



طلب برنامج HEAD START للعام 2024-2025

المركز المفضل:

الخيار الثاني:

الرجاء تحديد البرنامج المفضل: Head Start 6 ساعات (ذكور-إناث 9 صباحاً -3:30 مساءً)

Head Start 11 ساعة (ذكور-إناث 7:30 صباحاً -5:30 مساءً) **يجب أن يكون لدى ولي الأمر/الوصي قسائم صندوق رعاية وتمية الطفل**

الطفل المتقدم:

الاسم الأول		الاسم الأخير		التاريخ الميلاد		النوع	
				/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
العرق		من أصل إسباني		إتقان اللغة الإنجليزية		اللغات الأخرى	
<input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> خاص (عبر شخص/صاحب العمل) <input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	
تغطية التأمين الصحي الأساسية		التغطية الثانوية/الأخرى		الأهلية لميديكيد		رقم التأمين/ميديكيد	
<input type="checkbox"/> ميديكيد <input type="checkbox"/> خاص (عبر شخص/صاحب العمل) <input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		<input type="checkbox"/> ميديكيد <input type="checkbox"/> خاص (عبر شخص/صاحب العمل) <input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		<input type="checkbox"/> غير مؤهل <input type="checkbox"/> في ميديكيد <input type="checkbox"/> قدم طلباً (محتمل)			
تغطية طب الأسنان		رقم تغطية طب الأسنان		اسم عيادة طبيب الأسنان وعنوانها ورقم هاتفها		اسم عيادة الطبيب وعنوانها ورقم هاتفها	
هل لطفلك أخ أو أخت محضر حالياً برنامج Head Start/Early Head Start: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، اسم الأخ أو الأخت: _____							
هل يعانى طفلك من أي إعاقة أو مخاوف صحية خاصة أو تتعلق بالنمو: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (سوف يتم جمع المزيد من المعلومات أثناء المقابلة الشخصية)							
هل لطفلك خطة تعليم فردي (IEP) أو خطة خدمات أسرية فردية (IFSP) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (مثلاً: علاج التخاطب، علاج النمو، العلاج المهني)							

البالغ الأساسي:

الاسم الأول		الاسم الأخير		التاريخ الميلاد		النوع	
				/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
العرق		من أصل إسباني		إتقان اللغة الإنجليزية		اللغات الأخرى	
<input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	
أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها		الحالة الوظيفية		العلاقة بالطفل		الحضانة	
<input type="checkbox"/> تدريب متقدم <input type="checkbox"/> دبلوم جامعي <input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> الصف 10 <input type="checkbox"/> الصف 11		<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل		<input type="checkbox"/> طبيعى/بالتبني/زوج الأب أو الأم <input type="checkbox"/> حفيدة <input type="checkbox"/> ابنة/الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> بالتبني <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	
هل تحتاج لترجم فوري في موعدك: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة نعم، فأي لغة: _____							
عنوان البريد الإلكتروني:							

البالغ الثانوي:

الاسم الأول		الاسم الأخير		التاريخ الميلاد		النوع	
				/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
العرق		من أصل إسباني		إتقان اللغة الإنجليزية		اللغات الأخرى	
<input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	
أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها		الحالة الوظيفية		العلاقة بالطفل		الحضانة	
<input type="checkbox"/> تدريب متقدم <input type="checkbox"/> دبلوم جامعي <input type="checkbox"/> بكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم التعليم العام (GED) <input type="checkbox"/> الصف 10 <input type="checkbox"/> الصف 11		<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل		<input type="checkbox"/> طبيعى/بالتبني/زوج الأب أو الأم <input type="checkbox"/> حفيدة <input type="checkbox"/> ابنة/الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> بالتبني <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	
عنوان البريد الإلكتروني:							

اسم المتقدم:

تاريخ الميلاد:

معلومات الأسرة

حالة ولي الأمر	اللغة الأساسية في المنزل	أسرة مشردة	في الخدمة العسكرية	محاربون قدامى	إحالة من إدارة حماية الأطفال (DCS)	الحصول على المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)	برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)	دخل الضمان التكميلي (SSI)	المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
<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	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

البالغ الأساسي

عنوان الإقامة	رقم الشقة	المدينة، الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
			<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون	
العنوان البريدي (إن اختلف)	رقم الشقة	المدينة، الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
			<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون	
هل هذا العنوان القانوني للطفل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
رقم الهاتف	النوع (حدد واحداً)	ملاحظات (داخلي أو أفضل وقت للاتصال)		
	<input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
	<input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

البالغ الثانوي

عنوان الإقامة	رقم الشقة	المدينة، الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
			<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون	
العنوان البريدي (إن اختلف)	رقم الشقة	المدينة، الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
			<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون	
هل هذا العنوان القانوني للطفل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
رقم الهاتف	النوع (حدد واحداً)	ملاحظات (داخلي أو أفضل وقت للاتصال)		
	<input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
	<input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

الأطفال الآخرين غير المتقدمين في الأسرة

الأول	الأخير	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطفل	النوع
		/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
		/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
		/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
		/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
		/ /		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى

الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية:

- هل لدى طفلك أي مخاوف؟ أبداً أحياناً كثيراً
- هل يكون طفلك العلاقات بسهولة مع البالغين و/أو الأقران؟ أبداً أحياناً كثيراً
- هل تعتبر طفلك من الجادين؟ أبداً أحياناً كثيراً
- هل يتدبر طفلك احتياجاته بالشكل المناسب؟ أبداً أحياناً كثيراً

موافقة ولي الأمر/الوصي

أفهم أن هذا طلب فقط ولا يضمن التسجيل في البرنامج. جميع المعلومات سرية. أفهم أيضاً أن يجب عليّ إبلاغ برنامج Head Start بأي تغييرات في العنوان أو رقم الهاتف. أنا مسؤول قانونياً عن هذا الطفل.

توقيع ولي الأمر/الوصي

تاريخ الطلب



Family Development Services
— A Head Start Organization —

مراكز HEAD START

لمزيد من المعلومات، الرجاء الاتصال أو زيارة المراكز التالية أو زيارة موقعنا الإلكتروني: www.fds.org

مراكز Head Start بمقاطعة ماريون		
المكتب: (317) 803-9607 فاكس: (317) 803-9610	46226 Street th 38 .East 8902	مركز C.A.F.E. برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 282-0126 فاكس: (317) 803-4493	46224 Street th 34 .W 5425	إيغليل برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 563-8334 فاكس: (317) 563-8339	46254 Street th 38 .W 5520	بايك بلازا برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 803-3804 فاكس: (317) 803-4493	46208 N. Meridian Street 3637	مركز الخدمات 2 برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 803-9480 فاكس: (317) 803-9483	46227 Madison 4024	مركز جنوب شرق برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 803-9576 فاكس: (317) 803-9581	46221 S. Kappes Street 1130	مركز جنوب غرب برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: (317) 803-4654 فاكس: (317) 803-9766	46218 Street rd 23 East 5950	غرب ويندسور فيليج برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
مركز Head Start بمقاطعة هاملتون		
المكتب: (317) 219-3839 فاكس: (317) 219-3845	.Oakmont Dr 17645 46062 Noblesville, IN	مركز HEAD START بمقاطعة هاملتون برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام