

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء):

يُرجى قراءة النماذج بعناية بالغة.

وقع على كل بلاغ من فضلك 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.



نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والاصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والترخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقميا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

اسم الطفل: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي: _____
(يُرجى الكتابة 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 ولي الأمر / الوصي القانوني فقط هو المرخص لتسليم الطفل، أشر أدناه إلى «لا أحد». إذا كان الطفل مشمولاً بأمر زجري، يتعين عليك تسليم نسخة من هذا الأمر إلى المركز.

من فضلك تحقق مما إذا كان الشخص المسمى مرخصا لتسليم الطفل فقط أو لحالات الطوارئ فقط أو للمهمتين معا.

١. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
التسليم حالات الطوارئ فقط المهمتين معا
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

٢. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
التسليم حالات الطوارئ فقط المهمتين معا
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

٣. الاسم _____
العلاقة _____
العنوان _____
التسليم حالات الطوارئ فقط المهمتين معا
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

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

- توصيل ولي الأمر/ الوصي
 السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر ١٤ عاما أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
 ركوب هيئة النقل بخليج ماساتشوستس (MBTA) (قطار / حافلة) بصحبة شخص يبلغ ١٤ عاما أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
 وسائل النقل الخاصة التي يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل ولي الأمر
 وسائل النقل الخاصة يتم ترتيبها من قبل المنظومة المحلية للمدارس العمومية أو إدارة شؤون الأطفال والأسر (DCF)
 آخر (يُرجى التحديد).

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

- توصيل ولي الأمر/ الوصي
 السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر ١٤ عاما أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
 ركوب هيئة النقل بخليج ماساتشوستس (MBTA) (قطار / حافلة) بصحبة شخص يبلغ ١٤ عاما أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
 وسائل النقل الخاصة التي يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل ولي الأمر
 وسائل النقل الخاصة يتم ترتيبها من قبل المنظومة المحلية للمدارس العمومية أو إدارة شؤون الأطفال والأسر (DCF)
 آخر (يُرجى التحديد).

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إذن الفحص: أعطي الإذن لطاقم منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن لإجراء الفحوصات التالية في إطار خدمات التربية المبكرة العادية كما هو موضح في الصفحات ١٩ - ٢٠ من الدليل:

البصر: يفحص الطاقم الصحي بصر طفلك باستخدام جهاز فحص البصر سيوت (SPOT) أو يمكن إجراء الفحص من قبل طلاب البصريات من كلية إنجلترا الجديدة للبصريات (New England College of Optometry) تحت إشراف أساتذة سريريين من هذا البرنامج. يُجرى هذا الفحص لرصد ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في البصر. تتطلب معايير أداء برنامج التربية المبكرة إجراء فحص البصر خلال أول ٤٥ يوماً من تسجيل الطفل.

السمع: يفحص الطاقم الصحي 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 ٤٥ 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. تُجرى هذه الفحوصات في جو جماعي ويستمتع معظم الأطفال بهذا النشاط حقاً.

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

لا، لا أسمح لطاقم التربية المبكرة، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بإجراء فحوصات البصر والسمع أو قياسات الطول والوزن

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

الموافقة على كشف البيانات الشخصية لبرنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) بماساتشوستس:

اسم الطفل القانوني: _____ تاريخ ميلاد الطفل: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

يُرجى قراءة هذا النموذج بعناية ووضع علامة على مربع أحد المربعات أدناه قبل التوقيع على هذه الموافقة. يقدم برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، خدمات صحية عالية الجودة وصحة الفم والصحة العقلية وخدمات التغذية لدعم نمو والجهوية المدرسية عند كل طفل مسجل. يتمثل الغرض من هذه الموافقة في السماح لمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بتقاسم بعض البيانات الديموغرافية والصحية تهم طفلك المذكورة أعلاه مع الطاقم المعتمد من إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس الذي يدير 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 /برنامج التربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن.

أرخص لبرنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بتقاسم اسمي وعنواني وبيانات طفلي الشخصية المذكورة أعلاه مع طاقم إدارة الصحة العامة الذي تدير برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) في ماساتشوستس (طاقم برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)): (١) الاسم؛ (٢) تاريخ الميلاد؛ (٣) قيم قياس الطول والوزن؛ (٤) قيم الهيموغلوبين / الهيماتوكريت؛ (٥) المدخول الغذائي و (٦) مستويات الرصاص.

أرخص لبرنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، المعلومات التالية فقط: (١) اسمي؛ (٢) عنواني؛ (٣) اسم طفلي و (٤) تاريخ ميلاد طفلي.

لقد قرأت وفهمت هذا النموذج وتم الرد على أسئلتي حوله. أدرك أن هذه الموافقة طوعية وأنها ستكون سارية لمدة عام واحد اعتباراً من التاريخ المذكور أدناه، إلا إذا أبلغت برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، مسبقاً كتابياً بأنني أسحب موافقتي كلياً أو جزئياً. أدرك أن سحب هذه الموافقة لا يمكن أن ينطبق على البيانات التي تم تقاسمها قبل إلغاء الموافقة. أدرك أنه يحق لي تسلم نسخة من هذا النموذج بعد توقيع علي.

اسم ولي الأمر/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والترخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.
إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

الترخيص بالكشف عن البيانات الصحية:

تاريخ ميلاد الطفل: _____

اسم الطفل: _____

(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي: _____

(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

نتفهم أن بيانات طفلك الصحية شخصية وسوف نحمي خصوصيتها. نحتاج إلى إنك قبل أن نتمكن من الحصول على بيانات طفلك الصحية من القائمين برعاية طفلك الصحية. سيساعدك طاقم برنامج التربية المبكرة، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، في ملء النموذج والإجابة على أية أسئلة قد تخطر ببالك. يُرجى قراءة المعلومات أدناه بعناية قبل التوقيع على هذا النموذج.

