



طلب برنامج HEAD START للعام 2024-2023

المركز المفضل:

الخيار الثاني:

الرجاء تحديد البرنامج المفضل: Head Start: 6 ساعات (تدور-إثبات 9 صباحاً – 3 مساءً)
 Head Start: 8 ساعات (تدور-إثبات 8:30 صباحاً – 4:30 مساءً) يجب أن يكون ولي الأمر/الوصي موظفاً أو يدرس
 Head Start: 10 ساعة (تدور-إثبات 7:30 صباحاً – 5:30 مساءً) يجب أن يكون لدى ولي الأمر/الوصي قسائم صندوق رعاية وتنمية الطفل

الطفل المتقدم:

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	النوع
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /		
العرق			
من أصل إسباني	إتقان اللغة الإنجليزية	اللغات الأخرى	إتقان اللغات الأخرى
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قليل متوسط لا يوجد متقن	الإسبانية اليورمية تشيون العربية	قليل متوسط لا يوجد متقن
تغطية التأمين الصحي الأساسية			
رقم تغطية التأمين الصحي الأساسي	التغطية الثانوية/الأخرى	الأهلية لميديكيد	رقم التأمين/ميديكيد
<input type="checkbox"/> ميديكيد <input type="checkbox"/> خاص (غير شخص/صاحب العمل) <input type="checkbox"/> لا يوجد تأمين <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> ميديكيد <input type="checkbox"/> خاص (غير 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)	
رقم تغطية طب الأسنان	اسم عيادة طبيب الأسنان وعنوانها ورقم هاتفها	اسم عيادة الطبيب وعنوانها ورقم هاتفها	
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:

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	النوع
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /		
العرق			
من أصل إسباني	إتقان اللغة الإنجليزية	اللغات الأخرى	إتقان اللغات الأخرى
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قليل متوسط لا يوجد متقن	الإسبانية اليورمية تشيون العربية	قليل متوسط لا يوجد متقن
أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها			
الحالة الوظيفية	العلاقة بالطفل	الحضانة	حدد جميع ما ينطبق لهذا البالغ
<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل ودراسة <input type="checkbox"/> دوام جزئي ودراسة <input type="checkbox"/> مدرسة/تدريب <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	<input type="checkbox"/> يعيش مع الأسرة <input type="checkbox"/> يوفر الدعم المالي <input type="checkbox"/> ولي أمر مراهق
تدريب متقدم دبلوم جامعي بكالوريوس دبلوم التعليم العام (GED) الصف 10 الصف 11	<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		
هل تحتاج لمتزوج 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	تاريخ الميلاد	النوع
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	/ /		
العرق			
من أصل إسباني	إتقان اللغة الإنجليزية	اللغات الأخرى	إتقان اللغات الأخرى
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قليل متوسط لا يوجد متقن	الإسبانية اليورمية تشيون العربية	قليل متوسط لا يوجد متقن
أعلى درجة علمية تم الانتهاء منها			
الحالة الوظيفية	العلاقة بالطفل	الحضانة	حدد جميع ما ينطبق لهذا البالغ
<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمية <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل ودراسة <input type="checkbox"/> دوام جزئي ودراسة <input type="checkbox"/> مدرسة/تدريب <input type="checkbox"/> متقاعد أو معاق	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> جزئية	<input type="checkbox"/> يعيش مع الأسرة <input type="checkbox"/> يوفر الدعم المالي <input type="checkbox"/> ولي أمر مراهق
تدريب متقدم دبلوم جامعي بكالوريوس دبلوم التعليم العام (GED) الصف 10 الصف 11	<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		
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.

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: 9607 - 803 (317) فاكس: 9610 - 803 (317)	8902 East 38 th Street 46226	مركز C.A.F.E. برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 0126 - 282 (317) فاكس: 4493 - 803 (317)	5425 W. 34 th Street 46224	إيغليل برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 6900 - 472 (317) فاكس: 6902 - 472 (317)	3935 W. Mooresville Rd 46221	مركز جودوين برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 8334 - 563 (317) فاكس: 8339 - 563 (317)	5520 W. 38 th Street 46254	بايك بلازا برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 3804 - 803 (317) فاكس: 4493 - 803 (317)	3637 N. Meridian Street 46208	مركز الخدمات 2 برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 9480 - 803 (317) فاكس: 9483 - 803 (317)	4024Madson 46227	مركز جنوب شرق برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 9576 - 803 (317) فاكس: 9581 - 803 (317)	1130 S. Kappes Street 46221	مركز جنوب غرب برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 2059 - 536 (317) فاكس: 2067 - 536 (317)	5950 East 23 rd Street 46218	شرق ويندسور فيليج برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
المكتب: 4654 - 803 (317) فاكس: 9766 - 803 (317)	5950 East 23 rd Street 46218	غرب ويندسور فيليج برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام
مركز Head Start بمقاطعة هاملتون		
المكتب: 3839 - 219 (317) فاكس: 3845 - 219 (317)	17645 Oakmont Dr. Noblesville, IN 46062	مركز HEAD START بمقاطعة هاملتون برنامج Head Start للأطفال بعمر 3-5 أعوام