

برنامج مدينة فيلادلفيا لمرحلة ما قبل الروضة PHLprek

العام الدراسي 2019-2020 طلب الالتحاق ببرنامج مدينة فيلادلفيا لمرحلة ما قبل الروضة (PHLpreK)

هذا طلب التحاق ببرنامج مدينة فيلادلفيا لمرحلة ما قبل الروضة PHLpreK للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 3 و4 سنوات. إكمالك لهذا الطلب يعني تقدمك بطلب للمشاركة في البرنامج لدى مقدم برامج للتعليم المبكر مؤهل ومشارك. للاطلاع على قائمة المتقدمين المشاركين في برنامج PHLpreK، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.phlprek.org أو الاتصال بـ 844-PHL-PREK. يُمول برنامج PHLpreK من "الضرائب المفروضة على المشروبات في فيلادلفيا" (Philadelphia Beverage Tax).

معلومات عن الأهلية لبرنامج PHLpreK

تقتصر اشتراطات الأهلية للمشاركة في برنامج PHLpreK خلال العام الدراسي 2019-2020 على الآتي:

- يجب أن يكون عمر الطفل 3 أو 4 سنوات بحلول يوم 1 سبتمبر 2019
- يجب أن تكون الأسرة مقيمة في مدينة فيلادلفيا.

في حالة مغادرة الأسرة لمدينة فيلادلفيا، يجب على أولياء أمور/أوصياء الأطفال المسجلين في برنامج PHLpreK إخطار مقدم الخدمة الذي يزودهم بخدمات برنامج PHLpreK بذلك في غضون 15 يومًا؛ إذ إنه إذا غادرت الأسر مدينة فيلادلفيا، فلن تُصبح مؤهلة بعد لبرنامج PHLpreK.

سُتساعد المعلومات التي تم جمعها في هذا الطلب الفريق المسؤول عن برنامج PHLpreK في تزويد الأسر المشتركة في برنامج PHLpreK بالخدمات والموارد والمنافع. كذلك، ستتم الاستعانة بها لفهم المزيد عن الأسر التي تحصل على خدمات برنامج PHLpreK، ولتحديد الموارد الإضافية التي تحتاج إليها العائلات التي لديها أطفال صغار في المجتمع.

تظل معلومات تحديد الهوية الشخصية المدرجة في هذا الطلب سرية، وسيقتصر استخدام معلومات الاتصال الخاصة بالعائلة/الطفل على القائمين على برنامج PHLpreK، وذلك للتواصل مع العائلات بشأن البرنامج.

أسئلة طلب الالتحاق

معلومات عن الطفل/الأسرة

الاسم الأول للطفل: _____ اسم الطفل الأخير: _____

رقم الشارع المقيم فيه الطفل واسمه: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

تاريخ ميلاد الطفل: الشهر _____ / اليوم _____ / العام _____

نوع الطفل (حدد خيارًا واحدًا): ذكر أنثى أخرى

الاسم الأول لولي الأمر/الوصي: _____

الاسم الأخير لولي الأمر/الوصي: _____

علاقة ولي الأمر/الوصي بالطفل: _____

رقم هاتف ولي الأمر/الوصي: _____
 رقم الهاتف الجوّال رقم المنزل رقم العمل

عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي: _____

ليس لديّ عنوان بريد إلكتروني

الرمز البريدي لمكان عمل وليّ الأمر/الوصي أو المدرسة: _____

هل يعيش الطفل حاليًا في ملجأ أو مسكن مؤقت أو مسكن مشترك؟ (حدد خيارًا واحدًا) نعم لا

المعلومات السكانية

اللغة الرئيسية المستخدمة في المنزل: _____

اللغة الثانوية المستخدمة في المنزل: _____

سلالة الطفل (حدد خيارًا واحدًا):

- أمريكي هندي/من سكان ألاسكا الأصليين
 أمريكي أسود/أفريقي
 من سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ
 أخرى: _____
 أسويي
 متعدد الأعراق
 أبيض/قوقازي

الأصل العرقي للطفل (حدد خيارًا واحدًا):

إسباني/لاتيني غير إسباني/غير لاتيني

عدد الأشخاص المقيمين في المنزل (يرجى إدراج أي شخص يعيش في عنوانك تربطك به صلة دم أو زواج أو تبني): _____

دخل الأسرة السنوي*

أفضل عدم الإفصاح عن ذلك

*لا يُحدّد دخل الأسرة السنوي أهليتك لبرنامج PHLpreK. يتم طلب هذه المعلومة لأغراض إحصائية فقط.

ما نوع القطاع الذي يعمل فيه وليّ الأمر/الوصي بشكل أساسي؟ (حدد خيارًا واحدًا)

- التعليم الرعاية الصحيّة
 الخدمات الماليّة خدمات النقل متقاعد
 أخرى: _____
 الحكومة الفيدرالية، أو حكومة الولاية أو الحكومة المحليّة

هل يحصل طفلك حاليًا على خدمات التدخل المبكر؟ (حدد خيارًا واحدًا) نعم لا

هل لدى طفلك حاليًا خطة خدمة الأسرة المنفردة أو برنامج تعليم فردي؟ (حدد خيارًا واحدًا) نعم لا

معلومات عن الخدمة

سنة الخدمة: _____
العام الدراسي (180 يومًا)
(حدد خيارًا واحدًا) سنة كاملة (260 يومًا)

يوم الخدمة: _____
جزء من اليوم (5.5 ساعات)
(حدد خيارًا واحدًا) يوم كامل (أكثر من 5.5 ساعات)
*يُعطى برنامج PHLpreK 5.5 ساعات من الوقت التعليمي.