اسم القائم بالرعاية الصحية الذي تريده أن يتقاسم المعلومات الصحية مع برنامج التربية المبكرة، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن:

الاسم والعنوان	الهاتف	الفاكس
متعلق بالصحة		
متعلق طب الأسنان		
آخر		

أرخص لبرنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بالكشف و / أو الحصول على معلومات طفلي الصحية كما هو موضح في الصفحات ٢٤-٢٥ من هذا الدليل.

إنك، من خلال التوقيع على نموذج الإنذ، ترخص باستخدام أو تقاسم معلومات طفلك الصحية المحمية كما هو مبين أعلاه. من حقك الاطلاع ونسخ المعلومات الصحية المبينة في نموذج الإنذ هذا. من حقك أيضاً تسلم نسخة من هذا النموذج بعد توقيعك عليه.

إذا وقعت على هذا الإنذ، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت، إلا إذا كانت المعلومات الصحية قد تم تقاسمها من قبل بناء على ترخيصك. لإلغاء هذا الإنذ، يُرجى إشعار 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 وأقبل بكل ما سبق.

لا، لا أرخص لبرنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بالكشف و / أو الحصول على معلومات طفلي الصحية. إذا لم توقع على هذا الإنذ، لن يتمكن برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال من الحصول على معلومات طفلك الصحية مباشرة من القائمين برعايته الصحية وستكون مسؤولاً عن الحصول عليها وتسليمها للمركز. وهذا يعني أيضاً أن التربية المبكرة، وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، لن تتقاسم معلومات طفلك الصحية مع القائمين برعاية صحة طفلك وأنت ستكون مسؤولاً عن تزويدهم بهذه المعلومات مباشرة.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

الموافقة على وضع الواقي الشمسي:

أعطي الإنذ لطاقم منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي كريم الوقاية من الشمس. أدرك أن هذا الكريم سيستخدم خلال الأنشطة الخارجية في فصل الصيف. ضع علامة في المربع أدناه فقط إذا كنت لا تريد من الطاقم إعطاء طفلك كريم الوقاية من الشمس.

لا، لا أسمح لطاقم منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي كريم الوقاية من الشمس.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

الموافقة على إعطاء معقم اليدين:

أعطي الإنذ لطاقم منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن 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 ٦٠ بالمائة على الأقل من الإيثانول أو ٧٠ 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 منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي معقم اليدين.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والترخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

نموذج الإذن في حالات الطوارئ/الإسعافات الأولية — الموسم الدراسي ٢٠٢٣-٢٠٢٤

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ الهاتف خلال النهار: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

العنوان: _____

اسم الطوارئ: _____ هاتف الطوارئ: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

أسمح، بصفتي ولي الأمر / الوصي القانوني، لطاقم التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، المعتمد في إسعافات الأطفال الأولية وإنعاش القلب والرئتين (CPR) بتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي حسب الحاجة ونقله، إذا لزم الأمر، إلى _____ المستشفى أو أقرب مرفق طبي لتلقي رعاية الطوارئ. أدرك أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي في حالة الطوارئ. إذا تعذر الاتصال بي، أعطي موافقتي، لجهة اتصال الطوارئ المذكورة أعلاه للتصرف نيابة عني إلى أن أكون متاحاً. في حالة تعذر الاتصال بأي شخص، أخص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب في مرفق العلاج بأن يقوم بالإجراءات المناسبة وتقديم العلاج الطبي اللازم لطفلي.

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

٢٠٢٣/٨

الملف: حقيبة الإسعافات الأولية بالفصول الدراسية

يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

نموذج الإذن في حالات الطوارئ/الإسعافات الأولية — الموسم الدراسي ٢٠٢٣-٢٠٢٤

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ الهاتف خلال النهار: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

العنوان: _____

اسم الطوارئ: _____ هاتف الطوارئ: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

أسمح، بصفتي ولي الأمر / الوصي القانوني، لطاقم التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، المعتمد في إسعافات الأطفال الأولية وإنعاش القلب والرئتين (CPR) بتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي حسب الحاجة ونقله، إذا لزم الأمر، إلى _____ المستشفى أو أقرب مرفق طبي لتلقي رعاية الطوارئ. أدرك أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي في حالة الطوارئ. إذا تعذر الاتصال بي، أعطي موافقتي، لجهة اتصال الطوارئ المذكورة أعلاه للتصرف نيابة عني إلى أن أكون متاحاً. في حالة تعذر الاتصال بأي شخص، أخص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب في مرفق العلاج بأن يقوم بالإجراءات المناسبة وتقديم العلاج الطبي اللازم لطفلي.

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

٢٠٢٣/٨

الملف: ملف الطفل

يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل للتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يرجى ملء النماذج رقميا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يرجى الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

معلومات الطفل الطبية

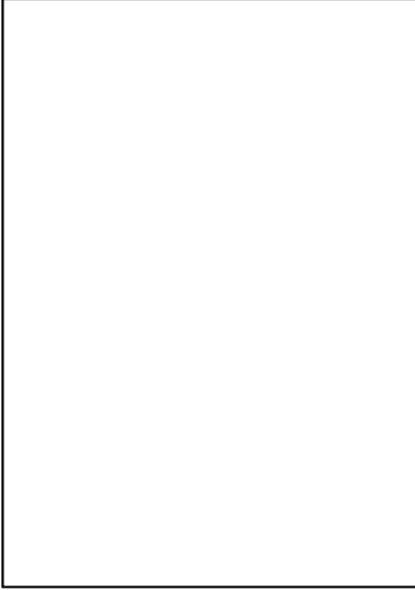
القائم برعاية الطفل الصحية: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والمعلومات الطبية لحالات الطوارئ



