

العام الدراسي 2021-2022 طلب PHLpreK

هذا طلب خاص بـ PHLpreK، برنامج مرحلة ما قبل رياض الأطفال بمدينة فيلادلفيا للأعمار التي تتراوح بين 3 و4 سنوات. باستكمال هذا الطلب، أنت تتقدم للمشاركة في البرنامج لدى أحد موفري خدمة برنامج التعلم المبكر المؤهلين والمشاركين. للاطلاع على قائمة موفري خدمة PHLpreK المشاركين، برجاء زيارة www.phlprek.org أو الاتصال بـ PHL-PREK-844. يتم تمويل برنامج PHLpreK عن طريق ضريبة المشروبات في فيلادلفيا.

نبذة عن الأهلية لبرنامج PHLpreK

متطلبات الأهلية الوحيدة للمشاركة في برنامج PHLpreK خلال العام الدراسي 2021-2022 هي:

- يجب أن يتراوح عمر الطفل بين 3 و4 سنوات في 1 سبتمبر 2021
- يجب أن تكون العائلة مقيمة في فيلادلفيا

ستساعد المعلومات المجموعة في هذا الطلب فريق PHLpreK في ربط أسر PHLpreK بالخدمات والمصادر والمزايا. كما سستخدم المعلومات المجموعة في هذا الطلب لفهم المزيد عن الأسر التي تصل إلى برنامج PHLpreK ولتحديد المصادر الإضافية اللازمة في المجتمع للأسر التي لديها أطفال صغار.

ستظل معلومات التعريف الشخصية المضمنة في هذا الطلب سرية ولن يستخدم طاقم عمل PHLpreK معلومات الاتصال بالطفل/الأسرة إلا للتواصل مع الأسر بخصوص برنامج PHLpreK.

أسئلة الطلب

معلومات الطفل

اسم الطفل الأول: _____ اسم الطفل الأوسط: _____

اسم الطفل الأخير: _____

رقم واسم الشارع الذي يسكن به الطفل: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هل يعيش الطفل حاليًا في ملجأ أو سكن مؤقت أو سكن مشترك؟ (اختر واحدة) نعم لا

تاريخ ميلاد الطفل: يوم _____ / شهر _____ / سنة _____

نوع الطفل (اختر واحدة): ذكر أنثى أخرى نوع الطفل

هل حصل طفلك سابقًا على خدمات رعاية الطفل؟ (اختر واحدة) نعم لا

هل يحصل طفلك حاليًا على خدمات التدخل المبكر؟ (اختر واحدة) نعم لا

هل يملك طفلك خطة خدمات أسرية مخصصة حالية (IFSP) أو خطة تعليم مخصصة حالية (IEP)؟ (اختر واحدة) نعم لا

معلومات الأسرة

مقدم الرعاية الأول

الاسم الأول لولي الأمر/الوصي: _____
الاسم الأخير لولي الأمر/الوصي: _____
صلة ولي الأمر/الوصي بالطفل: _____
رقم هاتف صلة ولي الأمر/الوصي: _____
□ خلوي □ منزل □ عمل
عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي: _____

مقدم الرعاية الثاني

الاسم الأول لولي الأمر/الوصي: _____
الاسم الأخير لولي الأمر/الوصي: _____
صلة ولي الأمر/الوصي بالطفل: _____
رقم هاتف صلة ولي الأمر/الوصي: _____
□ خلوي □ منزل □ عمل
عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي: _____

اتفاقية الكفالة

سيفترض البرنامج عدم وجود قيود فيما يتعلق بحق ولي الأمر/الوصي في البقاء على اطلاع بتقديم طالبه/طالبتة في المدرسة ومشاركته/مشاركتها في الأنشطة المدرسية. سيُمنع ولي الأمر/الوصي فقط من المشاركة في تعليم طالبه/طالبتة في حال التوقيع على أمر محكمة (مثل مرسوم طلاق أو أمر كفالة أو أمر تقييدي) يقيد تحديدًا وصول ولي الأمر/الوصي إلى الطالب. في حال وجود قيود، يجب على ولي الأمر/الوصي الذي يمتلك حق الكفالة القانونية تقديم نسخة موقعة من أمر المحكمة الذي ينص على الحقوق المقيدة.

هل توجد اتفاقية كفالة لهذا الطفل يجب أن نكون على علم بها: (اختر واحدة) □ نعم □ لا
** إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم نسخة من اتفاقية الكفالة.

بناءً على اتفاقية الكفالة، يُرجى تحديد من يجب الاتصال به للأسباب التالية:

- التسجيل والفصل: _____
□ الحضور وتقييم البرنامج: _____
□ المقرر وتقدم الطفل وسجلات الطفل: _____
□ أنشطة البرنامج والاجتماعات والسياسات: _____
□ الحوادث والأمراض والاتصالات الطارئة: * _____

* 2222222222 22 2222222 2222 22222222 22222222 22222222 22222222 22222222

المعلومات الديموغرافية

**تشير الأسرة الأساسية إلى المكان الذي يعيش فيه الطفل

لغة الأسرة الأساسية: _____

لغة الأسرة الثانوية: _____

عرق الطفل (اختر كل ما ينطبق):

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

إثنية الطفل (اختر واحدة):

- هسباني/لاتيني
 ليس هسباني/لاتيني

عدد أفراد الأسرة التي يعيش فيها الطفل (برجاء إدراج كل من يعيش في هذه الأسرة): _____

* دخل الأسرة السنوي لا يحدد الأهلية لبرنامج PHLpreK. هذه المعلومات مطلوبة لأغراض إحصائية فقط.

