



Total  
Points



# ثبت نام مادران باردار 2017-2018

## 2017-2018 Expectant Mother Application

ثبت نام اول  ثبت نام بازگشت

قسمت الف: اطلاعات مربوط به مادر باردار	
نام: _____ حرف اول نام دوم: _____ نام خانوادگی: _____	اطلاعات مربوط به مادر باردار
تاریخ احتمالی زایمان: _____	
آیا زیر 20 سال سن دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، یک مورد را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> 15 سال یا کمتر <input type="checkbox"/> 16 - 19 سال	
اگر بیش از 19 سال دارید، آیا زمان نوجوانی باردار بوده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا بیش از 35 سال سن دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا برای تهیه لباس، اسباب اثاثیه، لوازم، یا صندلی ماشین بچه نیاز به کمک دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا شما به (Early Head Start (EHS) ارجاع داده شده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر چنین بوده است، توسط چه کسی؟ _____	
آیا در حال حاضر در یکی از طرح های Early Head Start ثبت نام شده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ، در کجا؟ _____	
آیا بیمه درمانی دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا بیمه دندانپزشکی دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا پزشک/ماما دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا دندانپزشک دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا برای این دوره از بارداری مراقبت های پیش از زایمان دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا این بارداری پر مخاطره تشخیص داده شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا در رابطه با بهداشت روانی، اضطراب، افسردگی پس از زایمان، یا PTSD مشکلی دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
آیا در حال حاضر خدمات WIC دریافت می کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	

اطلاعات مربوط به مادر باردار	اطلاعات مربوط به دیگر والد در انتظار کودک
نام: در بالا ذکر شده است	نام: _____
تاریخ تولد: _____ نشانی: _____	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ آیا با مادر باردار زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله اگر نه، نشانی: _____
نژاد / قومیت خود را چگونه معرفی می کنید؟	نژاد / قومیت خود را چگونه معرفی می کنید؟
آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
به چه زبانهایی صحبت می کنید؟ _____	به چه زبانهایی صحبت می کنید؟ _____
اطلاعات مربوط به مادر باردار	اطلاعات مربوط به دیگر والد در انتظار کودک
شماره تلفن تماس اولیه: _____	شماره تلفن تماس اولیه: _____
<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام	<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام
شماره تلفن ثانویه: _____	شماره تلفن ثانویه: _____
<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام	<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> پیام
ایمیل: _____	ایمیل: _____
بهترین راه تماس با شما چیست؟	بهترین راه تماس با شما چیست؟
بهترین زمان برای تماس با شما کدام است؟	بهترین زمان برای تماس با شما کدام است؟
<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> بعد از ظهر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/> هر وقت	<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> بعد از ظهر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/> هر وقت

اطلاعات مربوط به مادر باردار	اطلاعات مربوط به دیگر والد در انتظار کودک
میزان تحصیلات (بالاترین مقطع تحصیلی به اتمام رسانده را علامت بزنید)	میزان تحصیلات (بالاترین مقطع تحصیلی به اتمام رسانده را علامت بزنید)
<input type="checkbox"/> کلاس 6 یا کمتر	<input type="checkbox"/> کلاس 6 یا کمتر
<input type="checkbox"/> کلاس 7	<input type="checkbox"/> کلاس 7
<input type="checkbox"/> کلاس 8	<input type="checkbox"/> کلاس 8
<input type="checkbox"/> کلاس 9	<input type="checkbox"/> کلاس 9
<input type="checkbox"/> کلاس 10	<input type="checkbox"/> کلاس 10
<input type="checkbox"/> کلاس 11	<input type="checkbox"/> کلاس 11
<input type="checkbox"/> کلاس 12 (بدون دیپلم)	<input type="checkbox"/> کلاس 12 (بدون دیپلم)
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> GED

قسمت ب: اطلاعات واجد شرایط بودن - خانواده، مادر، والدین دوم	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا خانواده شما در حال حاضر کمک نقدی TANF دریافت می کند؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا شما عضو خانواده ای هستید که در حال حاضر SSI دریافت می کند؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا خانواده شما خدمات حمایت از کودک دریافت می کند؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا خانواده شما از Family Assessment Response (FAR) خدمات دریافت می کند؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر بی خانمان هستید؟
درآمد خانوار در طول سال تقویمی گذشته یا 12 ماه گذشته: _____	
تعداد افراد خانوار شما: _____ (بارداری را نیز جزو تعداد خانواده حساب کنید)	
آیا در باره خود، دیگر اعضای خانواده و/یا شریک زندگی خود نگرانی دارید؟ (همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید)	
<input type="checkbox"/> ناتوانی/عدم توانایی کار	<input type="checkbox"/> شغل/کار
<input type="checkbox"/> مشکلات مربوط به مواد مخدر/الکل	<input type="checkbox"/> مشکلات یادگیری
<input type="checkbox"/> پوشش درمانی	<input type="checkbox"/> از دست دادن عزیزان/عزاداری
<input type="checkbox"/> مسکن	<input type="checkbox"/> مسایل حقوقی
<input type="checkbox"/> مهاجرت	<input type="checkbox"/> سابقه سر و کار داشتن با CPS در گذشته
از چه طریق از وجود این برنامه آگاه شدید؟	
ارجاج توسط بنگاه: _____	
غیره: _____	

اطلاعات مربوط به خانواده

تاریخ

امضاء مادر باردار

به بهترین نحو و تا حد اطلاع به سئوالات پاسخ داده ام. از اطلاعات ارائه شده برای تعیین واجد شرایط بودن کودک برای برنامه های Early Learning (آموزش ابتدایی) استفاده خواهد شد. اطلاعات مندرج در درخواست نامه شما محرمانه است و برای تعیین واجد شرایط بودن استفاده می شود. ما این اطلاعات را در اختیار اداره مهاجرت یا دیگر مقامات دولتی قرار نخواهیم داد. اطلاعات ارائه شده ممکن است در اختیار منابع تامین کننده امور مالی شما قرار داده شود: اداره Head Start.

Date Received: \_\_\_\_\_

Date sent to PSESD: \_\_\_\_\_

Site ID/Name: \_\_\_\_\_