صورة الطفل

معلومات الطفل الطبية

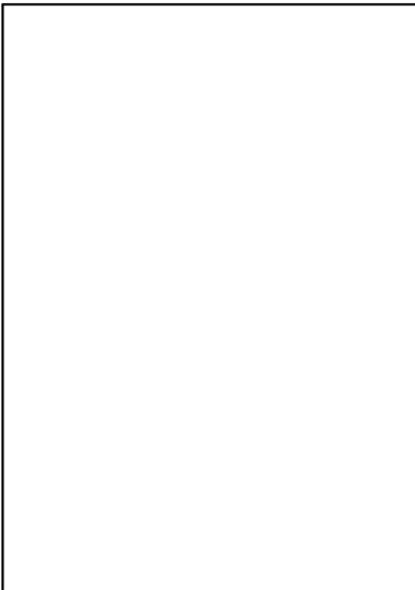
القائم برعاية الطفل الصحية: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والمعلومات الطبية لحالات الطوارئ



صورة الطفل

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE)

مكتب برامج الغذاء والتغذية

متطلبات وثائق تسجيل الطفل

برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين - مراكز رعاية الأطفال

يُطلب من مراكز رعاية الأطفال التي تشارك في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) جمع بيانات التسجيل سنوياً من أولياء الأمور والأوصياء.

يتعين أن تتضمن وثائق التسجيل:

- الأيام والساعات العادية لكل طفل مسجل في الرعاية وخدمات الوجبات التي يشارك فيها عادة كل طفل
- توقيع ولي الأمر أو الوصي
- التحديث السنوي للمعلومات

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

لتوثيق معلومات التسجيل، يمكن لمراكز رعاية الأطفال استخدام نماذج التسجيل الخاصة بمراكز رعاية الأطفال التي تشارك في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) المرفقة أو تكييف نموذج خاص بها. يجب أن يتضمن النموذج المكيف نفس الأسئلة ونفس القصد منها كما 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 ولي الأمر / الوصي ملء النموذج بالكامل بالمعلومات الحالية وتوقيعه وتأريخه.

لا يجوز للمراكز المطالبة بالتعويض من أي مشارك بدون توقيع ولي الأمر/ الوصي على نموذج التسجيل (جديد أو تجديد) في الملف. يبقى كل نموذج تسجيل طفل ساري المفعول لمدة سنة واحدة كحد أقصى.

يتعين على الرعاة والمراكز إجراء التحقق من النماذج للتأكد من دقة وتأكد المعلومات المدخلة في جميع نماذج تسجيل الأطفال.

إذا كان لديك أي سؤال حول متطلبات جمع معلومات التسجيل، رُجى الاتصال بخدمات التغذية الخاصة بإدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس (DESE) على ٧٨١-٣٣٨-٦٤٨٠.

وفق قانون الحقوق المدنية الفيدرالي (Federal civil rights law) وتنظيمات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامجها أو في البرامج التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو التأت أو الانتماء من نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم تنفيذه أو تمويله من قبل وزارة الزراعة الأمريكية.

يمكن توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يتعين على الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة بحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وغيرها) الاتصال بالوكالة (الولائية أو المحلية) المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز الهدف (TARGET Center) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم ٢٦٠٠ ٧٢٠ (٢٠٢) (الصوت وجهاز اتصال الصم) أو بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم ٨٣٣٩-٨٧٧ (٨٠٠).

لرفع شكاية بشأن التمييز في البرنامج، ينبغي للمشتكى ملء نموذج AD-3027، نموذج شكاية التمييز لبرنامج وزارة الزراعة الأمريكية الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR % 20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، عن طريق الاتصال بالرقم ٦٣٢-٩٩٩٢ (٨٦٦)، أو عن طريق توجيه رسالة مكتوبة إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكاية وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً لفعال التمييز المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد كاتب الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج أو رسالة AD-3027 المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

١. البريد:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

٢. الفاكس:

١٦٦٥-٢٥٦ (٨٣٣) أو ٧٤٤٢-٦٩٠ (٢٠٢) أو

٣. البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص.

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

نموذج تسجيل الطفل — برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

يشترك مركز رعاية طفلك _____ في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) الذي تديره إدارة إدارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس.

يجب الوجبات المقدمة متطلبات التغذية التي وضعها برنامج غذاء 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 غذاء رعاية الأطفال والبالغين (CACFP).

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

يرجى ملء النموذج وإرجاعه إلى مركز رعاية طفلك. يتعين ملء الجزء الأول والجزء الثالث من قبل جميع الأسر أو الأوصياء. يتعين ملء الجزء الثاني فقط في حالة تسجيل طفل رضيع (أقل من ١٢ شهراً).

الجزء ١: معلومات تسجيل الطفل

اسم الطفل: (يُرجى الكتابة بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد وسن الطفل:
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل المركز: (على سبيل المثال ٧:٣٠ صباحاً - ٥:٠٠ بعد الظهر)	صباحاً إلى _____ بعد الظهر	تاريخ بداية رعاية الطفل:
تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة:	الالاثنين الثلاثاء الأربعاء	تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:
	الخميس الجمعة	الفطور الغداء الوجبة الخفيفة في الظهيرة

الطفل الثاني (عند الاقتضاء)

اسم الطفل: (يُرجى الكتابة بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد وسن الطفل:
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل المركز: (على سبيل المثال ٧:٣٠ صباحاً - ٥:٠٠ بعد الظهر)	صباحاً إلى _____ بعد الظهر	تاريخ بداية رعاية الطفل:
تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة:	الالاثنين الثلاثاء الأربعاء	تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:
	الخميس الجمعة	الفطور الغداء الوجبة الخفيفة في الظهيرة

الطفل الثالث (عند الاقتضاء)

اسم الطفل: (يُرجى الكتابة بالحروف المطبوعة)	(الاسم الشخصي، الاسم العائلي)	تاريخ ميلاد وسن الطفل:
الأوقات التي عادة ما يرتاد فيها الطفل المركز: (على سبيل المثال ٧:٣٠ صباحاً - ٥:٠٠ بعد الظهر)	صباحاً إلى _____ بعد الظهر	تاريخ بداية رعاية الطفل:
تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادة:	الالاثنين الثلاثاء الأربعاء	تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:
	الخميس الجمعة	الفطور الغداء الوجبة الخفيفة في الظهيرة

إذا كان هناك أطفال آخرون تحت الرعاية، يُرجى ملء النماذج الإضافية حسب الحاجة.

