاء سابق بتربية بديلة (فوستر كير) طلب منه الرحيل من مركز رعاية الأطفال لأسباب سلوكية

هل يتطلب طفلك احتياجات خاصة؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق): خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP)

خطة تربوية فردية (IEP) تاريخ البداية: _____ تاريخ النهاية: _____ حالة إعاقة مشخصة

التسجيل في برنامج التدخل المبكر للأطفال منذ الولادة حتى العام الثالث في الأشهر الستة الأخيرة

هل لديك ملاحظات حول نمو طفلك؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة على كل ما ينطبق:

الكلام/النطق (نطق أصوات، تأخر النطق، صعوبة في فهم ما ينطقه و/أو صعوبة في استيعاب الآخرين)

المهارات الحركية الدقيقة (الإمساك بالأشياء، والرسم، والكتابة، وارتداء الملابس أو أي من ذلك)

السلوك (الضرب، والعض، ونوبات الغضب، وعدم التعاون مع الآخرين أو أي من ذلك)

المهارات الحركية الكبرى (المشي، والصعود، والرمي، والاستدارة، وعدم التواصل بالعين، وفقدان المهارات)

ملاحظات أخرى: _____

معلومات عن الطفل

القسم د: معلومات عن الأسرة

يعيش الطفل مع: <input type="checkbox"/> أحد الوالدين/الوصي <input type="checkbox"/> الوالدان/الأوصياء	
صلة قرابة الوالد (الوالدين)/الوصي (الأوصياء) بمقدّم الطلب: <input type="checkbox"/> والد (والدان) بالرعاية البديلة <input type="checkbox"/> جد (جدود) <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة عم أو خال <input type="checkbox"/> والد طبيعي (والدان طبيعيين)/والد (والدان) بالتبني <input type="checkbox"/> زوج الأم أو زوجة الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك:	
الوالدة/الوصي <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك	الوالدة/الوصي <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك
الاسم: _____	الاسم: _____
العنوان - إذا كان مختلفاً عن عنوان الطفل: _____	العنوان - إذا كان مختلفاً عن عنوان الطفل: _____
هل أنت والدة (الدة) في سن المراهقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أنت والدة (الدة) في سن المراهقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
رقم الهاتف الرئيسي: _____	رقم الهاتف الرئيسي: _____
<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة
رقم الهاتف الثانوي: _____	رقم الهاتف الثانوي: _____
<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة
عنوان البريد الإلكتروني: _____	عنوان البريد الإلكتروني: _____
تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____	تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
الشهر / اليوم / السنة	الشهر / اليوم / السنة
هل والدة (الدة) / الوصي يعمل في الجيش الأمريكي حالياً؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل والدة (الدة) / الوصي يعمل في الجيش الأمريكي حالياً؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل والدة (الدة) / الوصي جندي سابق في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل والدة (الدة) / الوصي جندي سابق في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل والدة (الدة) / الوصي يخضع للتدريب على وظيفة أو يدرس؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل والدة (الدة) / الوصي يخضع للتدريب على وظيفة أو يدرس؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل والدة (الدة) / الوصي يعمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل والدة (الدة) / الوصي يعمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام غير كامل <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> معاق	<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام غير كامل <input type="checkbox"/> موسمي <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> معاق
إذا كان يعمل، فكم عدد ساعات العمل التي يعملها أسبوعياً؟ _____	إذا كان يعمل، فكم عدد ساعات العمل التي يعملها أسبوعياً؟ _____
هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟ _____	ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟ _____
المستوى التعليمي (ضع علامة على أعلى مستوى تم الوصول إليه)	المستوى التعليمي (ضع علامة على أعلى مستوى تم الوصول إليه)
<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> حاصل على الثانوية العامة	<input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> حاصل على الثانوية العامة
<input type="checkbox"/> الصف السابع <input type="checkbox"/> الجامعة/تدريب متقدم	<input type="checkbox"/> الصف السابع <input type="checkbox"/> الجامعة/تدريب متقدم
<input type="checkbox"/> الصف الثامن <input type="checkbox"/> درجة جامعية/شهادة تدريب	<input type="checkbox"/> الصف الثامن <input type="checkbox"/> درجة جامعية/شهادة تدريب
<input type="checkbox"/> الصف التاسع <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة	<input type="checkbox"/> الصف التاسع <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة
<input type="checkbox"/> الصف العاشر <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس	<input type="checkbox"/> الصف العاشر <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس
<input type="checkbox"/> الصف الحادي عشر <input type="checkbox"/> درجة الماجستير	<input type="checkbox"/> الصف الحادي عشر <input type="checkbox"/> درجة الماجستير
<input type="checkbox"/> الصف الثاني عشر (بدون دبلوم)	<input type="checkbox"/> الصف الثاني عشر (بدون دبلوم)
<input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)	<input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)
لدم عائلتك بأفضل شكل ممكن، يُرجى اختبار كل المشكلات التي تعاني منها أنت و / أو أسرتك.	
<input type="checkbox"/> إعاقة/عدم القدرة على العمل	<input type="checkbox"/> الوظيفة/العمل
<input type="checkbox"/> مشكلات المخدرات/الكحول	<input type="checkbox"/> صعوبات التعلّم
<input type="checkbox"/> تغطية تأمينية طبية	<input type="checkbox"/> فقدان/حزن
<input type="checkbox"/> السكن	<input type="checkbox"/> مشكلات قانونية
<input type="checkbox"/> هجرة	<input type="checkbox"/> صحة عقلية، اكتئاب ما بعد الولادة، قلق، اكتئاب، اضطراب الكرب التالي للرضح (PTSD)
<input type="checkbox"/> تدخل سابق من قبل قسم خدمات حماية الأطفال (CPS)	<input type="checkbox"/> متشرد في الشهور الـ 12 الماضية (ليس في الوقت الحاضر)
كيف سمعت عن برنامجنا؟ _____	غير ذلك: _____
إحالة من وكالة: _____	

معلومات عن الوالد/الوصي

لقد أُجبت عن الأسئلة إلى حد علمي. ستستخدم المعلومات لتحديد أهلية اشتراك طفلي لبرامج التعلّم المبكر. ستحفظ المعلومات الواردة في طلبك بسرية وستستخدم لأغراض تحديد أهلية الاشتراك فقط. لا نقوم بالإفصاح عن المعلومات إلى دائرة الهجرة أو أي هيئة حكومية أخرى.

الوالدة/الوصي التوقيع: _____ التاريخ: _____

STAFF ONLY	STAFF ONLY	STAFF ONLY	STAFF ONLY
Date received: _____	Child's Name: _____	<input type="checkbox"/> This child is currently enrolled in a community slot at this center	<input type="checkbox"/>
Date sent to PSESD: _____	<input type="checkbox"/> This child's sibling is currently enrolled in a community slot at this center		
Site ID/Name: _____	Date FSS contacted family to review Application: _____		