

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023
الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي
مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.
تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج
أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.
إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء):

إقرأ من فضلك النماذج بعناية بالغة.

فضلك، وقع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم
وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

يتعين إرجاع هذه النماذج إلى المركز قبل أو في اليوم
الذي يبدأ فيه طفلك الدراسة.

السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في
هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية.



HEAD START &
CHILDREN'S SERVICES

bostonheadstart.org | headstart@bostonabcd.org | 617.348.6272

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأنونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

اسم الطفل: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

اسم الوالد/الوصي: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

خطة الوصول والمغادرة: التربية المبكرة الأولى، التربية المبكرة والعناية بالطفل.

أعطي الإذن بالسماح لابني بالخروج من المركز في نهاية يوم البرنامج وتسليمه إلى الشخص (الأشخاص) المعين المدرج أدناه وبالطريقة المذكورة أعلاه. إذا كان الوالد / الوصي القانوني فقط مفوضاً لاصطحاب الطفل، أشر أدناه إلى «لا أحد». إذا كان الطفل مشمولاً بأمر زجري، يتعين عليك تسليم نسخة من هذا الأمر إلى المركز.

من فضلك، تحقق من ما إذا كان الشخص المسمى مفوضاً للالتقاط فقط، أو لحالات الطوارئ فقط أو للمهتمين معاً.

1. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
 معاً حالات الطوارئ فقط الالتقاط
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف الخلوي _____

2. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
 معاً حالات الطوارئ فقط الالتقاط
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف الخلوي _____

3. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
 معاً حالات الطوارئ فقط الالتقاط
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف الخلوي _____

سوف يصل طفلي إلى مركز التربية المبكرة الأولى أو التربية المبكرة أو العناية بالطفل:

إيصال الوالد / الوصي

السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)

بواسطة هيئة النقل بخليج ماساتشوستس (MBTA) (قطار / حافلة) بصحبة شخص يبلغ 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)

وسائل النقل الخاصة التي يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل الوالدة)

يتم ترتيب وسائل النقل الخاصة من قبل النظام المحلي للمدارس العمومية أو إدارة الأطفال والأسر (DCF)

آخر (حدد من فضلك)

سوف يغادر طفلي مركز التربية المبكرة الأولى أو التربية المبكرة أو العناية بالطفل:

إيصال الوالد / الوصي

السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)

بواسطة هيئة النقل بخليج ماساتشوستس (MBTA) (قطار / حافلة) بصحبة شخص يبلغ 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)

وسائل النقل الخاصة التي يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل الوالدة)

يتم ترتيب وسائل النقل الخاصة من قبل النظام المحلي للمدارس العمومية أو إدارة الأطفال والأسر (DCF)

آخر (حدد من فضلك)

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إذن الفحص: أمنح الإذن لموظفي أ ب ج د (ABCD) لإجراء الفحوصات التالية كجزء من خدمات التربية المبكرة العادية كما هو موضح في الصفحات 19 - 20 من الكتيب:

البصر: يتحقق الطاقم الصحي من بصر طفلك باستخدام جهاز فحص البصر سبوت (SPOT) أو قد يتم إكمال الفحص من قبل طلاب البصريات من كلية نيو إنجلاند للبصريات (New England College of Optometry) تحت إشراف أساتذة إكلينيكيين من هذا البرنامج. نقوم بهذا الفحص لرصد ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في البصر. تتطلب معايير أداء برنامج التربية المبكرة إجراء فحص البصر خلال أول 45 يوماً من تسجيل الطفل.

السمع: يتحقق الطاقم الصحي من سمع طفلك باستخدام أداة فحص الانبعاثات الأذنية الصوتية (OAE) لرصد ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في السمع. تتطلب معايير أداء برنامج التربية المبكرة إجراء فحص السمع خلال أول 45 يوماً من تسجيل الطفل.

الطول/الوزن: يقوم الطاقم الصحي بوزن وقياس كل طفل مرتين في السنة باستخدام الميزان وطاولة قياس الطول (stadiometer) لضمان معدل النمو المناسب. تجرى هذه الفحوصات في جو جماعي ويستمتع معظم الأطفال بهذا النشاط حقاً.

يتمثل الغرض من هذه الفحوصات في تزويدك أنت والموظفين بفحص موجز لصحة طفلك ونموه. قد تشير بعض نتائج الفحص إلى الحاجة إلى مزيد من التقييم. إذا كان هناك أية إشارة إلى الحاجة إلى مزيد من التقييم، سيتم إبلاغك وإدراجك في إعداد خطة تلبية احتياجات طفلك على أفضل وجه. إذا كانت لديك أسئلة، فيتعين عليك الاتصال بمدير خدمات الصحة والتغذية في برنامجك لشرح الأسئلة المتعلقة بفحوصات البصر والسمع أو الطول والوزن. ضع علامة في المربع أدناه فقط إذا كنت لا تريد من الموظفين إجراء الفحوصات المذكورة أعلاه.

□ لا أسمح لطاقم التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD Head Start) بإجراء فحوصات البصر والسمع أو قياسات الطول والوزن

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

الموافقة على الإفصاح بالبيانات الشخصية لبرنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) بماساشوستس:

اسم الطفل القانوني: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____
(اكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

إقرأ، من فضلك، هذا النموذج بعناية وضع علامة على مربع واحد من المربعات أدناه قبل التوقيع على هذه الموافقة. تقدم التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) خدمات صحية عالية الجودة وصحة الفم والصحة العقلية وخدمات التغذية لدعم نمو كل طفل مسجل واستعداده للمدرسة. يتمثل الغرض من هذه الموافقة في السماح لـ أ ب ج د (ABCD) بتقاسم بعض البيانات الديموغرافية والصحية تهم طفلك المذكورة أعلاه مع الموظفين المعتمدين من إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس الذين يديرون برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال التكميلي (WIC) يتوخى تقاسم هذه البيانات الزيادة في التسجيل في برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) وفي التربية المبكرة (Head Start) وتسهيل تنسيق خدمات الصحة والتغذية من أجل تحسين التربية الصحية ورفاهية الأفراد المشاركين في تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) بماساتشوستس والمسجلين في برنامج التربية المبكرة أ ب ج د / برنامج التربية المبكرة الأولى.