خاص للاستخدام من قبل مكتب الزراعي فقط

تاريخ سريان نموذج التسجيل: آب - أغسطس ٢٠٢٣ إلى آب - أغسطس ٢٠٢٤ السنة المالية: ٢٠٢٣-٢٠٢٤
يمكن احتساب تاريخ السريان بأثر رجعي يعود إلى اليوم الأول الذي يشارك فيه الطفل في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين (CACFP) طالما أنه يقع في نفس الشهر الذي تم فيه استلام هذا النموذج.

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل للتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصاف بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

الجزء ٢: إشعار وجبات الرضع (من الولادة إلى ١١ شهراً)

تُقدم وجبات مغذية تستجيب لتوجيهات وزارة الزراعة الأمريكية لجميع الأطفال المسجلين في هذا البرنامج، بما في ذلك الأطفال الذين نقل أعمارهم عن ١٢ شهراً. يتعين أن يستوفي مركز رعاية الأطفال متطلبات مكونات الوجبة على أساس السن وجهازية النمو المبين في نمط وجبات الرضع. لا يجوز لأولياء / الأوصياء توفير أكثر من مكون واحد مطلوب في كل وجبة في نمط الوجبات (بما في ذلك حليب الثدي أو بديل حليب الأم) لكي يتم تعويض الوجبة نظام برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين (CACFP).

أدرك أن مركز رعاية الأطفال يقدم بديل حليب الأم المدعم بالحديد

(اسم بديل حليب الأم المدعم بالحديد)

للمساعدة في توفير أفضل رعاية غذائية لطفلك، يُرجى ملء المعلومات التالية.

يُرجى وضع علامة على خيار واحد (حليب الام/بديل حليب الأم):

سأوفر حليب الثدي المطلوب (مضخوخ) لطفلي الرضيع و/أو إرضاع طبيعي في المركز.

أو سأوفر بديل حليب الأم لطفلي الرضيع.

أفضل أن يوفر المركز بديل حليب الأم المعروض.

يُرجى وضع علامة 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 ٣: قبول وتوقيع ولي الأمر أو الوصي

لقد قرأت نموذج تسجيل الطفل وأطلب أن يحصل طفلي على مزايا برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين. لقد تلقيت نسخة من هذا النموذج المكتمل.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

(يتعين ملء النموذج سنوياً)

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ هاتف البيت: _____
(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

عنوان المراسلة: _____ هاتف العمل: _____

المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____ الهاتف المحمول: _____

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

١. الهوية الاثنية

إسباني أو لاتيني

لا إسباني ولا لاتيني

٢. الهوية العرقية

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين

آسيوي

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

أبيض

لترج أسئلتك، يُرجى الاتصال ب:

ABCD Head Start & Children's Services

178 Tremont St. Boston, MA 02111

617.348.6272

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

وفق قانون الحقوق المدنية الفيدرالي (Federal civil rights law) وتشريعات 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 الثار أو الانتقام جزاء نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تديره أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية.

ينبغي للأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة بالحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وغيرها) الاتصال بالوكالة (الولائية أو المحلية) حيث تقدموا بطلب الحصول على المزايا. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة التحويل الفيدرالية على الرقم ٨٣٣٩ - ٨٧٧ (٨٠٠). يمكن، توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكايه برنامج ضد التمييز، يُرجى ملء نموذج شكايه التمييز الخاص ببرنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-٣٠٢٧) الموجود على الإنترنت على: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو كتابة رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية مع تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكايه، يُرجى الاتصال على الرقم ٨٦٦-٦٣٢-٩٩٩٢. أرسل النموذج المكتمل أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:

(١) البريد: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

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

(٢) الفاكس: ٧٤٤٢-٦٩٠-(٢٠٢) أو

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

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص.

برنامج اختبار كوفيد-١٩ في البيت

اسم الطفل:

(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

من خلال ملء هذا النموذج، أختار المشاركة في برنامج اختبار كوفيد-١٩ في البيت التابع لمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD). أدرك أنه، وفق لهذا البرنامج، إذا حضر طفلي فصلاً حيث ثبتت إصابة طالب أو موظف آخر بفيروس كوفيد-١٩، سوف ترسل منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن طفلي إلى البيت مع اختبارات مستضد كوفيد-١٩. لكي يستمر طفلي في حضور الفصول في منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن في الأيام التالية للتعرض لكوفيد-١٩، يتعين عليّ أن أجري اختبارات كوفيد-١٩ لطفلي والإبلاغ عن النتائج في نموذج شهادة ولي الأمر / الوصي لمدة خمسة أيام متتالية. أدرك أنه إذا كانت نتيجة اختبار كوفيد-١٩ عند طفلي إيجابية في الـ ٩٠ يوماً الماضية من التعرض، لن يُطلب من طفلي إجراء الاختبار أو الحجر الصحي.

أدرك أنه، في أي وقت من الأوقات، لدي خيار إلغاء الاشتراك في برنامج اختبار كوفيد-١٩ في البيت. ومع ذلك، إذا اخترت عدم المشاركة، إذا حضر طفلي فصلاً ثبتت فيه إيجابية نتيجة اختبار كوفيد-١٩ عند طالب أو موظف آخر، سيُطلب من طفلي الحجر الصحي وفق توجيهات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض. أدرك أن اختبارات مستضد كوفيد-١٩ غير مرخصة حالياً للاستخدام عند الأفراد الذين تقل أعمارهم عن عامين، وإذا كان طفلي أقل من عامين ويحضر فصلاً حيث ثبتت فيه إيجابية نتيجة اختبار كوفيد-١٩ عند طالب أو موظف آخر، سيُطلب من طفلي الحجر الصحي والاختبار وفق توجيهات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض.