الدخل في الـ 12 شهرًا الماضية * قدم أفضل تقدير لإجمالي مبلغ الدخل الذي حصل عليه جميع أفراد الأسرة حيث يعيش الطفل بالتزامن خلال الـ 12 شهرًا الماضية (إجمالي المبلغ للـ 12 شهرًا الماضية).

إجمالي مبلغ يتضمن الأجور، الرواتب، دخول التقاعد، مبالغ المساعدة العامة و/أو دخول الأعمال الحرة.

\$	□	□	□	□	□	□	.00
----	---	---	---	---	---	---	-----

إجمالي مبلغ الـ 12 شهرًا الماضية

أفضل عدم الكشف عنه

في أي نوع من الصناعات يعمل ولي الأمر/الوصي في الأساس؟ (اختر كل ما ينطبق)

- التعليم
 الرعاية الصحية
 حكومة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية
 الخدمات التجارية والمالية
 خدمات النقل
 متقاعد
 الإنشاء والاستخلاص
 التجزئة والمبيعات
 الصناعات الغذائية
 قانوني
 غير ربحي
 خدمات مجتمعية واجتماعية
 الصرف الصحي والصيانة
 التصنيع
 مهنة الإنتاج
 مهنة الإدارة
 مقدم رعاية من المنزل
 لا أعمل حاليًا
 عمل غير تعويضي
 أخرى: _____

معلومات الخدمة

*سُتستخدم المعلومات المجموعة في هذا القسم لتحديد المصادر الإضافية التي قد تحتاج إليها الأسر في نظام PHLpreK. برجاء إكمال هذا القسم بالكامل.

- يوم الخدمة: جزء من اليوم (5.5 ساعات) سنة الخدمة: العام الدراسي (180 يومًا)
(اختر واحدة) يوم كامل (أكثر من 5.5 ساعات) عام كامل (260 يومًا)
*لا يغطي برنامج PHLpreK إلا 5.5 ساعات من الوقت التعليمي.

في حال اليوم الكامل أو العام الكامل، يُرجى الإشارة إلى ماهية مصدر التمويل التكميلي للوقت الزائد عما يموله برنامج PHLpreK :
 دعم مالي لأعمال رعاية الطفل راتب خاص أخرى، برجاء التحديد: _____

معلومات تفضيل موافر الخدمة

*المعلومات المجموعة في هذا القسم سُتستخدم لتحديد أولويات الأسر في نظام PHLpreK وتُستخدم لاتخاذ قرارات بخصوص مكان مقاعد PHLpreK. برجاء إكمال هذا الجزء بالكامل.

كم عدد ساعات اليوم التي تفضلها لحضور طفلك برنامج PHLpreK؟ _____

إذا كنت تسعى لتسجيل طفلك لأكثر من 5.5 ساعات المجانية التي يوفرها لك برنامج PHLpreK، فكم المبلغ الذي ترغب في سداده مقابل الرعاية (في الشهر)؟ _____؟؟

هل تسعى لتسجيل أخ أو أخت لطفلك في برنامج الرضع/الأطفال الصغار؟ نعم لا

هل تسعى لتسجيل أخ أو أخت لطفلك في برنامج سن المدرسة؟ نعم لا

كيف تخطط للانتقال إلى برنامج التعلم المبكر الخاص بطفلك؟ (اختر كل ما ينطبق)

سأقله و/أو سأطلب من شخص آخر أن يقلني الحافلة و/أو العربة

مترو ماركت فرانكفورد/مترو بروود ستريت السكك الحديدية الإقليمية

سيرًا أخرى، برجاء ذكر الوسيلة _____

كم عدد الدقائق التي تريدها للانتقال إلى برنامج التعلم المبكر الخاص بطفلك؟ (اختر واحدة)

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

إذا كانت المسافة/الراحة عاملاً في اختيار هذا المكان، فما العامل الأكثر أهمية؟
(اختر واحدة) القرب من المنزل القرب من العمل/المدرسة

اذكر أهم ثلاث أولويات لديك عند اختيار برنامج التعلم المبكر لطفلك؟ (اختر ثلاثة من القائمة أدناه)

القدرة على تحمل التكاليف الاستعداد للمدرسة/المنهج الأكاديمي

البيئة الآمنة برنامج التغذية لدى المدرسة الابتدائية

الوجبات المقدمة تصنيف جودة النجوم الرئيسي (Keystone STAR)

مساحة اللعب الخارجية المتوفرة الإحالة الشخصية/الكلمات الإيجابية

رعاية الرضع المقدمة الإخوة/الأخوات المسجلون في المركز بالفعل

