

.Puget Sound ESD Early Head Start Programs كيفية تقديم الطلب للالتحاق ببرامج

مرحبًا بك!

يُرجى إكمال مجموعة أوراق طلب التقدم مع إرفاق المستندات المطلوبة.
سنحافظ على سرية معلوماتك. إننا لا نطلب وضع الهجرة، أو نتحقق منه، ولا نبلغ بشأنه.
يتم اتخاذ القرارات بشأن الأهلية لبرامجنا وفقًا إلى دخل الأسرة، وليس حسب تاريخ تقديم الطلب.
يكتمل العدد في برامجنا بسرعة، لذا يُرجى تقديم الطلب في أقرب وقت ممكن!



يُرجى الاتصال بنا في حال الحاجة إلى مساعدة لإكمال طلب التقدم، أو في حال عدم توفر جميع المستندات المطلوبة لديك.

يُرجى اتباع الخطوات الواردة أدناه:



ارفق نسخة من إثبات عدد أفراد الأسرة.



ارفق نسخة من إثبات دخل أسرتك.



املاً نموذج طلب التقدم باستخدام قلم أسود أو أزرق.

استخدم كل ما ينطبق:

- إقرار ضريبي بدخل العام الماضي
 - نموذج بيان الأجر والضرائب (W-2) للعام الماضي
 - أرومات شيكات دفع الأجر خلال ال 12 شهرًا الماضية
 - خطابات مزايا برنامج دخل الضمان التكميلي/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (SSI/TANF) خلال ال 12 شهرًا الماضية
 - منحة الرعاية البديلة (فoster كير)
 - نفقة إعالة الطفل
 - خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي دخلك خلال ال 12 شهرًا الماضية
- استخدم أحد الخيارات التالية:
- إقرار ضريبي بدخل العام الماضي
 - عقد إيجار السكن



يُرجى الاتصال بمكتبنا في حال كان لديك أنواع أخرى من الدخل، غير الواردة أعلاه.

يُرجى إعادة طلبك بعد استكمال المستندات إلى:

يُرجى التأكد من إدراج إثبات دخلك لا يمكننا متابعة طلبك بدون هذه المعلومات.

تذكر أن تعيد طلبك بعد استكمالها في أقرب وقت ممكن!
نشكرك لاختيارك برامج Early Head Start لدينا!

العنوان:

رقم الهاتف:



STAFF ONLY	Date received:	Site ID/Name:
	Date staff reviewed application with family:	Date sent to PSESD:

سنحافظ على سرية المعلومات الواردة في طلبك وسنستخدم فقط لاتخاذ القرار بشأن أهلية طفلك لبرامج Early Head Start لدينا. إننا لا نطلب وضع الهجرة، أو نتحقق منه، ولا نبلغ بشأنه.

التاريخ المتوقع لولادة الطفل:		
والد الطفل المنتظر	الأم الحامل	معلومات عن الأسرة
الاسم:		
❖ تاريخ الميلاد:		
_____ / _____ / _____ الشهر/اليوم/السنة	_____ / _____ / _____ الشهر/اليوم/السنة	هل سبق وأن كنتِ أما خلال سن المراهقة، إذا لم تكوني كذلك الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تسكن مع الأم الحامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا - اكتب العنوان أدناه.	هل سبق وأن كنتِ أما خلال سن المراهقة، إذا لم تكوني كذلك الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العنوان:
الهاتف:	_____ - _____ - _____ منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/>	الهاتف:
رقم هاتف بديل:	_____ - _____ - _____ منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/>	رقم هاتف بديل:
عنوان البريد الإلكتروني:		عنوان البريد الإلكتروني:
ما هي أفضل طريقة للاتصال بك؟	<input type="checkbox"/> مكالمة هاتفية <input type="checkbox"/> بريد إلكتروني <input type="checkbox"/> رسالة نصية	ما هي أفضل طريقة للاتصال بك؟
ما هو أفضل وقت للاتصال بك؟	<input type="checkbox"/> الصباح <input type="checkbox"/> بعد الظهر <input type="checkbox"/> المساء <input type="checkbox"/> أي وقت	ما هو أفضل وقت للاتصال بك؟
سيساعدنا جمع المعلومات الواردة أدناه في تحديد الخدمات وطرق الدعم التي تناسب ثقافة أسرتك.		
هل لك أصول إسبانية/لاتينية؟	<input type="checkbox"/> نعم - يُرجى توضيح أو كتابة بلد الأصل: _____	هل لك أصول إسبانية/لاتينية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا	
كيف تعرف العرق الذي تنتمي إليه؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:	<input type="checkbox"/> أفريقي/أمريكي من أصل أفريقي/أسود البشرة ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	كيف تعرف العرق الذي تنتمي إليه؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:
<input type="checkbox"/> أسبوي ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	<input type="checkbox"/> أسبوي ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	
<input type="checkbox"/> من سكان الأسكا الأصليين/الأمريكيين الأصليين/الهنود الأمريكيين ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	<input type="checkbox"/> من سكان الأسكا الأصليين/الأمريكيين الأصليين/الهنود الأمريكيين ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأصليين ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	
<input type="checkbox"/> أبيض البشرة ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	<input type="checkbox"/> أبيض البشرة ← يُرجى توضيح أو كتابة القبيلة/بلد الأصل: _____	
يُرجى توضيح تراث طفلك، في حال لم يرد أعلاه:	يُرجى توضيح تراث طفلك، في حال لم يرد أعلاه:	