أقر بأنه من خلال اختيار الاشتراك في هذا البرنامج، سألتقى اختبارات كوفيد-١٩ فقط إذا تعرض طفلي لكوفيد-١٩ في فصل دراسي في التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن. إذا تعرض طفلي لكوفيد-١٩ خارج برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، أوكد أنني سأتابع إرشادات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض (CDC) بشأن الحجر الصحي والاختبار.

إذا كانت نتيجة اختبار طفلي إيجابية أو ظهرت عليه أعراض كوفيد-١٩، سأعزل طفلي على الفور وفق توجيهات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض وسأمتنع عن إرسال طفلي إلى مواقع برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن قبل انتهاء فترة العزل.

أرخص لمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بالكشف عن هذه المعلومات إلى إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس وإدارة التربية المبكرة والرعاية في ماساتشوستس و/أو أي هيئة حكومية أخرى وفق ما يقتضيه القانون المعمول به والتوجيهات الحكومية.

لا، لا أعتزم لإجراء اختبار طفلي في البيت. إذا حضر طفلي فصلاً ثبتت فيه إيجابية نتيجة اختبار كوفيد-١٩ عند طالب أو موظف آخر، سيُطلب من طفلي الحجر الصحي وفق توجيهات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض.

اسم ولي الأمر/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية باللغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

برنامج صحة الأسنان بالتربية المبكرة / التربية المبكرة الأولى بمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بكلية جولمان لطب الأسنان بجامعة بوسطن منسقة البرنامج، كاثي ليتوري، متخصصة مسجلة في صحة الأسنان (RDH) ماجستير في الصحة العامة (MPH)، 617.358.6453

اسم الطفل: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)
تاريخ ميلاد الطفل: _____
الفصل الدراسي: _____
جنس الطفل: ذكر أنثى

التربية المبكرة (Head Start) التربية المبكرة الأولى (Early Head Start)

نعم، أعطي الإذن لطفلي لإجراء فحص أسنان وتطبيق ورنيش الفلورايد ومانعات التسرب (عند الحاجة). يُرجى ملء هذا النموذج
أو
 لا، لا أعطي الإذن لطفلي بالمشاركة في البرنامج.
إذا كانت الإجابة ب«لا»، حدد من السبب وأعد هذا النموذج. طفلي لديه طبيب أسنان. آخر: _____

١. ما اللغة التي يتحدث بها طفلك بشكل أفضل؟
ما اللغة التي يتحدث بها ولي الامر / الوصي في البيت؟

٢. ما هو عرق وإثنية طفلك؟ (يُرجى تحديد كل ما ينطبق)
 هندي أمريكي/من سكان ألاسكا الأصليين أسود/أمريكي من أصل إفريقي أسبوي أبيض
 من سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادي برازيلس من أصل إسباني

٣. هل زار طفلك طبيباً لإجراء فحص طبي في العام الماضي؟ نعم لا

٤. هل زار طفلك طبيب أسنان لإجراء فحص أسنان في العام الماضي؟ نعم لا

٥. هل يتناول طفلك أدوية الآن؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر الأدوية: _____

٦. يُرجى تحديد الأمراض أو الحالات التي عانى منها طفلك من قبل:
 اضطراب قصور الانتباه (ADD) السكري التهاب الكبد مشاكل في الكبد فقر الدم
 قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD) الصرع نفخة قلب حمى الروماتيزم الربو تشنجات / نوبات حساسية تجاه الدواء اضطراب قلبي مشاكل في الكلى السل فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

٧. هل يعاني طفلك من أي حالات صحية أخرى؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح: _____
 نعم لا

٨. هل يتناول طفلك مضادات حيوية قبل علاج الأسنان؟ نعم لا

٩. هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد كل ما ينطبق: _____
 بنسلين مضاد حيوي كولوفونيوم أسبرين أطعمة لاتكس الراتينج معادن آخر: _____

١٠. هل يعاني طفلك من أي إعاقات في النمو؟
 نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح: _____

نماذج التسجيل ببرنامح التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والترخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

نعم لا

١١. هل يمتلك طفلك تأمين أسنان؟

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد التأمين واملأ ما يلي:

ماس هيلت/ميديك إيد

تشيلدرن ميديكال (CMSP)

دلنا دنثال

بلو كروس/شيلد

آخر:

MassHealth يُرجى ذكر الرقم:

إذا كان التأمين تأميناً آخر يُرجى ذكر الاسم:

مجموعة/

رقم البوليصه:

اسم المشترك:

يُرجى القراءة والتوقيع: أدرك أن:

١) يمكن لكلية جولدمان لطب الأسنان (GSDM) أن تستخدم معلومات طفلي الصحية للعلاج والأداء والعمليات وتقييم البرنامج

٢) يمكن الاطلاع على إشعار ممارسات الخصوصية بكلية جولدمان لطب الأسنان (GSDM) على

https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10_2017.pdf

٣) إذا كان طفلي يمتلك تأميناً، أرخص لكلية جولدمان لطب الأسنان (GSDM) بفوترة التأمين مقابل الخدمات المقدمة. لن تتم فوترتي مقابل الخدمات المقدمة.

٤) يمكن أن تؤثر الخدمات المقدمة على تغطية التأمين لزيارات طب الأسنان عند أطباء أسنان آخرين

٥) سيتم إعطاء نتائج فحص أسنان طفلي لطاقم التربية المبكرة (HeadStart) المناسبين.