إذا كانت الخدمة تقدّم طوال اليوم أو طوال العام، يُرجى تحديد مصدر التمويل التكميلي الذي يغطي الفترة التي تتجاوز مدة التمويل التي يغطيها برنامج PHLpreK:

إعانة أعمال رعاية الطفل دفع خاص أخرى، يرجى التحديد: _____

معلومات عن تفضيلات مقدم الخدمة

ما عدد الساعات اليومية التي تفضل أن يحضر خلالها طفلك برنامج التعلم المبكر؟ _____

إذا كنت تسعى لتسجيل طفلك لأكثر من عدد الساعات التي يوفرها لك برنامج PHLpreK مجاناً، فما المبلغ الذي ستكون مستعداً لسداده مقابل الرعاية (شهرياً)؟ _____

هل تسعى إلى تسجيل أحد أشقاء طفلك في برنامج الرضع/الأطفال الدارجين؟ نعم لا

هل تسعى إلى تسجيل أحد أشقاء طفلك في برنامج السن الدراسي؟ نعم لا

كيف تخطط للانتقالات الخاصة ببرنامج التعلم المبكر الخاص بطفلك؟ (حدد كل ما ينطبق)

أقود و/أو أسمح لشخص آخر بأن يقود السيارة لي بالحاافلة و/أو الشاحنة

قطار Broad Street Line/Market Frankford Line السكك الحديدية الإقليمية

السير أخرى، يرجى التوضيح: _____

كم دقيقة تنوي قضاءها في الانتقالات الخاصة ببرنامج التعلم المبكر الخاص بطفلك؟ (حدد خياراً واحداً)

من 1-15 دقيقة من 16-30 دقيقة من 31-45 دقيقة أكثر من 45 دقيقة

إذا كانت المسافة/الراحة أحد العوامل التي تؤثر في اختيارك لهذا الموقع، فأَي العوامل أدناه أكثر أهمية؟ (حدد خياراً واحداً)

القرب من المنزل القرب من المنزل/المدرسة

في رأيك، ما أهم ثلاث أولويات بالنسبة لك عند اختيارك لبرنامج التعلم المبكر لطفلك؟ (حدد ثلاثة خيارات من القائمة التالية)

القدرة على تحمل التكاليف جاهزية المدرسة/المنهج الدراسي

بيئة آمنة برنامج التغذية لدى إحدى المدارس الابتدائية

الوجبات المقدمة تقييم الجودة طبقاً لنظام Keystone STARS

مساحة اللعب الخارجية الموفرة الإحالة الشخصية/السمعة

الرعاية المقدمة للأطفال الرضع الأشقاء المسجلون بالمركز بالفعل

الخدمات الاجتماعية الأخرى المقدمة أخرى، يرجى التوضيح: _____

كيف سمعت عن برنامج PHLpreK؟ (حدد كل ما ينطبق)

إعلان صادر عن هيئة النقل جنوب شرق ولاية بنسلفانيا SEPTA

قائد مجتمعي

الموقع الإلكتروني لبرنامج PHLpreK

أحد الأصدقاء/أحد أفراد الأسرة (السمعة)

إعلان بالجريدة

مكتب الطبيب

- مراسلة بخصوص أعمال رعاية الطفل
- المنطقة التعليمية
- مواقع التواصل الاجتماعي
- قصة إخبارية
- إعلان إذاعي
- أخرى: _____

إقرار الأهلية

أقر أنا، بصفتي مقدمًا لخدمات برنامج PHLpreK، بأن هذا الطفل مقيم في مدينة فيلادلفيا وعمره 3 أو 4 سنوات في يوم 1 سبتمبر 2019 (ولم يبلغ سن دخول رياض الأطفال في يوم 1 سبتمبر 2019)، وقد تمت إحالته إلى مركز موارد التعلم المبكر ELRC لتحديد أهليته للحصول على خدمات أخرى. وأؤكد أن جميع وثائق التحقق (تاريخ الميلاد والإقامة) محفوظة في ملف في مكان الموقع.

اسم الموظف _____
المسمى الوظيفي _____
التاريخ _____

يعني توقيع أولياء أمور/أوصياء الأطفال المسجلين في برنامج PHLpreK على هذا النموذج موافقتهم على إخطار مقدم خدمات برنامج PHLpreK في غضون 15 يومًا في حالة مغادرة العائلة لحدود مدينة فيلادلفيا.

يرجى التوقيع بالحروف الأولى هنا إذا وافقت، بصفتك أحد أولياء الأمور/الأوصياء في برنامج PHLpreK، على تلقي رسائل نصية من الفريق المسؤول عن البرنامج: _____

توقيع مقدم الخدمة وولي الأمر/الوصي

توقيع مقدم الخدمة _____
التاريخ _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____
التاريخ _____