□ أرخص لبرنامج التربية المبكرة أ ب ج د والتربية المبكرة الأولى (ABCD Head Start & Children's Services) بتقاسم البيانات التالية مع طاقم إدارة الصحة العامة التي تدير برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) في ماساتشوستس (طاقم برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC): اسمي وعنواني والبيانات الشخصية التالية عن طفلي المذكورة أعلاه: (1) الاسم؛ (2) تاريخ الميلاد؛ (3) قيم قياس الطول والوزن؛ (4) قيم الهيموغلوبين / الهيماتوكريت؛ (5) المدخول الغذائي و (6) مستويات الرصاص.

أو

□ أرخص لبرنامج التربية المبكرة أ ب ج د والتربية المبكرة الأولى (ABCD Head Start & Children's Services) بتقاسم البيانات التالية مع طاقم البرنامج فقط: (1) اسمي؛ (2) عنواني؛ (3) اسم طفلي و (4) تاريخ ميلاد طفلي.

لقد قرأت وفهمت هذا النموذج وتم الرد على أسئلتي حوله. أدرك أن هذه الموافقة طوعية وأنها ستكون سارية لمدة عام واحد من التاريخ المذكور أدناه، إلا إذا أبلغت برنامج التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) مسبقاً كتابياً بأنني أسحب موافقتي كلياً أو جزئياً. أفهم أن سحب هذه الموافقة لا يمكن أن ينطبق على البيانات التي تم تقاسمها قبل إلغاء الموافقة. أدري أنه لدي الحق في تسليم نسخة من هذا النموذج بعد توقيع علي.

اسم الوالد/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

الترخيص بالإفصاح عن البيانات الصحية:

اسم الطفل: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

اسم الوالد/الوصي: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

نتفهم أن بيانات طفلك الصحية شخصية وسوف نحمي خصوصية تلك البيانات. نحتاج إلى إذنك قبل أن نتمكن من الحصول على بيانات طفلك الصحية من مقدمي الرعاية الصحية لطفلك. سيساعدك طاقم برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD Head Start) في إكمال النموذج والإجابة على أية أسئلة قد تخطر ببالك. إقرأ، من فضلك، البيانات أدناه بعناية قبل التوقيع على هذا النموذج.

اسم مقدم الرعاية الصحية الذي تريده أن يتقاسم البيانات الصحية مع برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD Head Start):

الاسم والعنوان	الهاتف	الفاكس
متعلق بالصحة		
متعلق بطب الأسنان		
آخر		

أرخص لبرنامج التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) بالإفصاح و / أو الحصول على بيانات طفلي الصحية كما مبيّن موضع في الصفحات 24-25 من هذا الكتيب.

إنك، من خلال التوقيع على نموذج الإذن هذا، ترخص باستخدام أو تقاسم بيانات طفلك الصحية المحمية كما هو مبيّن أعلاه. من حقك رؤية ونسخ البيانات الصحية المبينة في نموذج الإذن هذا. من حقك أيضاً تسلم نسخة من هذا النموذج بعد توقيعك عليه.

إذا وقعت على هذا الإذن، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت، إلا إذا البيانات الصحية قد تم تقاسمها من قبل بناء على ترخيصك. لإلغاء هذا الإذن، قم من فضلك بإشعار مدير البرنامج كتابياً في مركز التربية المبكرة الخاص بطفلك.

لقد قرأت هذا النموذج وتم الرد على جميع أسئلتي حوله. أقر، من خلال التوقيع، بأنني قد قرأت وقبلت كل ما سبق.

لا، لا أرخص لبرنامج التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) بالإفصاح و / أو الحصول على بيانات طفلي الصحية إذا لم توقع على هذا الإذن، لن يتمكن برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال من الحصول على بيانات طفلك الصحية مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية الخاصين به وستكون مسؤولاً عن الحصول عليها وتسليمها للمركز. وهذا يعني أيضاً أن التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال لن تتقاسم بيانات طفلك الصحية مع مقدمي خدمات طفلك وأنك ستكون مسؤولاً عن تزويدهم بهذه المعلومات مباشرة.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

الموافقة على إعطاء الواقي الشمسي:

أسمح لطاقم أ ب ج د بإعطاء طفلي مستحضر الواقي من الشمس. أدرك أن هذا المستحضر سيستخدم في الأنشطة الخارجية في فصل الصيف. ضع علامة في المربع أدناه فقط إذا كنت لا تريد من الطاقم إعطاء طفلك مستحضر الواقي من الشمس.

لا، لا أسمح لطاقم أ ب ج د بإعطاء طفلي مستحضر الواقي من الشمس.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

الموافقة على إعطاء معقم اليدين:

أسمح لطاقم أ ب ج د بإعطاء طفلي معقم اليدين. أدرك أن معقم اليدين لن يتم استخدامه بدلاً من غسل اليدين وأن إعطائه يتم فقط تحت إشراف الطاقم. سيتم استخدام معقم اليدين فقط عندما لا يكون غسل اليدين متاحاً. سوف تحتوي معقمات الأيدي على 60 بالمائة على الأقل من الإيثانول أو 70 بالمائة على الأقل من الأيزوبروبانول. لن يتم إعطاء معقم اليدين للأطفال دون سن الثانية تحت أي ظرف من الظروف. ضع علامة في المربع أدناه فقط إذا كنت لا تريد من الطاقم إعطاء طفلك معقم اليدين.

لا، لا أسمح لطاقم أ ب ج د بإعطاء طفلي معقم اليدين.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة. تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج. أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

نموذج الإذن في حالات الطوارئ / الإسعافات الأولية - العام الدراسي 2022-2023

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

اسم الوالد/الوصي: _____ الهاتف خلال النهار: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

العنوان: _____

اسم الطوارئ: _____ هاتف الطوارئ: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

أسمح، بصفتي الوالد / الوصي القانوني، لطاقتي التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start and Children's Services) المعتمد في الإسعافات الأولية للأطفال وإنعاش القلب والرنين (CPR) لتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي حسب الحاجة ونقله، إذا لزم الأمر، إلى المستشفى أو أقرب منشأة طبية لتلقي رعاية الطوارئ. أفهم أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي في حالة الطوارئ. أعطي موافقتي، إذا تعذر الاتصال بي، لجهة اتصال الطوارئ المذكورة أعلاه للتصرف نيابة عني إلى أن أكون متاحاً. في حالة تعذر الاتصال بأي شخص، أخصص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب في مرفق العلاج أن يقوم بالإجراءات المناسبة والعلاج الطبي اللازم لطفلي.

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير.

توقيع الوالد/الوصي:

التاريخ:

يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

الملف: حقيبة الإسعافات الأولية بالفصول الدراسية

أب (أغسطس) 2022

نموذج الإذن في حالات الطوارئ / الإسعافات الأولية - العام الدراسي 2022-2023

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

اسم الوالد/الوصي: _____ الهاتف خلال النهار: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

العنوان: _____

اسم الطوارئ: _____ هاتف الطوارئ: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

أسمح، بصفتي الوالد / الوصي القانوني، لطاقتي التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start and Children's Services) المعتمد في الإسعافات الأولية للأطفال وإنعاش القلب والرنين (CPR) لتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي حسب الحاجة ونقله، إذا لزم الأمر، إلى المستشفى أو أقرب منشأة طبية لتلقي رعاية الطوارئ. أفهم أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي في حالة الطوارئ. أعطي موافقتي، إذا تعذر الاتصال بي، لجهة اتصال الطوارئ المذكورة أعلاه للتصرف نيابة عني إلى أن أكون متاحاً. في حالة تعذر الاتصال بأي شخص، أخصص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب في مرفق العلاج أن يقوم بالإجراءات المناسبة والعلاج الطبي اللازم لطفلي.

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير.

توقيع الوالد/الوصي:

التاريخ:

يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

الملف: ملف الطفل

أب (أغسطس) 2022

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة. تنتهي صلاحية هذه الأنونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج.

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

بيانات الطفل الطبية



صورة الطفل

مقدم الرعاية الصحية للطفل: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والبيانات الطبية لحالات الطوارئ

بيانات الطفل الطبية



صورة الطفل

مقدم الرعاية الصحية للطفل: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والبيانات الطبية لحالات الطوارئ

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): اقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE)

مكتب برامج الغذاء والتغذية

متطلبات ووثائق تسجيل الطفل

برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين - مراكز رعاية الأطفال

يُطلب من مراكز رعاية الأطفال التي تشارك في برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) جمع بيانات التسجيل سنوياً من الآباء والأوصياء.

يتعين أن تتضمن ووثائق التسجيل:

الأيام والساعات العادية لكل طفل مسجل في الرعاية وخدمات الوجبات التي يشارك فيها عادة كل طفل

توقيع الوالد أو الوصي

التحديث السنوي للبيانات.

7 CFR 226.15(e)(2) & 226.17(b)(7)

لتوثيق بيانات التسجيل، يجوز لمراكز رعاية الأطفال استخدام نماذج تسجيل الخاصة بمراكز رعاية الأطفال التي تشارك في برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) المرفقة أو تكييف نموذج خاص بها. يجب أن تتضمن الاستمارة المكيفة نفس الأسئلة ونفس القصد منها كما هي في نموذج إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE) لتسجيل الأطفال. يتعين على الرعاة والمراكز الذين يختارون تكييف نموذج التسجيل تسليم نسخة إلى إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE) للمراجعة والموافقة قبل الاستخدام والتوزيع.

يتعين على الوالد / الوصي إكمال النموذج بالكامل بالبيانات الحالية والتوقيع عليه وإدراج تاريخ النموذج.

لا يجوز للمراكز المطالبة بالتعويض عن أي مشاركون بدون توقيع الوالد/ الوصي على نموذج التسجيل (جديد أو تجديد) في الملف. يبقى كل نموذج تسجيل طفل ساري المفعول لمدة عام واحد كحد أقصى.

يتعين على الرعاة والمراكز إجراء التحقق من التحرير للتأكد من الدقة المكتوبة وتأكد البيانات المدخلة في جميع نماذج تسجيل الأطفال.

إذا كان لديك أي سؤال حول متطلبات جمع بيانات التسجيل، اتصل من فضلك بخدمات التغذية الخاصة بإدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE) على 781-338-6480.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الثأر أو الانتقام من نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم تنفيذه أو تمويله من قبل وزارة الزراعة الأمريكية.

يتعين على الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بالحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولائية أو المحلية) حيث تقدموا بطلب الحصول على الفوائد. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل نموذج شكوى التمييز الخاصة ببرنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية مع تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على 866-632-9992. أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:

(1) البريد الإلكتروني: وزارة الزراعة الأمريكية، مكتب الوزير المساعد المكلف بالحقوق المدنية
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص.

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والترخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

نموذج تسجيل الطفل — برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين

عزيزي الوالد/ الوصي:

يسارك مركز رعاية الطفل الخاص بك _____ في برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) الذي تديره إدارة ماساتشوستس للتعليم الابتدائي والثانوي.

