

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن
ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق
على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه المواعيد والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء):

يُرجى قراءة النماذج بعناية بالغة

يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو
سياسة

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

السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في
هذه الصفحة هي مستندات ذات طبيعة قانونية



HEAD START &
CHILDREN'S SERVICES

bostonheadstart.org | headstart@bostonabcd.org | 617.348.6272

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و/ أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبيا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

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

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

خطة الوصول والمغادرة: التربية المبكرة الأولى ، التربية المبكرة ورعاية الأطفال

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 ، فشر أدناه إلى «لا أحد». إذا كان الطفل مشمولاً بأمر تقييدي ، يتعين عليك تسليم نسخة من هذا الأمر إلى المركز

من فضلك تحقق مما إذا كان الشخص المسمى مرخصاً لتسليم الطفل فقط أو لحالات الطوارئ فقط أو للمهمتين معاً

1. الاسم _____ التسلّم حالات الطوارئ فقط المهمتين معاً
العلاقة _____
العنوان _____
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

2. الاسم _____ التسلّم حالات الطوارئ فقط المهمتين معاً
العلاقة _____
العنوان _____
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

3. الاسم _____ التسلّم حالات الطوارئ فقط المهمتين معاً
العلاقة _____
العنوان _____
الهاتف خلال النهار _____
الهاتف المحمول _____

سوف يصل طفلي إلى مركز التربية المبكرة الأولى أو التربية المبكرة أو رعاية الأطفال

- توصيل ولي الأمر / الوصي
- (السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
- (قطار/حافلة) برفقة شخص يبلغ 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى) (MBTA) ركوب هيئة النقل بخليج ماساتشوستس
- وسائل نقل خاصة يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل ولي الأمر
- (DCF) وسائل نقل خاصة يتم ترتيبها من قبل المنظومة المحلية للمدارس العمومية أو وزارة شؤون الأطفال والأسر
- (آخر (يُرجى التحديد)

سوف يقاود طفلي مركز التربية المبكرة الأولى أو التربية المبكرة أو رعاية الأطفال

- توصيل ولي الأمر / الوصي
- (السير تحت الإشراف برفقة شخص يبلغ من العمر 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى)
- (قطار/حافلة) برفقة شخص يبلغ 14 عاماً أو أكثر (التربية المبكرة) أو شخص بالغ (التربية المبكرة الأولى) (MBTA) ركوب هيئة النقل بخليج ماساتشوستس
- وسائل نقل خاصة يتم ترتيبها أو استئجارها من قبل ولي الأمر
- (DCF) وسائل نقل خاصة يتم ترتيبها من قبل المنظومة المحلية للمدارس العمومية أو وزارة شؤون الأطفال والأسر
- (آخر (يُرجى التحديد)

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

لإجراء الفحوصات التالية في إطار خدمات التربية المبكرة العادية كما هو موضح في الصفحات 19 - 20 من الدليل (ABCD) **إذن الفحص:** أعطي الإذن لطاقم مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

يُجرى هذا الفحص لرصد ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في (Near Visual Acuity) وأدوات فحص حدة الإبصار القريبة (SPOT) البصر: يفحص طاقم الصحة بصر طفلك باستخدام أداة فحص الرؤية (مقياس الانكسار الذاتي إجراء فحص البصر خلال أول 45 يوماً من تسجيل الطفل (Head Start Performance Standards) (Head Start Performance Standards) تتطلب معايير أداء برنامج التربية المبكرة (Head Start Performance) لرصد ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في السمع. تتطلب معايير أداء برنامج التربية المبكرة (OAE) **السمع:** يفحص الطاقم الصحي سماع طفلك باستخدام أداة فحص الانبعاثات الأذنية الصوتية إجراء فحص السمع خلال أول 45 يوماً من تسجيل الطفل (Standards) لضمان معدل النمو المناسب. تُجرى هذه الفحوصات في جو جماعي ويستمتع معظم الأطفال بهذا (stadiometer) **الطول/الوزن:** يقوم الطاقم الصحي بوزن وقياس كل طفل مرتين في السنة باستخدام الميزان وطاولة قياس الطول النشاط حقاً.