٦) لقد قرأت وفهمت برنامج طب الأسنان وأوافق، بالتوقيع أدناه على مشاركة طفلي

اسم ولي الأمر/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

العلاقة بالطفل

الهاتف خلال النهار

البريد الإلكتروني

الهاتف المحمول

خاص بطاقم برنامج كلية جولدمان لطب الأسنان (GSDM)

تمت المراجعة من قبل:

التاريخ:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣-٢٠٢٤

ولي (اولياء الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

العلاج بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) والعلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART)

SMALL CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

LARGE CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

(Photos from Elevate Oral Care / Dr. Jeanette MacLean)

العلاج بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) و العلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART) متوفران الآن في مدرسة طفلك من خلال برنامج طب الأسنان للتربية المبكرة/التربية المبكرة الأولى بمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بجامعة بوسطن يمكن تطبيق هذه العلاجات على التسوسات لمنعها من النمو ووقف الام الأسنان وإعطائك مزيداً من الوقت لإيصال طفلك إلى طبيب الأسنان. العلاج سريع وسهل - لا حاجة إلى الإبر / الحقن أو الثقب!

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) سائل يطليه أطباء الأسنان على التسوسات بفرشاة لمنعها من النمو. سيتحول التجويف إلى اللون الأسود (انظر الصورة) ويصير صلباً - وهذا يعني أنه فعال. الأجزاء السليمة من السن لا تتحول إلى اللون الأسود وينبغي أن تحافظ على نفس لون السن

العلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART) هو عندما يتم وضع مادة حشو أسنان بيضاء اللون فوق تجويف تمت معالجته باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). يساعد هذا في إصلاح الأسنان ويمكن أن يساعد في تغطية معظم أو كل الأجزاء السوداء من العلاج بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). يمكن ألا يطبق العلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART) على جميع التسوسات المعالجة بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF).

لا يمكن استخدام علاجات فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) والعلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART) في جميع التسوسات أو إذا كان طفلك يعاني من حساسية تجاه الفضة. إذا لم يتمكن طفلك من تلقي هذه العلاجات، سنزودك بقائمة من عيادات الأسنان التي يمكنها علاج الأسنان بطريقة مختلفة.

نحن حريصون للغاية عند طلاء الأسنان بفلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF)، لكن في بعض الأحيان يتحرك الأطفال بشكل مفاجئ أثناء العلاج وقد يصيب بعض لوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) لثتهم أو بشرتهم ويمكن أن يلطخهم مؤقتاً. نادراً ما يحدث هذا، ولكن إذا حدث ذلك، ينبغي أن تختفي البقع في غضون ١-٣ أسابيع.

**** الأسنان الخلفية فقط تُعالج باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) والعلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART) ****

نعم، أرخص لطفلي بان يتلقى فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) والعلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART).

هل يعاني طفلك من حساسية تجاه الفضة أو المعادن

نعم لا

أو

لا، لا أريد أن يتلقى طفلي فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) و/ أو العلاج الترميمي اللاصدمي المعدل بالفضة (SMART).

تاريخ ميلاد الطفل:

اسم الطفل:

(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي المطبوع:

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغّة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

فراغ مقصود.

توضع النماذج الزرقاء في قسم التزام الأسرة في ملف الطفل.

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

خرجات داخل الحي والمجتمع:

يتضمن المنهاج في الفصل الدراسي لبرنامج التربية المبكرة 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 تستخدم هذه الأنشطة وسائل النقل. سيتم الإشراف على الأطفال في جميع الأوقات، خلال هذه الأنشطة، من قبل طاقم برنامج التربية المبكرة المناسب. يمكن أن تتوصل بفائمة بمواقع المجتمع التي يزورها مركزك من مدير البرنامج. تُنظّم جميع الرحلات أو خرجات المشي أو الزيارات إلى ملاعب الأحياء وفق تشريعات قسم التربية المبكرة والرعاية (EEC) ومعايير السلامة.

يُرجى إشعار الطاقم بأي معلومات عن طفلك يجب أن يكون على علم بها عند اصطحابه في خرجات الحي والمجتمع، مثل الحساسية في الهواء الطلق والخوف من الحيوانات، وما إلى ذلك.

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

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

نموذج الاصدارات الإعلامية بمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن:

تطلب منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن موافقتك المكتوبة لاستخدام صورتك (و/أو صور أطفالك) وشكلك وصوتك في مختلف الوسائط المطبوعة والإلكترونية والمذاعة. لست مطالباً بإعطاء هذه الموافقة للمشاركة في برامج منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن أو لتلقي الخدمات أو المزاي منها أو من خلالها.

يُرجى وضع علامة على جميع المربعات التي تنطبق وملء الفراغات ووقع وأكتب التاريخ أدناه:

أبلغ من العمر ١٨ عاماً أو أكثر وأوقع هذا النموذج أصالة عن نفسي:

الاسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____
(يُرجى الكتابة بالحروف المطبوعة)

عنوان البريد الإلكتروني: _____

أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني على الطفل أو الأطفال المذكورين أدناه، والذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً، وأوقع هذا النموذج نيابة عن طفلي أو أطفالي المدرجين أدناه:

اسم الطفل الكامل: _____
(يُرجى الكتابة بالحروف المطبوعة)

أوافق: أُمح بموجب هذا الإذن لمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD) بالنقاط صور وتسجيل مقاطع فيديو أو تسجيلات صوتية لي (وإذا تم تحديد ذلك أعلاه، لطفلي / أطفالي) 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 / أطفالي) كذلك لأغراض غير ربحية، في جميع أنحاء العالم باستمرار دون إذن إضافي مني أو دفع مقابل لي. يمكن أن تشمل وسائط الإعلام على سبيل المثال لا الحصر: جميع الوسائط المطبوعة (مثل التقارير والمنشورات السنوية) وجميع الوسائط الإلكترونية (مثل موقع منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن) على الانترنت، وقناة منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن على يوتيوب (YouTube)، ووسائل التواصل الاجتماعي الخاصة بمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن [تويتر (Twitter) وإنستغرام (Instagram) وفيسبوك (Facebook)]، بالإضافة إلى جميع وسائل البث (مثل التلفزيون والراديو). أبرئ صراحة ذمة منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن وفروعها والمؤسسات التابعة لها ووكلائها وموظفيها ومسؤوليها ومديريها والمرخصين منها وذوي الحقوق من وضد جميع المطالبات التي لا يمكن أو يمكن في أي وقت لي أو لطفلي / أطفالي رفعها بسبب انتهاك الخصوصية أو التشهير أو أي سبب آخر للإدعاء ناشئ عن إنتاج أو توزيع أو بث أو عرض اسمي أو صورتي أو شكلي أو صوتي (أو اسم أو صورة أو شكل أو صوت طفلي / أطفالي).