يجب أن تفي الوجبات المقدمة بمتطلبات التغذية التي وضعها برنامج غذية رعاية الأطفال والبالغين التابع لوزارة الزراعة الأمريكية. للمشاركة، وافق مركز رعاية الأطفال على اتباع توجيهات وزارة الزراعة الأمريكية. الحصول على بيان طبي من طبيبك ضروري إذا كان طفلك لا يستطيع تناول الأطعمة التي يتطلبها برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP).

في محاولة لتقييم تلبية هذه المتطلبات، تطلب وزارة الزراعة الأمريكية وبرنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) من مراكز رعاية الأطفال جمع بيانات التسجيل المدرجة أدناه سنوياً.

أكمل من فضلك النموذج وأرجعه إلى مركز الرعاية الخاص بطفلك. يتعين إكمال الجزء الأول والجزء الثالث من قبل جميع الأسر أو الأوصياء. يتم إكمال الجزء 2 فقط في حالة تسجيل طفل رضيع (أقل من 12 شهراً).

الجزء 1: بيانات تسجيل الطفل

اسم الطفل: _____ (اكتب من فضلك بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد الطفل: _____
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل في الساعات من: _____ صباحاً إلى _____ مساءً (على سبيل المثال 7:30 صباحاً – 5:00 مساءً)	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة: _____ الأيثنين _____ الثلاثاء _____ الأربعاء _____	تحقق من الوجبات التي تطلبها والتي يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية: _____ الخميس _____ الجمعة _____
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة

الطفل الثاني (إن وجد)

اسم الطفل: _____ (اكتب من فضلك بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد الطفل: _____
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل في الساعات من: _____ صباحاً إلى _____ مساءً (على سبيل المثال 7:30 صباحاً – 5:00 مساءً)	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة: _____ الأيثنين _____ الثلاثاء _____ الأربعاء _____	تحقق من الوجبات التي تطلبها والتي يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية: _____ الخميس _____ الجمعة _____
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة

الطفل الثالث (إن وجد)

اسم الطفل: _____ (اكتب من فضلك بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد الطفل: _____
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل في الساعات من: _____ صباحاً إلى _____ مساءً (على سبيل المثال 7:30 صباحاً – 5:00 مساءً)	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة: _____ الأيثنين _____ الثلاثاء _____ الأربعاء _____	تحقق من الوجبات التي تطلبها والتي يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية: _____ الخميس _____ الجمعة _____
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة

إذا كان هناك أطفال آخرون تحت الرعاية، تفضل بإكمال النماذج الإضافية حسب الحاجة.

خاص للاستخدام من قبل مكتب الراعي فقط

تاريخ سريان نموذج التسجيل هذا: آب (أغسطس) 2022 حتى آب (أغسطس) 2023 السنة المالية: 2022-2023
يمكن احتساب تاريخ السريان بأثر رجعي يعود إلى اليوم الأول الذي يشارك فيه الطفل في برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) طالما أنه يحدث في نفس الشهر الذي تم فيه استلام هذا النموذج.

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

الجزء 2: إشعار وجبات الرضع (من الولادة حتى 11 شهراً)

تقدم وجبات مغذية تسنجيب لتوجيهات وزارة الزراعة الأمريكية لجميع الأطفال المسجلين في هذا البرنامج، بما في ذلك الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 شهراً. يتعين أن يفي مركز رعاية الأطفال بمتطلبات مكونات الوجبة على أساس العمر والاستعداد للنمو المبين في نمط وجبات الرضع. لا يجوز للوالدين / الأوصياء توفير أكثر من مكون واحد مطلوب لكل وجبة في نمط الوجبات (بما في ذلك حليب الثدي أو بديل حليب الأم) لكي يتم سداد تكاليف الوجبة في نظام برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP).

أدرك أن مركز رعاية الأطفال هذا يقدم بديل حليب الأم المدعم بالحديد

(اسم بديل حليب الأم المدعم بالحديد)

لطفلي أثناء رعايته.

للمساعدة في توفير أفضل رعاية غذائية لطفلك، أكمل من فضلك البيانات التالية.

ضع علامة، من فضلك، على خيار واحد (حليب الام/بديل حليب الأم):

سأوفر حليب الثدي المحلوب (امضخوخ) لطفلي الرضيع و / أو إرضاع طبيعي في المركز.

أو سأوفر بديل حليب الأم لطفلي الرضيع.

أفضل أن يوفر المركز بديل حليب الأم المعروف.

ضع علامة، من فضلك، على خيار واحد (المواد الغذائية):

سأوفر جميع المواد الغذائية لوجبات طفلي الرضيع. أرفض المواد الغذائية التي يقدمها المزود / المركز.

لقد اخترت أن يقوم المزود / المركز بتزويد بديل حليب الأم وأرغب في تقديم مادة غذائية واحدة. سأوفر المادة الغذائية الموثوقة التالية:

أود أن يقوم المزود / المركز بتوفير جميع المواد الغذائية لوجبات طفلي الرضيع.

الجزء 3: قبول وتوقيع الوالد أو الوصي

لقد قرأت نموذج تسجيل الطفل هذا وأطلب أن يحصل طفلي على فوائد برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين. لقد تلتقت نسخة من هذا النموذج المكتمل.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

(يتعين إكمال النموذج سنوياً)

اسم الوالد/الوصي: _____ هاتف البيت: _____
(أكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)
عنوان المراسلة: _____ هاتف العمل: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____ الهاتف الخليوي: _____

الحقوق المدنية: هذه البيانات طوعية ولن تؤثر على أهلية أطفالك. حدد من فضلك الهوية الاثنائية والعرقية لأطفالك بوضع علامة على مربع في كل فئة. يتم جمع هذه البيانات للتأكد من أن الجميع يتلقى فوائد برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) على أساس عادل.

1. الهوية الاثنائية إسباني أو لاتيني أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الاصليين 2. الهوية العرقية أسوي لا إسباني ولا لاتيني أسود أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى أبيض

لترح أسنلتك، اتصل من فضلك:

التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services)

178 Tremont St. Boston, MA 02111

617.348.6272

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الثأر أو الانتقام من نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم تنفيذه أو تمويله من قبل وزارة الزراعة الأمريكية.