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

بإجراء فحوصات البصر والسمع أو قياسات الطول والوزن (ABCD)، لا، لا أسمح لطاقم التربية المبكرة بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ²

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

بمأساشوستس (WIC) الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الشخصية لبرنامج تغذية النساء والرضع والأطفال:

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

رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

خدمات صحية عالية الجودة وصحة الفم والصحة (ABCD)، يُرجى قراءة هذا النموذج بعناية ووضع علامة على أحد المربعات أدناه قبل التوقيع على هذه الموافقة. يقدم برنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بتقاسم بعض البيانات الديموغرافية والصحية تهم طفلك المذكورة أعلاه (ABCD) العقلية وخدمات التغذية لدعم النمو والجهوية المدرسية عند كل طفل مسجل. يتمثل الغرض من هذه الموافقة في السماح لمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن (Head Start) وفي التربية المبكرة (WIC) يتوخى تقاسم هذه البيانات الزيادة في التسجيل في برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) مع الطاقم المعتمد من وزارة الصحة العامة الذي يدير برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال التكميلي بمأساشوستس والمسجلين في برنامج التربية المبكرة /برنامج التربية المبكرة الأولى بمؤسسة العمل (WIC) وتسهيل تنسيق خدمات الصحة والتغذية من أجل تحسين التربية الصحية ورفاهية الأفراد المشاركين في تغذية النساء والرضع والأطفال (Start) من أجل تنمية مجتمع بوسطن

- أرخص لبرنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، بتقاسم اسمي وعنواني وبيانات طفلي الشخصية المذكورة أعلاه مع طاقم الاسم؛ (2) تاريخ الميلاد؛ (3) قيم قياسات الطول والوزن؛ (4) قيم (1)؛ (WIC) في مأساشوستس (طاقم برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) ووزارة الصحة العامة الذي يدير برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال الهيموغلوبين / الهيماتوكريت؛ (5) المدخول الغذائي؛ (6) مستويات الرصاص إلى
- أرخص لبرنامج التربية المبكرة والتربية المبكرة الأولى بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن لمشاركة المعلومات التالية مع طاقم برنامج WIC فقط؛ (1) اسمي؛ (2) عنواني؛ (3) اسم طفلي و (4) تاريخ ميلاد طفلي

لقد قرأت وفهمت هذا النموذج وتمت الإجابة 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 بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، مسبقاً كتابياً بأنني ألغي موافقتي كلياً أو جزئياً. أدرك أن إلغاء هذه الموافقة لا يمكن أن ينطبق على البيانات التي تم تقاسمها قبل إلغاءها. أدرك أنه يحق لي تسليم نسخة من هذا النموذج بعد توقيع عليه

اسم ولي الأمر/الوصي بحروف مطبوعة

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان 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 الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية

الترخيص بالإفصاح عن البيانات الصحية:

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

اسم ولي الأمر / الوصي: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

نتفهم أن بيانات طفلك الصحية شخصية وسوف نحمي خصوصيتها. نحتاج إلى إذنك قبل أن نتمكن من الحصول على بيانات طفلك الصحية من القائمين برعايته الصحية. سوف يساعدك طاقم برنامج التربية المبكرة بمؤسسة العمل من أجل تنمية 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 بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن:

الفاكس	الهاتف	الاسم والعنوان
		متعلق بالصحة
		متعلق بطب الأسنان

أرخص لبرنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، بالإفصاح عن و/أو الحصول على بيانات طفلي الصحية كما هو موضح في الصفحات 24-25 من هذا الدليل

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

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

لقد قرأت هذا النموذج وتمت الإجابة على جميع أسئلتي حوله. أقر، من خلال التوقيع، بأنني قد قرأت وأقبل بكل ما سبق

- لا، لا أرخص لبرنامج التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، بالإفصاح عن 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 القائمين برعايته الصحية وستكون مسؤولاً عن الحصول عليها وتسليمها للمركز. وهذا يعني أيضاً أن التربية المبكرة، وخدمات الأطفال بمؤسسة، منظمة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، لن تقاسم بيانات طفلك الصحية مع القائمين برعايته الصحية وأنك ستكون مسؤولاً عن تزويد المؤسسة بهذه البيانات مباشرة

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

الموافقة على وضع الواقي الشمسي:

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

- لا، لا أسمح لطاقم مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي كريم الوقاية من الشمس

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

الموافقة على إعطاء معقم اليدين:

أعطي الإذن لطاقم مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي معقم اليدين. أدرك أن معقم اليدين لن يتم استخدامه بدلاً من غسل اليدين وأن إعطائه يتم فقط تحت إشراف الطاقم. يُستخدم معقم اليدين فقط عندما لا يكون غسل اليدين متاحاً. 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 الربع أدناه فقط إذا كنت لا تريد من الطاقم إعطاء طفلك معقم اليدين