معلومات عن الأسرة	
هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل حصلت على شهادة المدرسة الثانوية أو دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED)؟ ما هي أعلى درجة علمية حصلت عليها؟	<input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> لا توجد - ما هو أعلى صف أكملته؟ <input type="checkbox"/> قدر من التعليم الجامعي/تدريب متقدم <input type="checkbox"/> شهادة جامعية/شهادة مهنية <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير <input type="checkbox"/> لا يوجد
هل تتلقين حاليًا خدمات من برنامج WIC (النساء، والرضع، والأطفال)؟ هل تمت إحالتك إلى برنامج Early Head Start (EHS)؟ هل أنت مسجل حاليًا في أحد برامج EHS؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا - اسم الشخص/الوكالة المُحيلة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا - اذكر اسم البرنامج: <input type="checkbox"/> لا
يُرجى اختيار جميع المشكلات التي تقلقك سواء أكانت بشأنك و/أو بشأن أسرتك والتي يمكننا مساعدتك فيها:	<input type="checkbox"/> خدمات ما قبل الولادة <input type="checkbox"/> حالات الحمل عالية المخاطر <input type="checkbox"/> عدم توفر تغذية الخدمات الطبية/خدمات رعاية الأسنان <input type="checkbox"/> عدم توفر طبيب/مولدة/طبيب أسنان <input type="checkbox"/> مساعدة في ملابس، أو أثاث، أو أجهزة للطفل <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي لديه صعوبات في التعلم <input type="checkbox"/> كنت مُسردًا سابقًا (خلال الـ 12 شهرًا الماضية) <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي يعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي مُرسل حاليًا إلى منطقة قتال، أو كان مرسلًا خلال الأشهر الإثني عشر الماضية <input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي في السجن
هل تتلقى أنت أو أي فرد من أفراد العائلة هذه الأنواع من الدخل؟ ضع علامة على كل ما ينطبق:	<input type="checkbox"/> الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) <input type="checkbox"/> هل هذه للطفل فقط؟ <input type="checkbox"/> هل لديك صلة عمل ببرنامج الإعانة المالية لرعاية الأطفال (Child Care)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إجمالي دخل الأسرة المقدر للعام التقويمي الأخير أو لمدة الـ 12 شهرًا الأخيرة:	<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) للإعاقاة <input type="checkbox"/> صلة قرابة الشخص بالطفل الذي لم يولد بعد: <input type="checkbox"/> دخل الطفل المكفول
عدد الأشخاص في الأسرة أو في المنزل الذين تدعمهم بإجمالي دخلك (قم بتضمين المولود المنتظر كجزء من الأسرة): يُرجى إرفاق إثبات الدخل وعدد أفراد الأسرة مع هذا الطلب.	<input type="checkbox"/> هل تتلقى أسرتك خدمات من قبيل خدمات حماية الطفل (CPS)، أو استجابة تقييم الأسرة (FAR)، أو قانون رعاية الطفل الهندي (ICW)؟ <input type="checkbox"/> هل تلقت أسرتك خدمات من قبيل خدمات حماية الطفل (CPS) أو من قانون رعاية الطفل الهندي (ICW) من قبل؟ <input type="checkbox"/> ما هو الوضع الحالي لسكن أسرتك؟ <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> تمليك <input type="checkbox"/> أخرى - إذا قمت باختيار هذا، يُرجى إكمال استبيان السكن المرفق.
كيف علمت بشأن برنامجنا؟ موقع إلكتروني <input type="checkbox"/> حدث مجتمعي <input type="checkbox"/> نشرة إعلانية <input type="checkbox"/> الوسائط <input type="checkbox"/> تداول شفوي <input type="checkbox"/> موظفو الموقع <input type="checkbox"/> ولي الأمر السابق <input type="checkbox"/> وكالة مجتمعية/عاملين معنيين بهذه الحالات - يُرجى التحديد: أخرى - يُرجى التحديد:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

لقد قمت بالإجابة على الأسئلة على حد علمي كما قدمت المستندات المطلوبة المتوفرة لدي.

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

استبيان السكن

اسم الموقع وعنوانه

إذا كنت تمتلك/تستأجر منزلك، فأنت لست بحاجة لإكمال هذا النموذج.

ستساعد الإجابة على هذه الأسئلة في تحديد الخدمات التي يمكن أن يكون هذا الطالب مؤهلاً لتلقيها. يقدم قانون مآ (McKinney-Vento Act) يني فينتو الخدمات والدعم للأطفال والشباب ممن يعانون من التشرد. (يُرجى الاطلاع على الصفحة التالية للمزيد من المعلومات)

إذا كنت لا تمتلك/تستأجر منزلك، يُرجى مشاركة وضعك السكني الحالي. ضع علامة على كل ما ينطبق أدناه:

- في فندق في مبنى سكني بمرافق غير مناسبة (لا يوجد ماء، أو تدفئة أو كهرباء، وما إلى ذلك)
- في منزل أو شقة شخص آخر مع أسرة أخرى - يُرجى تحديد واحدة: الانتقال من مكان إلى آخر/التجوال
- بالاختيار سيارة، حديقة، مخيم، أو موقع مشابه
- بسبب فقدان السكن، أو صعوبات مادية، أو سبب سكن متنقل
- أخرى - يُرجى التوضيح: مشابه

STAFF: Review the ERSEA Procedure for follow up questions.

اسم الأم الحامل: _____

الأخير

الأوسط

الأول

تاريخ الميلاد: _____

الجنس: _____

الشهر/اليوم/السنة

عنوان السكن الحالي: _____

اسم جهة الاتصال: _____

رقم الهاتف: _____

إنني أقر بموجب العقوبة المحتملة من الحنث بالقسم وفقاً لقانون ولاية واشنطن بأن هذه المعلومات المقدمة هنا صحيحة وسليمة.

الاسم: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

القسم 725. تعريفات

لأغراض هذا الباب الفرعي:

(1) تشمل المصطلحات «سجل» و«تسجيل» حضور الصفوف والمشاركة في كافة الأنشطة المدرسية.

(2) مصطلح الأطفال والشباب المشردون —

(أ) تعني الأفراد الذين يفتقرون إلى مكان إقامة ليلية ثابت، ومنتظم، وملئم (وفقًا للمعنى الوارد في القسم (1)(a)(103) ؛

و(ب) يشمل —

(1) الأطفال والشباب الذين يتشاركون السكن مع أشخاص آخرين نتيجة لفقدان السكن أو مواجهة صعوبات مالية أو سبب مشابه؛ يعيشون في موتيلات أو فنادق أو مواقف المقطورات أو أراضي التخيم نتيجة لعدم توفر أماكن إقامة بديلة ملائمة، يعيشون في أماكن إيواء للطوارئ أو ملاجئ متنقلة، أو مهجورين في المستشفيات؛

و(2) الأطفال والشباب الذين لديهم مكان إقامة ليلية رئيسي عام أو خاص غير مصمم للاستخدام كمسكن عادي للنوم يناسب الإنسان (وفقًا للمعنى الوارد في القسم (C)(2)(a)(103) ؛

و(3) الأطفال والشباب الذين يعيشون في السيارات، أو الحدائق، أو الأماكن العامة، أو المباني المهجورة، أو السكن غير اللائق، أو الحافلات أو محطات القطار، أو الأماكن المشابهة،

و(4) الأطفال المهاجرون (كما تم تعريف هذا المصطلح في القسم 1309 من قانون التعليم الابتدائي والثانوي لعام 1965) الذين يتم تصنيفهم كمشردين لأغراض هذا الباب الفرعي نظرًا لإقامة الأطفال في ظروف تم توضيحها في البنود من (1) إلى (3).

(3) يشمل مصطلح "شباب بدون مرافق" الشباب الذين لا يخضعون للوصاية البدنية من الوالدين أو الوصي.

مصادر إضافية

يمكن العثور على معلومات عن ولي الأمر والمصادر على الروابط الآتية:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

STAFF ONLY

Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child care resources | <input type="checkbox"/> School transportation (if site provides) |
| <input type="checkbox"/> Clothing resources | <input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries |
| <input type="checkbox"/> School supplies | <input type="checkbox"/> Food resources |
| <input type="checkbox"/> Medical/dental referral | <input type="checkbox"/> Vision referral |
| <input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources | <input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF |
| <input type="checkbox"/> Housing/shelter referral | <input type="checkbox"/> Birth certificate |
| <input type="checkbox"/> Immunization/medical records | <input type="checkbox"/> Other: |

Staff Signature: _____ Date: _____