

القسم أ: معلومات عن الطفل	
<p>الاسم الأول للطفل: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ الاسم الأخير: _____</p> <p>تاريخ الميلاد: _____ الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى هاتف: _____</p> <p>العنوان: _____</p> <p>اسم/رقم الشقة: _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____</p>	معلومات عن الطفل
القسم ب: معلومات عن الصحة والنمو	
<p><input type="checkbox"/> أمراض تنفسية (ربو، فيروس مخلي تنفسي (RSV)، مرض المسالك الهوائية التفاعلي (RAD)، غير ذلك) <input type="checkbox"/> داء السكري <input type="checkbox"/> نوبات صرع <input type="checkbox"/> حالة قلبية</p> <p><input type="checkbox"/> حساسيات من الطعام (يرجى السرد): _____ <input type="checkbox"/> البلع</p> <p><input type="checkbox"/> حساسيات غير مرتبطة بالطعام (يرجى السرد): _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى السرد): _____</p> <p>هل لديك أي ملاحظات أخرى بشأن صحة طفلك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة على كل ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> التغذية/أو نظام غذائي خاص <input type="checkbox"/> منخفض الوزن عند الولادة (5.5 باوند أو أقل) <input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> ألم الأسنان/تسوسها/نزيف اللثة</p> <p><input type="checkbox"/> البصر <input type="checkbox"/> الصحة العقلية <input type="checkbox"/> متضرر بالمخدرات/الكحول</p> <p><input type="checkbox"/> عدم تحمل الغذاء (يرجى السرد): _____ <input type="checkbox"/> ملاحظات صحية أخرى (يرجى السرد): _____</p> <p>هل لدى طفلك تأمين طبي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> تأمين من شركة خاصة <input type="checkbox"/> تأمين صحي للهنود <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> <p>هل لدى طفلك تأمين رعاية الأسنان؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه: <input type="checkbox"/> Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> تأمين من شركة خاصة <input type="checkbox"/> تأمين صحي للهنود <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> <p>هل واجه طفلك أي مما يلي (ضع علامة على كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> إساءة معاملة/إهمال <input type="checkbox"/> الحاق سابق بتربية بديلة (فoster كير) <input type="checkbox"/> طلب منه الرحيل من مركز رعاية الأطفال لأسباب سلوكية</p> <p>هل يتطلب طفلك احتياجات خاصة؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> خطة تربوية فردية (IEP) <input type="checkbox"/> خطة فردية لخدمة الأسرة (IFSP) <input type="checkbox"/> التشخيص بوجود حالة إعاقة</p> <p><input type="checkbox"/> التسجيل في برنامج التدخل المبكر للأطفال منذ الولادة حتى العام الثالث في الأشهر الستة الأخيرة</p> <p>هل لديك ملاحظات حول نمو طفلك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كان الجواب بنعم، فضع علامة على كل ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> الكلام/النطق (نطق أصوات، تأخر النطق، صعوبة في فهم ما ينطقه، أو صعوبة في استيعاب الآخرين)</p> <p><input type="checkbox"/> المهارات الحركية الدقيقة (الإمساك بالأشياء، والرسم، والكتابة، وارتداء الملابس أو أي من ذلك)</p> <p><input type="checkbox"/> السلوك (الضرب، والعض، ونوبات الغضب، وعدم التعاون مع الآخرين أو أي من ذلك)</p> <p><input type="checkbox"/> المهارات الحركية الكبرى (المشي، والصعود، والرمي، والاستدارة، وعدم التواصل بالعين، وفقدان المهارات)</p> <p>ملاحظات أخرى: _____</p>	معلومات عن الطفل
القسم ج: معلومات عن الأسرة	
<p>يعيش الطفل مع: <input type="checkbox"/> أحد الوالدين/الوصي <input type="checkbox"/> الوالدان/الأوصياء</p> <p>صلة قرابة الوالد (الوالدين/الوصي) (الأوصياء) بمقدم الطلب: <input type="checkbox"/> والد (الوالدان) بالرعاية البديلة <input type="checkbox"/> جد (جدود) <input type="checkbox"/> عمّة أو خالة/عم أو خال</p> <p><input type="checkbox"/> والد طبيعي (والدان طبيعيين) <input type="checkbox"/> والد (الوالدان) بالتبني <input type="checkbox"/> زوج الأم أو زوجة الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p>	
<p>الوالدة/الوصي <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك</p> <p>الاسم: _____</p> <p>العنوان - إذا كان مختلفاً عن عنوان الطفل: _____</p>	معلومات عن الوالد/الوصي
<p>رقم الهاتف الرئيسي: _____</p> <p><input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة</p>	
<p>رقم الهاتف الثانوي: _____</p> <p><input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> ترك رسالة</p>	

عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:
تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ شهر / يوم / سنة	تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ شهر / يوم / سنة
المستوى التعليمي (ضع علامة على أعلى مستوى تم الوصول إليه) <input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع <input type="checkbox"/> الصف الثامن <input type="checkbox"/> الصف التاسع <input type="checkbox"/> الصف العاشر <input type="checkbox"/> الصف الحادي عشر <input type="checkbox"/> الصف الثاني عشر (بدون دبلوم) <input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> حاصل على الثانوية العامة <input type="checkbox"/> الجامعة/تدريب متقدم <input type="checkbox"/> درجة جامعية/شهادة تدريب <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير	المستوى التعليمي (ضع علامة على أعلى مستوى تم الوصول إليه) <input type="checkbox"/> الصف السادس أو أقل <input type="checkbox"/> الصف السابع <input type="checkbox"/> الصف الثامن <input type="checkbox"/> الصف التاسع <input type="checkbox"/> الصف العاشر <input type="checkbox"/> الصف الحادي عشر <input type="checkbox"/> الصف الثاني عشر (بدون دبلوم) <input type="checkbox"/> دبلوم معادلة الثانوية العامة (GED) <input type="checkbox"/> حاصل على الثانوية العامة <input type="checkbox"/> الجامعة/تدريب متقدم <input type="checkbox"/> درجة جامعية/شهادة تدريب <input type="checkbox"/> درجة جامعية متوسطة <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير
هل الوالدة/ الوصي يعمل في الجيش الأمريكي حالياً؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي جندي سابق في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي يخضع للتدريب على وظيفة أو يدرس؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي يعمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم 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؟ هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل الوالدة/ الوصي يعمل في الجيش الأمريكي حالياً؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي جندي سابق في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي يخضع للتدريب على وظيفة أو يدرس؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم هل الوالدة/ الوصي يعمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم 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؟ هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	ما اللغة (أو اللغات) التي تتحدثها؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
لدم عائلتك بأفضل شكل ممكن، يُرجى اختيار كل المشكلات التي تعاني منها أنت و / أو أسرته. <input type="checkbox"/> دعم قليل أو معدوم من الأسرة أو الأصدقاء <input type="checkbox"/> مهاجر/لاجئ/السنوات الثلاث الماضية <input type="checkbox"/> أحد الوالدين أو كلاهما في السجن <input type="checkbox"/> انتشار عسكري (حالياً أو في العام الماضي) <input type="checkbox"/> صحة عقلية، اكتئاب، 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 كذلك في الوقت الحاضر)	لدم عائلتك بأفضل شكل ممكن، يُرجى اختيار كل المشكلات التي تعاني منها أنت و / أو أسرته. <input type="checkbox"/> إعاقة/عدم القدرة على العمل <input type="checkbox"/> مشكلات المخدرات/الكحول <input type="checkbox"/> تغطية تأمينية طبية <input type="checkbox"/> السكن <input type="checkbox"/> هجرة <input type="checkbox"/> الوظيفة/العمل <input type="checkbox"/> صعوبات التعلم <input type="checkbox"/> فقدان/حزن <input type="checkbox"/> مشكلات قانونية <input type="checkbox"/> مشكلات قانونية

معلومات عن الوالد/الوصي

لقد أجبت عن الأسئلة إلى حد علمي. ستستخدم المعلومات المتوفرة لتحديد أحقية اشتراك طفلي لبرامج التعلم المبكر.  
**ملاحظة:** ستحفظ المعلومات الواردة في طلبك بسرية وستستخدم لأغراض تحديد أحقية الاشتراك فقط. لا نقوم بالإفصاح عن المعلومات إلى مصلحة الهجرة أو أي هيئة حكومية أخرى.

توقيع الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

<b>For Staff Use Only</b>	
Is this child returning to the same center? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If not, which center is the child returning to? _____
<b>Forms Needed: New</b> <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment <input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement <input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed) <input type="checkbox"/> Parent Interest Survey <input type="checkbox"/> Family Engagement Survey <input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form <input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed) <input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS) <input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months) <input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program <input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP) <input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed) <input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
<b>Update or Review/Parent re-sign and date</b> <input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only) <input type="checkbox"/> Family Partnership Plan <input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 <sup>rd</sup> year HS)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record <input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)