يتعين على الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بالحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولائية أو المحلية) حيث تقدموا بطلب الحصول على الفوائد. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل نموذج شكوى التمييز الخاصة ببرنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية مع تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على 866-632-9992. أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:

(1) البريد الإلكتروني: وزارة الزراعة الأمريكية، مكتب الوزير المساعد المكلف بالحقوق المدنية

1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص.

نرنامج خاتبا روكفيد-19 في لامنزل

اسم الطفل:

(اكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

من خلال إكمال هذا النموذج، فإنني أشارك في برنامج اختبار كوفيد-19 في المنزل التابع لـ ABCD. أتفهم أنه وفقاً لهذا البرنامج، إذا حضر طفلي في أحد الفصول التي يثبت أن طالباً آخر أو موظفاً آخر إيجابياً لكوفيد-19، فسوف ترسل ABCD طفلي إلى المنزل مع اختبارات مستضد كوفيد-19. لكي يستمر طفلي في حضور الفصل الدراسي لدى ABCD في الأيام التالية للتعرض لكوفيد-19، يجب أن أقوم بإجراء اختبارات كوفيد-19 لطفلي والإبلاغ عن النتائج في نموذج شهادة ولي الأمر/ الوصي لمدة خمسة أيام متتالية. أتفهم أنه إذا كانت نتيجة اختبار طفلي إيجابية لكوفيد-19 في خلال فترة الـ 90 يوماً السابقة على التعرض، فلن يُطلب من طفلي إجراء الاختبار أو الحجر الصحي.

أتفهم أنني أمتلك خيار إلغاء الاشتراك في أي وقت، في برنامج اختبار كوفيد-19 في المنزل. ومع ذلك، إذا انسحبت، أو إذا حضر طفلي فصلاً ثبت أن فيه طالباً أو موظفاً آخر إيجابي لكوفيد-19، فسوف يُطلب من طفلي إجراء الحجر الصحي وفقاً لتوجيهات مركز السيطرة على الأمراض. أدرك أن اختبارات مستضد كوفيد-19 غير مصرح باستخدامها حالياً في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن عامين، وإذا كان طفلي أقل من عامين ويحضر فصلاً ثبتت فيه إصابة طالب أو موظف آخر بفيروس كوفيد-19، فسيتطلب من طفلي إجراء الحجر الصحي والاختبار وفقاً لتوجيهات مركز السيطرة على الأمراض.

أقر بأنه من خلال الاشتراك في هذا البرنامج، سوف أتلقى اختبارات كوفيد-19 فقط إذا تعرض طفلي لكوفيد-19 في فصل دراسي لبرنامج هيد ستارت والبرامج الخدمية للأطفال التابعة لمؤسسة التعاون من أجل تنمية مجتمع بوسطن (ABCD). إذا تعرض طفلي لكوفيد-19 خارج برنامج هيد ستارت والبرامج الخدمية للأطفال التابعة لمؤسسة التعاون من أجل تنمية مجتمع بوسطن ((ABCD)، فأنا أؤكد أنني سأتابع إرشادات مركز السيطرة على الأمراض (CDC) بشأن الحجر الصحي والاختبار.

إذا كانت نتائج اختبار طفلي إيجابية أو ظهرت عليه أعراض كوفيد-19، فسأعزل طفلي على الفور وفقاً لتوجيهات مركز السيطرة على الأمراض وسأمتنع عن إرسال طفلي إلى مواقع برنامج هيد ستارت التابع لـ ABCD حتى تنتهي فترة العزلة.

أفوض ABCD بالإفصاح عن هذه المعلومات إلى إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس، والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس، وإدارة التعليم والرعاية المبكرة في ماساتشوستس و / أو أي كيان حكومي آخر وفقاً لما يقتضيه القانون المطبق والتوجيهات الحكومية.

□ لا، أنا لا أخطط لاختبار طفلي في المنزل. إذا كان طفلي يحضر فصلاً حيث ثبتت فيه وجود إصابة طالب أو موظف آخر بفيروس كوفيد-19، فسوف يُطلب من طفلي إجراء الحجر الصحي وفقاً لتوجيهات مركز السيطرة على الأمراض CDC.

اسم الوالد/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والترخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

خرجات داخل الحي والمجتمع

يتضمن المنهاج في الفصل الدراسي لبرنامج التربية المبكرة (Head Start) استخدام موارد المجتمع مثل المتاجر والمكتبات ومراكز الشرطة والإطفاء والحدائق والملاعب وما إلى ذلك. إذا سمح الطقس، تخرج الفصول يومياً للعب أو المشي أو الزيارة في الحي. لا تنطوي هذه على أي وسيلة نقل. سيتم الإشراف على الأطفال في جميع الأوقات، خلال هذه الأنشطة، من قبل فريق برنامج التربية المبكرة المناسب. قد تتوصل بقائمة بمواقع المجتمع التي يزورها مركز من مدير البرنامج. ستتم أي وجميع الخرجات أو المشي أو الزيارات إلى ملاعب الأحياء وفقاً للوائح قسم التربية المبكرة والرعاية (EEC) ومعايير السلامة.

أبلغ من فضلك الطاقم بأي معلومات عن طفلك يجب أن يعرفوها عند اصطحابهم في خرجات الحي والمجتمع، مثل الحساسية في الهواء الطلق والخوف من الحيوانات، وما إلى ذلك.

أسمح أعطي الإذن لطفلي بالمشاركة في خرجات الحي خارج المركز كما هو موضح أعلاه.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

نموذج الإصدارات الإعلامية الخاص ب أ ب ج د (ABCD):

تطلب أ ب ج د (ABCD) موافقتك الكتابية على استخدام صورتك (و / أو صور أطفالك) وشبهك وصوتك في مختلف الوسائط المطبوعة والإلكترونية والمذاعة. لست مطالباً بإعطاء هذه الموافقة من أجل المشاركة في برامج أ ب ج د (ABCD) أو لتلقي الخدمات أو الفوائد منها أو من خلالها.