لا أوافق: لا أُمح الإذن لمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن بالنقاط صور أو تسجيل مقاطع فيديو أو تسجيلات صوتية لي أو لطفلي / أطفالي 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 الاصدار 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 بالاستشارة العامة بمنظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن على الرقم ٦١٧-٣٤٨-٦٥٨٧.

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

إيصال دليل ولي الأمر:

يحتوي دليل ولي الأمر الخاص بالتربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن على معلومات حول جميع جوانب برنامجنا. وفق سياسات وزارة التربية المبكرة والرعاية ((EEC))، يجب تقديم معلومات مكتوبة للأسر قبل تسجيل أطفالها. لقد توصلت بدليل ولي الأمر وقام أحد أفراد الطاقم بمراجعة المعلومات معي.

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

استطلاع تعلم واهتمامات أولياء الأمور:

نود التعرف عليك وعلى اهتماماتك. اختر مجال اهتمامك وأدرج اهتمامات أخرى لم يتم ذكرها. سنستخدم هذه المعلومات في تطوير الأنشطة والفعاليات الأسرية وتوفير المعلومات التي تجد أنها تكتسي أهمية أكبر وقيمة بالنسبة لأسرتك:

أريحية الأسرة الملايس <input type="checkbox"/> ملايس الكبار <input type="checkbox"/> ملايس الأطفال السكن وفقدان المأوى <input type="checkbox"/> السكن ميسور التكلفة <input type="checkbox"/> الأثاث <input type="checkbox"/> ملكية السكن <input type="checkbox"/> خدمات الأسر تجربة فقدان المأوى <input type="checkbox"/> حقوق المستأجر <input type="checkbox"/> إعانة المرافق العامة	العلاقات الإيجابية بين أولياء الأمور والأطفال <input type="checkbox"/> فرص مشاركة الأب <input type="checkbox"/> الوالد/ الوالدين لأول مرة <input type="checkbox"/> برنامج الأبوة/الأمومة (رحلة الأبوة/الأمومة، سلطة الأبوة والأمومة، برنامج رعاية الأسرة أو آخر) <input type="checkbox"/> ممارسات الأبوة/ الأمومة الإيجابية <input type="checkbox"/> لأبوة/الأمومة الوحيدة <input type="checkbox"/> أبوة زوج الأم/ أمومة زوجة الأب <input type="checkbox"/> التحدث مع طفلك عن العواطف والمواضيع الصعبة:	الصحة والسلامة <input type="checkbox"/> الوقاية من إساءة معاملة وإهمال الأطفال <input type="checkbox"/> صحة الأسرة الخاصة بالفم 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"/> إدارة التوتر <input type="checkbox"/> الوقاية من تعاطي المخدرات / العلاج
الأسر كمناصرين وقادة <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 الترافع على مستوى الولاية والمستوى المحلي آخر - انكر اهتماماتك أو الموضوعات الأخرى التي ترغب في معرفة المزيد عنها <input type="checkbox"/>	الأسر كمربين مدى الحياة <input type="checkbox"/> أنشطة تقام في البيت لدعم الجهرزية المدرسية <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 ونمو الطفولة المبكرة الأسر كمتعلمين <input type="checkbox"/> محو الأمية الحاسوبية / التكنولوجية والتدريب <input type="checkbox"/> المساعدة في البحث عن عمل <input type="checkbox"/> الإنجليزية كلغة ثانية (ESL) <input type="checkbox"/> دروس في الإسعافات الأولية/إنعاش القلب والرنينين <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	العلاقات الأسرية <input type="checkbox"/> معلومات حول العنف الأسري <input type="checkbox"/> العلاقات الأسرية الصحية الاستقرار المالي والاقتصادي <input type="checkbox"/> بناء الأصول وتديبيرها <input type="checkbox"/> وضع الميزانيات <input type="checkbox"/> معلومات حول دعم الأطفال <input type="checkbox"/> استعادة القروض والديون <input type="checkbox"/> المساعدة المالية للتعليم المستمر <input type="checkbox"/> معلومات حول المزايا العامة <input type="checkbox"/> الادخار لحالات الطوارئ والأهداف <input type="checkbox"/> الضرائب
التطوع <input type="checkbox"/> لذي _____ ساعة في الاسبوع للتطوع في برنامج التربية المبكرة. أهتم بطرق التطوع التالية: <input type="checkbox"/> المرافقة في رحلات ميدانية <input type="checkbox"/> لمساعدة في الفصل الدراسي <input type="checkbox"/> المساعدة في البرنامج <input type="checkbox"/> استقطاب أولياء الأمور للتربية المبكرة <input type="checkbox"/> تقاسم وصفات ثقافية مع طاقم خدمات التغذية بالتربية المبكرة <input type="checkbox"/> آخر:	مشاركة الأسر في المراحل الانتقالية <input type="checkbox"/> معلومات حول نمو الأطفال <input type="checkbox"/> معلومات حول التسجيل برياض الأطفال <input type="checkbox"/> معلومات حول اختيار المدرسة <input type="checkbox"/> معلومات حول الجهرزية المدرسية <input type="checkbox"/> معلومات حول المراحل الانتقالية والأنشطة الروابط الأسرية مع الأقران والمجتمع <input type="checkbox"/> فعاليات وأنشطة المجتمع <input type="checkbox"/> أفكار أسرية حول الترفيه / اللياقة، فعاليات وأنشطة <input type="checkbox"/> مجموعات أخرى اجتماعية أو داعمة:	آخر <input type="checkbox"/> مسائل قانونية:
	<input type="checkbox"/> مجموعات دعم الوالدين والقائمين بالرعاية <input type="checkbox"/> طرق المشاركة في مجتمعك	

نماذج التسجيل ببرنامج التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (أولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني.

إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الغتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

سياسة السرية بالنسبة لأولياء الأمور:

أدرك أنه:

- يجب الحفاظ على جميع السجلات والاتصالات والمحادثات المتعلقة ببرنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، الذي تلقيتها أو شاركت فيها بصفتي ولي أمر متطوع (بما في ذلك كعضو في مجلس سياسات التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، ولجنة السياسات ولجنة أولياء الأمور أو أي نشاط تطوعي آخر) في سرية تامة وفي جميع الأوقات. تشمل هذه المعلومات السرية، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات حول الأطفال والأسر والموظفين والمتقدمين بطلبات لشغل وظائف في برنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، والتي تحتوي على معلومات عن الوكالة أو الموظفين (طاقم التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى). غير أنها لا تتضمن المعلومات التي أتاحتها التربية المبكرة، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، للعموم أو لأسر التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى.
 - تُحظر بشكل قاطع الحيازة أو الاستخدام أو النسخ غير المرخص به لهذه السجلات و/أو الكشف عن المعلومات الواردة في أي من هذه السجلات أو التي تم الحصول عليها من خلال الاتصالات أو المحادثات مع أشخاص غير مرخص لهم، بمن فيهم موظفي منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن الذين ليس لديهم حق الولوج إلى المعلومات داخل برنامج التربية المبكرة/التربية المبكرة الأولى.
 - نفس الحظر ينطبق على أي معلومات قد أحصل عليها عندما أعمل كعضو في أي مجموعات سياسات أو لجان أو كمطوع في البرنامج على مستوى الموقع المحلي أو على مستوى برنامج منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن 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 منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن فقط مع الموظفين المعيّنين من قبل نائب رئيس برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، وليس مع أي شخص خارج منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، باستثناء ما يقتضيه أو يسمح به القانون أو التشريعات أو وفق ما هو مذكور في قسم «دور أولياء الأمور» في دليل أولياء الأمور. 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 أولياء الأمور.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

سياسة التوصيل/الاستلام

أوافق على الالتزام بسياسات التوصيل / الوصول والاستلام / المغادرة كما هو مبين في الصفحات ٣٨ - ٣٩ من دليل أولياء الأمور.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

نماذج التسجيل ببرنامح التربية المبكرة وخدمات الاطفال - منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن (ABCD HEAD START)

برنامج الموسم ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤

ولي (اولياء) الامر/ الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البلاغات بعناية بالغة. السياسات والنماذج والإصدارات الموجودة في هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بلاغ للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بلاغ و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والترخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني. إذا كنت غير قادر على فعل ذلك، يُرجى الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية.

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

تهدف مبادرة حافظ الطريق الموحدة إلى بناء صورة على مستوى الولاية لاحتياجات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٠ و ٦ سنوات. تتمثل الغاية من المشروع في ضمان إتاحة الدعم للأسر لمساعدة أطفالهم على النمو بصحة جيدة والاستعداد للمدرسة بحلول الوقت الذي يرتادون فيه رياض الأطفال. من خلال مبادرة حافظ، تعمل الطريق الموحدة (United Way) مع المنظمات التي تخدم الأطفال والأسر لفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٠ و ٦ باستخدام استطلاع الأعمار والمراحل (ASQ) واستطلاع الأعمار والمراحل: الاجتماعي العاطفي (ASQ: SE) وتحليل هذه البيانات واستخدامها لمساعدة المنظمات على تحديد ودعم احتياجات النمو عند الأطفال الذين تخدمهم.

يتم، بعد ذلك، تقاسم المعلومات المتعلقة بطفلك المستقاة من فحص استطلاع الأعمار والمراحل (ASQ) واستطلاع الأعمار والمراحل: الاجتماعي والعاطفي (ASQ: SE) مع الطريق الموحدة (United Way) وشركائها في حافظ (DRIVE).

سوف تُستخدم أي بيانات حول طفلك يتم تقاسمها مع الطريق الموحدة (United Way) من خلال مبادرة حافظ (DRIVE) فقط لأغراض (١) إعداد تقارير إجمالية مجهولة المصدر حول نمو الطفل في منظمات ومجتمعات معينة و (٢) استجلاء العلاقة بين الفحص والموارد الأخرى ونمو الطفل والجهوية المدرسية.

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 وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بجمع معلومات التعريف الشخصية عن طفلي (أطفالي) _____ والاحتفاظ بها لفترة لا تتجاوز ستة (٦) سنوات وتقاسمها مع شركاء الطريق الموحدة (United Way) وشركائها للأغراض المذكورة أعلاه فقط.

أدرك أنه يمكنني الاتصال بالطريق الموحدة (United Way) إما عن طريق الهاتف أو كتابياً في العنوان: 51 Sleeper Street, Boston, MA. 02210، ٦٢٤-٨١٠٥ (٦١٧) drive@supportunitedway.org، لإلغاء هذا الترخيص في أي وقت من الأوقات وباستثناء المعلومات المقدمة سلفاً لن يتم استخدام نموذج الترخيص هذا بعد ذلك.

لا، لا أسمح للتربية المبكرة وخدمات الأطفال، منظمة العمل لتنمية مجتمع بوسطن، بتقاسم البيانات مع الطريق الموحدة (United Way) وشركائها.

اسم ولي الأمر/الوصي المطبوع: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

تم التحديث في ٢٠٢٠/٢/٢٥

شكراً لكم!