- لا، لا أسمح لطاقم مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بإعطاء طفلي معقم اليدين

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن
ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق
على كل بيان 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 الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية

نموذج الإذن في حالات الطوارئ/الإسعافات الأولية — الموسم الدراسي 2024-2025

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

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

العنوان: _____

تاريخ الإذن: _____
تاريخ الإذن: _____
(ع و ب ط م فور ح ب ة بات ل ل ا ي ج ر ي)

بتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي (CPR) أسمح ، بصفتي ولي الأمر / الوصي القانوني ، لطاقم التربية المبكرة وخدمات الأطفال ، بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ، المعتمد في **إسعافات الأطفال الأولية** وإنعاش القلب والرئتين
المستشفى أو أقرب مرفق طبي لتلقي رعاية الطوارئ. أدرك أنه سيتم بذل كل جهد ممكن _____ حسب الحاجة ونقله ، إذا لزم الأمر ، إلى
للانصال 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 ، أرخص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب
في مرفق العلاج بأن يقوم بالإجراءات المناسبة وتقديم العلاجات الطبية اللازمة لطفلي

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

2024/8 المرفق: حقيبة الإسعافات الأولية بالفصول الدراسية يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

نموذج الإذن في حالات الطوارئ/الإسعافات الأولية — الموسم الدراسي 2024-2025

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

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

العنوان: _____

اسم الطوارئ: _____
اسم الطوارئ: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

بتقديم علاجات الإسعافات الأولية لطفلي (CPR) أسمح ، بصفتي ولي الأمر / الوصي القانوني ، لطاقم التربية المبكرة وخدمات الأطفال ، بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ، المعتمد في إسعافات الأطفال الأولية وإنعاش القلب والرئتين
أو أقرب مرفق طبي لتلقي رعاية الطوارئ. أدرك أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي في _____ حسب الحاجة ونقله ، إذا لزم الأمر ، إلى المستشفى
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 ، أرخص بموجب هذا وأطلب من الطبيب أو فريق الطوارئ المدرب في مرفق العلاج
بأن يقوم بالإجراءات المناسبة وتقديم العلاجات الطبية اللازمة لطفلي

أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها كلما حدث تغيير

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

2024/8 المرفق: ملف الطفل يجب أن تحمل كلتا النسختين توقيعاً أصلياً

برنامج الموسم 2024-2025 (ABC HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان 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 الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية

معلومات الطفل الطبية

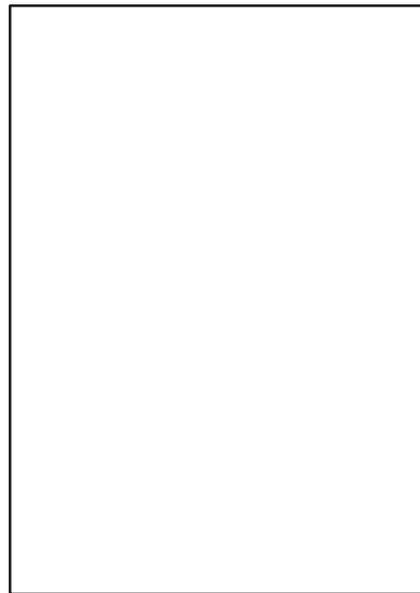
القائم برعاية الطفل الصحية: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والمعلومات الطبية لحالات الطوارئ



صورة الطفل

معلومات الطفل الطبية

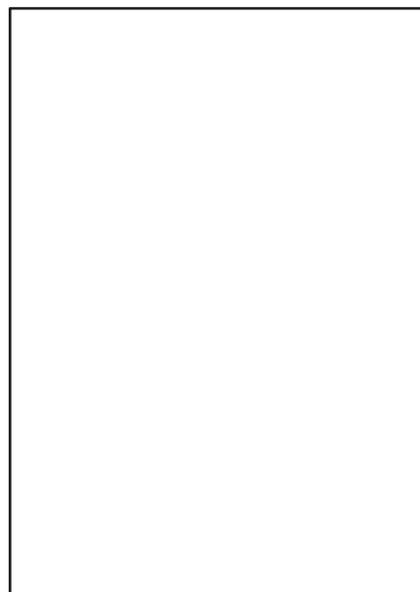
القائم برعاية الطفل الصحية: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

تأمين الطفل الصحي: _____

حالات الطفل الخاصة والإعاقات والحساسيات والمعلومات الطبية لحالات الطوارئ



صورة الطفل

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العجل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