ضع من فضلك علامة على جميع المربعات التي تنطبق وأكمل الفراغات ووقع وأكتب التاريخ أدناه:

أبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر وأوقع هذا النموذج أصالة عن نفسي:

الاسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____
(اكتب، من فضلك، بحروف مطبوعة)

عنوان البريد الإلكتروني: _____

أنا الوالد أو الوصي القانوني للطفل أو الأطفال المذكورين أدناه، والذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، وأنا الذي يوقع هذا النموذج نيابة عن طفلي أو أطفالتي المدرجين أدناه:

اسم الطفل الكامل: _____
(اكتب من فضلك بالحروف المطبوعة)

أوافق: أُمَنج بموجب هذا الإذن لشركة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن (Action for Boston Community Development, Inc). أ ب ج د (ABCD)

بأخذ صور ومقاطع فيديو أو تسجيلات لي (وإذا تم تحديد ذلك أعلاه، لطفلي / أطفالتي) واستخدام صورتي وشكلي وصوتي في الوسائط من جميع الأنواع بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الصور الفوتوغرافية والتسجيلات الصوتية والمرئية والمنشورات المطبوعة والإلكترونية (وإذا تم تحديد ذلك أعلاه، طفلي / أطفالتي كذلك) لأغراض غير ربحية، في جميع أنحاء العالم إلى الأبد دون إذن إضافي مني أو دفع مقابل لي. قد تشمل وسائط الإعلام على سبيل المثال لا الحصر: جميع الوسائط المطبوعة (مثل التقارير والمنشورات السنوية) وجميع الوسائط الإلكترونية (مثل موقع أ ب ج د (ABCD) على الإنترنت، وقناة أ ب ج د (ABCD) على يوتيوب (YouTube)، ووسائل التواصل الاجتماعي الخاصة ب أ ب ج د (ABCD) [تويتر (Twitter) و إنستغرام (Instagram) وفيسبوك (Facebook)]، بالإضافة إلى جميع وسائل البث (مثل التلفزيون والراديو). أعفي صراحة أ ب ج د (ABCD) و فروعها والمؤسسات التابعة لها ووكلائها وموظفيها ومسؤوليها ومديريها والمركضين وذوي الحقوق من وضد أي وجميع المستحقات التي لا يجوز لي أو لطفلي / أطفالتي الحصول عليها في أي وقت بسبب انتهاك الخصوصية أو التشهير أو أي سبب آخر للإجراءات الناشئة عن إنتاج أو توزيع أو بث أو عرض اسمي أو صورتي أو شكلي أو صوتي (أو اسم طفلي / أطفالتي).

لا أوافق: لا أُمَنج الإذن ل أ ب ج د (ABCD) بأخذ صور أو مقاطع فيديو أو تسجيلات لي أو لطفلي / أطفالتي أو باستخدام اسمي أو صورتي أو شكلي أو صوتي أو اسم أو صورة أو شكل أو صوت طفلي/أطفالي في أي نوع من الوسائط.

لقد قرأت هذا الإصدار قبل التوقيع أدناه، وأفهم تماماً محتوياته ومعناه. أدرك أن لي كامل الحرية في طرح أي أسئلة محددة بخصوص هذا الإصدار قبل التوقيع عليه من خلال الاتصال بالمستشار العام ل أ ب ج د (ABCD) على 617-348-6587.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج

أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إيصال دليل الوالد:

يحتوي دليل الوالد الخاص بالتربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start and Children's Services) على معلومات حول جميع جوانب برنامجنا. وفقاً لسياسات وزارة التربية المبكرة والرعاية ((EEC))، يجب تقديم معلومات مكتوبة للأسر قبل تسجيل أطفالها. لقد توصلت بدليل الوالد وقام أحد الموظفين بمراجعة المعلومات معي.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

استطلاع التعرف على الوالد واهتماماته:

نريد أن نتعرف عليك وعن اهتماماتك. اختر مجال اهتمامك وقم بتضمين الاهتمامات الأخرى التي قد تكون لديك والتي لم يتم ذكرها. سنستخدم المعلومات لتطوير الأنشطة والفعاليات الأسرية وتوفير المعلومات التي تجدها أكثر أهمية وقيمة لأسرتك:

الأسر كمناصرين وقادة <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> مناصرة طفلي و تعليمه/ها<input type="checkbox"/> سياسة المدينة وعضوية مجلس المدينة<input type="checkbox"/> فرص العمل في التربية المبكرة<input type="checkbox"/> فرص لجنة التربية المبكرة (برنامج محلي)<input type="checkbox"/> فرص للترافع على مستوى الولاية والمستوى المحلي آخر - أنكر اهتماماتك أو الموضوعات الأخرى التي ترغب في معرفة المزيد عنها <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>	العلاقات الإيجابية بين الوالدين والطفل <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> فرص مشاركة الأب<input type="checkbox"/> الوالد/الوالدين لأول مرة<input type="checkbox"/> برنامج الأبوة/الأمومة (رحلة الأبوة/الأمومة، قوة الأبوة والأمومة، برنامج رعاية الأسرة أو غير ذلك)<input type="checkbox"/> ممارسات الأبوة/الأمومة الإيجابية<input type="checkbox"/> الأبوة/الأمومة الوحيدة<input type="checkbox"/> أبوة زوج الأم/أمومة زوجة الأب<input type="checkbox"/> التحدث مع طفلك عن العواطف والمواضيع الصعبة: الأسر كمربين مدى الحياة <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> أنشطة تقام في البيت لدعم الاستعداد المدرسي<input type="checkbox"/> تعزيز محو الأمية في البيت<input type="checkbox"/> دعم النمو الاجتماعي والعاطفي<input type="checkbox"/> التوجيه الإيجابي ودعم السلوك<input type="checkbox"/> الإعلام وتنمية الطفولة المبكرة الأسر كمتعلمين <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> محو الأمية الحاسوبية / التكنولوجية والتدريب<input type="checkbox"/> المساعدة في البحث عن عمل<input type="checkbox"/> الانجليزية كلغة ثانية (ESL)<input type="checkbox"/> دروس الاسعافات الأولية/إنعاش القلب والرتنين<input type="checkbox"/> تطوير التعليم العام (GED) / اختبار معادلة الثانوية العامة (HiSet)<input type="checkbox"/> كتابة السيرة الذاتية ومهارات إجراء المقابلات<input type="checkbox"/> برامج التدريب المهني والوظيفي مشاركة الأسرة في المراحل الانتقالية <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> معلومات نمو الأطفال<input type="checkbox"/> معلومات التسجيل برياض الأطفال<input type="checkbox"/> معلومات اختيار المدرسة<input type="checkbox"/> معلومات الاستعداد المدرسي<input type="checkbox"/> معلومات المراحل الانتقالية والأنشطة الروابط الأسرية مع الأقران والمجتمع <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> فعاليات وأنشطة المجتمع<input type="checkbox"/> أفكار ترفيهية / لياقة عائلية، فعاليات وأنشطة<input type="checkbox"/> مجموعات أخرى اجتماعية أو داعمة	رفاهية الأسرة <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> الملابس<input type="checkbox"/> ملابس الكبار<input type="checkbox"/> ملابس الأطفال<input type="checkbox"/> السكن والتشرد<input type="checkbox"/> السكن ميسور التكلفة<input type="checkbox"/> الأثاث<input type="checkbox"/> ملكية السكن<input type="checkbox"/> خدمات الأسر تجربة التشرد <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> حقوق المستأجر<input type="checkbox"/> إعانة المرافق الصحة والسلامة <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> الوقاية من إساءة معاملة وإهمال الأطفال<input type="checkbox"/> صحة الأسرة (الفم والأسنان)<input type="checkbox"/> صحة / عافية الأسرة<input type="checkbox"/> موارد المساعدة الغذائية<input type="checkbox"/> تأمين الصحة والأسنان<input type="checkbox"/> الأكل الصحي / التغذية<input type="checkbox"/> الصحة العقلية والعافية<input type="checkbox"/> مخاطر السلامة والوقاية<input type="checkbox"/> تدبير التوتر<input type="checkbox"/> الوقاية من تعاطي المخدرات / العلاج العلاقات الأسرية <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> معلومات العنف الأسري<input type="checkbox"/> العلاقات الأسرية الصحية الاستقرار المالي والاقتصادي <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> بناء الممتلكات وتدبيرها<input type="checkbox"/> وضع الميزانيات<input type="checkbox"/> معلومات دعم الأطفال<input type="checkbox"/> تجديد القروض والديون<input type="checkbox"/> المساعدة المالية للتعليم المستمر<input type="checkbox"/> معلومات المنفعة العامة<input type="checkbox"/> الادخار لحالات الطوارئ والأهداف<input type="checkbox"/> الضرائب
التطوع <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> لدي _____ ساعة في الأسبوع للتطوع في برنامج التربية المبكرة (Head Start).<input type="checkbox"/> أنا مهتم بطرق التطوع التالية:<input type="checkbox"/> المرافقة في رحلات ميدانية<input type="checkbox"/> المساعدة في الفصل الدراسي<input type="checkbox"/> المساعدة في البرنامج<input type="checkbox"/> استقطاب الآباء للتربية المبكرة (Head Start)<input type="checkbox"/> مشاركة الوصفات الثقافية مع طاقم خدمات التغذية التربية المبكرة (Head Start)<input type="checkbox"/> آخر: ما هي أفضل الأيام بالنسبة لك لحضور فعاليات البرنامج؟ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> الإثنين<input type="checkbox"/> الثلاثاء<input type="checkbox"/> الأربعاء<input type="checkbox"/> الخميس<input type="checkbox"/> الجمعة<input type="checkbox"/> السبت<input type="checkbox"/> الأحد ما هي أفضل الأوقات؟ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> الصباح<input type="checkbox"/> (حول الوقت الذي أوصل فيه طفلي)<input type="checkbox"/> الظهيرة<input type="checkbox"/> (حول الوقت الذي أنتقط فيه طفلي)<input type="checkbox"/> المساء<input type="checkbox"/> (حوالي الساعة 5:30 مساء بعد العمل أو المدرسة)	مجموعات دعم الوالدين ومقدمي الرعاية <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> طرق للمشاركة في مجتمعك	مسائل قانونية: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>

آخر

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023

الوالد (الوالدين)/ الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة. تنتهي صلاحية هذه الأذونات والتراخيص في نهاية سنة البرنامج. أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

سياسة السرية للوالدين:

أدرك أنه:

