



Family Development Services

— A Head Start Organization —

عزيزي ولي الأمر/الوصي،

شكرًا لك على مشاركتك في برنامج Early Head Start/Head Start من مؤسسة Family Development Services. نبدأ التسجيل للعام الدراسي 2025-2026 يجب تعبئة حزمة عودة الطالب للعام الدراسي التالي من أجل حجز مقعدك في البرنامج. إذا كنت مهتمًا باليوم الكامل، فالرجاء إحضار إيصال سداد حديث و/أو جدول دراسي حديث بالنسبة إلى أولياء أمور/أوصياء الطفل أو الأطفال المسجلين. الرجاء الاتصال بمتخصص/مسؤول دعم الأسرة لحجز موعد في أقرب وقت ممكن. إذا كنت لا تريد أن يعود طفلك في الخريف، فالرجاء إبلاغ متخصص دعم الأسرة/مسؤول دعم الأسرة في أقرب وقت ممكن.

شكرًا لك مجددًا على إتاحة الفرصة للتعاون معك ومع طفلك.

Family Development Services

CAFÉ: 317-803-9607

Egledale: 317-282-0126

Pike Plaza: 317-563-8334

Southeast: 317-803-9480

Windsor Village East: 317-536-2059

Hamilton County: 317-219-3839

Service Center 2: 317-803-3804

Southwest: 317-803-9576

Windsor Village West: 317-803-4654

طلب برنامج HEAD START للعام 2025-2026



Family Development Services
A Head Start Organization

المركز المفضل: _____ الخيار الثاني: _____

هل أنت موظف حالي أو سابق في Family Development services
 هل لديك صديق أو فرد من العائلة يعمل حالياً أو سابقاً
 هل لديك حالياً قسامم CCDF

الطفل المتقدم:

النوع	تاريخ الميلاد	الاسم الأخير			الاسم الأول
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /				
إتقان اللغات الأخرى		اللغات الأخرى	إتقان اللغة الإنجليزية	من أصل إسباني	العرق
		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر/ السكان الأصليين لآلاسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق/ثنائي العرق
رقم التأمين/ميديكيد	الأهلية لميديكيد	التغطية الثانوية/الأخرى		تغطية التأمين الصحي الأساسية	
	<input type="checkbox"/> غير مؤهل <input type="checkbox"/> في ميديكيد <input type="checkbox"/> قدم طلباً (محتمل)	<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:	
اسم عيادة الطبيب وعنوانها ورقم هاتفها		اسم عيادة طبيب الأسنان وعنوانها ورقم هاتفها		رقم تغطية طب الأسنان	تغطية طب الأسنان
هل لطفلك أخ أو أخت تحضر حالياً برنامج Head Start/Early Head Start: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، اسم الأخ أو الأخت: _____					
هل يعاني 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:

النوع	تاريخ الميلاد	الآخر			الاسم الأول
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /				
إتقان اللغات الأخرى		اللغات الأخرى	إتقان اللغة الإنجليزية	من أصل إسباني	العرق
		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر/ السكان الأصليين لآلاسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق/ثنائي العرق
حدد جميع ما ينطبق لهذا البالغ	الحضانة	العلاقة بالطفل	الحالة الوظيفية	أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها	
<input type="checkbox"/> يعيش مع الأسرة <input type="checkbox"/> يوفر الدعم المالي <input type="checkbox"/> ولي أمر مرافق	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	<input type="checkbox"/> طبيعي/بالتبني/زوج الأب أو الأم <input type="checkbox"/> حفيد/ة <input type="checkbox"/> ابن/ة/الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> بالتبني <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> الصف 12 <input type="checkbox"/> الصف 9 أو أقل <input type="checkbox"/> خريج مدرسة ثانوية <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> كلية ما <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	
هل تحتاج لمتبرج فوري في موعدك: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة نعم، فاي لغة: _____					
عنوان البريد الإلكتروني: _____					

البالغ الثانوي:

النوع	تاريخ الميلاد	الآخر			الاسم الأول
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /				
إتقان اللغات الأخرى		اللغات الأخرى	إتقان اللغة الإنجليزية	من أصل إسباني	العرق
		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> البورمية <input type="checkbox"/> تشين <input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> متقن	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر/ السكان الأصليين لآلاسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق/ثنائي العرق
حدد جميع ما ينطبق لهذا البالغ	الحضانة	العلاقة بالطفل	الحالة الوظيفية	أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها	
<input type="checkbox"/> يعيش مع الأسرة <input type="checkbox"/> يوفر الدعم المالي <input type="checkbox"/> ولي أمر مرافق	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	<input type="checkbox"/> طبيعي/بالتبني/زوج الأب أو الأم <input type="checkbox"/> حفيد/ة <input type="checkbox"/> ابن/ة/الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> بالتبني <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> الصف 12 <input type="checkbox"/> الصف 9 أو أقل <input type="checkbox"/> خريج مدرسة ثانوية <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> كلية ما <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	
عنوان البريد الإلكتروني: _____					

معلومات الأسرة

حالة ولي الأمر	اللغة الأساسية في المنزل	أسرة مشردة	في الخدمة العسكرية	محاويون قدامى	إحالة من إدارة حماية الأطفال (DCS)	الحصول على المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)	برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)	دخل الضمان التكميلي (SSI)	معامنة 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

البالغ الأساسي

عنوان الإقامة	رقم الشقة	الولاية، المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
				<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون
العنوان البريدي (إن اختلف)	رقم الشقة	الولاية، المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
				<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون

لا نعم

هل هذا العنوان القانوني للطفل:

رقم الهاتف	النوع (حدد واحدًا)	ملاحظات (داخلي أو أفضل وقت للاتصال)	الرسائل النصية
	<input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> خلوي <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	الولاية، المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
				<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون
العنوان البريدي (إن اختلف)	رقم الشقة	الولاية، المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
				<input type="checkbox"/> ماريون <input type="checkbox"/> هاملتون

لا نعم

هل هذا العنوان القانوني للطفل:

رقم الهاتف	النوع (حدد واحدًا)	ملاحظات (داخلي أو أفضل وقت للاتصال)	الرسائل النصية
	<input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> غير ذلك		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> خلوي <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:

1. هل لدى طفلك أي مخاوف؟ أبدًا أحيانًا كثيرًا2. هل يكون طفلك العلاقات بسهولة مع البالغين و/أو الأقران؟ أبدًا أحيانًا كثيرًا3. هل تعتبر طفلك من الجادين؟ أبدًا أحيانًا كثيرًا4. هل يتدبر طفلك احتياجاته بالشكل المناسب؟ أبدًا أحيانًا كثيرًا

موافقة ولي الأمر/الوصي

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

تاريخ الطلب

توقيع ولي الأمر/الوصي



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	إيقديل 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 فيلج 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