- يجب الحفاظ على جميع السجلات والاتصالات والمحادثات المتعلقة ببرنامج التربية المبكرة أ ب ج د والتربية المبكرة الأولى (ABCD Head Start/Early Head Start) الذي تلقيتها أو شاركت فيها بصفتي والد متطوع (بما في ذلك كعضو في مجلس سياسات التربية المبكرة أ ب ج د والتربية المبكرة الأولى ولجنة السياسات ولجنة الآباء أو أي نشاط تطوعي آخر) في سرية تامة في جميع الأوقات. تشمل هذه المعلومات السرية، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات حول الأطفال والأسر والموظفين والمتقدمين لشغل وظائف مع برنامج التربية المبكرة أ ب ج د والتربية المبكرة الأولى (ABCD Head Start/Early Head Start)، والتي تحتوي على معلومات عن الوكالة أو الموظفين ((طاقم التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى (Head Start/Early Head Start staff)). غير أنها لا تتضمن المعلومات التي أتاحتها التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD Head Start) للعموم أو لأسر التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى (Head Start/Early Head Start).
 - الحيازة أو الاستخدام أو النسخ غير المرخص به لهذه السجلات و / أو الإفصاح عن المعلومات الواردة في أي من هذه السجلات أو التي تم الحصول عليها من خلال الاتصالات أو المحادثات مع أشخاص غير مرخص لهم، بما في ذلك موظفي أ ب ج د (ABCD) الذين ليس لديهم حق الوصول إلى المعلومات داخل برنامج التربية المبكرة /التربية المبكرة الأولى (Head Start/Early Head Start) محظور تماماً.
 - نفس الحظر ينطبق على أي معلومات قد أحصل عليها عندما أعمل كعضو في أي مجموعات سياسات أو لجان أو كمتطوع في البرنامج على مستوى الموقع المحلي أو على مستوى برنامج أ ب ج د (ABCD) المركزي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر اللجان الفرعية الإدارية / التنفيذية أو شؤون الموظفين أو المالية أو الصحة / التغذية أو التعليم أو التقييم الذاتي أو المناصرة.
 - يجوز لي مناقشة هذه المعلومات، بغض النظر عن مصدرها، داخل أ ب ج د (ABCD) فقط مع هؤلاء الموظفين المعيّنين من قبل نائب رئيس برنامج التربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services)، وليس مع أي شخص خارج أ ب ج د (ABCD)، باستثناء ما يقتضيه أو يسمح به القانون أو اللوائح أو كما هو المذكورة في جزء «دور الوالدين» في دليل الوالدين. أدرك أن انتهاك سياسة السرية هذه سيؤدي إلى اتخاذ إجراءات تأديبية قد تصل إلى وتشمل إنهاء العضوية في مجموعة السياسات أو غيرها من الأنشطة التطوعية الجارية.
- أوافق على الالتزام بالسياسة المذكورة أعلاه فيما يتعلق بسرية الوالدين.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

سياسة الإيصال/الاستلام

أوافق على الالتزام بسياسات الإيصال / الوصول والاستلام / المغادرة كما هو مبين في الصفحات 38 - 39 من دليل الوالدين.

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

برنامج التربية المبكرة أ ب ج د (ABCD HEAD START) ونماذج تسجيل خدمات الأطفال: برنامج سنة 2022-2023
الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): إقرأ من فضلك هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي
مستندات ذات طبيعة قانونية. وقع من فضلك على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و / أو سياسة.
تنتهي صلاحية هذه الأذونات والترخيص في نهاية سنة البرنامج
أكمل، من فضلك، النماذج رقمياً وارجعها إلى فريق البرنامج عبر البريد الإلكتروني.
إذا كنت غير قادر على القيام بذلك، اتصل من فضلك بفريق البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

مبادرة حافز الطريق الموحدة (UNITED WAY'S DRIVE) البيانات والموارد المستثمرة في التعليم المبكر الحيوي نموذج موافقة الوالد / الوصي لجمع واستخدام بيانات الفحص:

تهدف مبادرة حافز الطريق الموحدة إلى بناء صورة على مستوى الولاية لاحتياجات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 6 سنوات. الغاية من المشروع هي ضمان إتاحة الدعم
للأسر لمساعدة أطفالهم على النمو بصحة جيدة والاستعداد للمدرسة بحلول الوقت الذي يرتادون فيه رياض الأطفال. من خلال مبادرة حافز، تعمل الطريق الموحدة (United Way) مع
المنظمات التي تخدم الأطفال والأسر لفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 6 باستخدام استبيان الأعمار والمراحل (ASQ) و استبيان الأعمار والمراحل: الاجتماعي العاطفي
(ASQ: SE) و تحليل هذه البيانات واستخدامها لمساعدة المنظمات على تحديد ودعم الاحتياجات التنموية للأطفال الذين تخدمهم.

سيتم، بعد إنك، تقاسم المعلومات المتعلقة بطفلك المستقاة من فحص استبيان الأعمار والمراحل (ASQ) و استبيان الأعمار والمراحل: الاجتماعي العاطفي (ASQ: SE) مع الطريق
الموحدة (United Way) وشركائها في حافز (DRIVE).

سيتم استخدام أي بيانات حول طفلك يتم تقاسمها مع الطريق الموحدة (United Way) من خلال مبادرة حافز (DRIVE) فقط لأغراض (1) إنشاء تقارير إجمالية مجهولة المصدر حول
نمو الطفل في منظمات ومجتمعات معينة و (2) استجلاء العلاقة بين الفحص والموارد الأخرى ونمو الطفل والاستعداد المدرسي.

لن نتقاسم الطريق الموحدة (United Way) أي معلومات تعريف شخصية لطفلك مع أي طرف ثالث أو منظمة أو وكالة أخرى ولن يتم التعرف على طفلك دون موافقتك
الخطية الصريحة.

أسمح للتربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) بجمع معلومات التعريف الشخصية عن طفلي (أطفالي)
والاحتفاظ بها لفترة لا
تتجاوز ستة (6) سنوات وتقاسمها مع شركاء الطريق الموحدة (United Way) و شركائها للأغراض المذكورة أعلاه فقط.

أدرك أنه يمكنني الاتصال بالطريق الموحدة (United Way) إما عن طريق الهاتف أو كتابياً في 51 (617) 624-8105، 02210، Boston، MA، Sleeper Street،
drive@supportunitedway.org لإلغاء هذا الترخيص في أي وقت وباستثناء المعلومات المقدمة سلفاً لن يتم استخدام نموذج الترخيص هذا بعد ذلك.

□ لا، لا أسمح للتربية المبكرة أ ب ج د وخدمات الأطفال (ABCD Head Start & Children's Services) بتقاسم البيانات من
الطريق الموحدة (United Way) وشركائها.

اسم الوالد/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع الوالد/الوصي:

شكراً لكم.