(DESE) وزارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس

مكتب برامج الغذاء والتغذية

متطلبات ووثائق تسجيل الطفل

برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين - مراكز رعاية الأطفال

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

يتعين أن تشمل ووثائق 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)

المرفقة أو تكييف نموذج خاص بها. يجب أن يتضمن النموذج المبكف نفس (CACFP) لثوثيق معلومات التسجيل، يمكن لمراكز رعاية الأطفال استخدام نماذج التسجيل الخاصة بمراكز رعاية الأطفال التي تشارك في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين لتسجيل الأطفال. يتعين على الرعاة والمراكز الذين يختارون تكييف نموذج التسجيل تسليم نسخة إلى وزارة التعليم الابتدائي والثانوي في (DESE) الأسئلة ونفس القصد منها كما في نموذج وزارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس للمراجعة والموافقة قبل الاستخدام والتوزيع (DESE) ماساتشوستس

يتعين على ولي الأمر / الوصي ملء النموذج بالكامل بالمعلومات الحالية وتوقيعه وتاريخه

لا يجوز للمراكز المطالبة بتعويض 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 مراجعة النماذج للتأكد من دقة وتأكد المعلومات المدخلة في جميع نماذج تسجيل الأطفال

على الرقم (DESE) 781-338 6480 إذا كنت تود طرح أسئلة حول متطلبات جمع معلومات التسجيل، يُرجى الاتصال بخدمات التغذية الخاصة بوزارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس

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

يمكن، إتاحة 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 بالحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 202) 720 2600 (الصوت وجهاز اتصال الصم) أو بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال (TARGET Center) الأمريكية وغيرها) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز الهدف (خدمة الترحيل الفدرالية على الرقم 800) 8339-877

نموذج شكاية التمييز لبرنامج وزارة الزراعة الأمريكية الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على AD-3027. لرفع شكاية بشأن التمييز في البرنامج، ينبغي للمشتكي ملء نموذج من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، عن طريق الاتصال بالرقم (866) 9992-632، أو عن طريق توجيه رسالة مكتوبة إلى وزارة الزراعة الأمريكية. USDA-OASCR % 20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf. بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج أو رسالة (ASCR) يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكاية وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً لفعل التمييز المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد كاتب الحقوق المدنية المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق AD-3027

1. البريد:

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

2. الفاكس:

أو (833) 256-1665 أو (202) 7442-690

3. البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة مقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص

برنامج الموسم 2024-2025 (ABC HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

نموذج تسجيل الطفل — برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

الذي (USDA) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (CACFP) في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين. يشارك مركز رعاية طفلك

وزارة التعليم الابتدائي والثانوي في ماساتشوستس

يجب أن تستوفي 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 (CACFP) ضروري إذا كان لا يمكن لطفلك تناول الأطعمة التي يتطلبها برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين.

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

(يُرجى 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 12 شهراً).

الجزء 1: معلومات تسجيل الطفل

تاريخ ميلاد وعمر الطفل: _____	اسم الطفل: _____ (الاسم الشخصي، الاسم العائلي) (يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)
تاريخ بداية رعاية الطفل: _____	الأوقات التي يرتاد فيها الطفل المركز عادةً: _____ صباحاً إلى _____ بعد الظهر (على سبيل المثال، 7:30 صباحاً - 5:00 بعد الظهر)
تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادةً:
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة

تاريخ ميلاد وعمر الطفل: _____	اسم الطفل: _____ (الاسم الشخصي، الاسم العائلي) (يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)
تاريخ بداية رعاية الطفل: _____	الأوقات التي يرتاد فيها الطفل المركز عادةً: _____ صباحاً إلى _____ بعد الظهر (على سبيل المثال، 7:30 صباحاً - 5:00 بعد الظهر)
تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادةً:
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة

تاريخ ميلاد وعمر الطفل: _____	اسم الطفل: _____ (الاسم الشخصي، الاسم العائلي) (يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)
تاريخ بداية رعاية الطفل: _____	الأوقات التي يرتاد فيها الطفل المركز عادةً: _____ صباحاً إلى _____ بعد الظهر (على سبيل المثال، 7:30 صباحاً - 5:00 بعد الظهر)
تحقق من الوجبات التي تطلب أن يتلقاها طفلك أثناء تواجده في الرعاية:	تحقق من الأيام التي يرتاد فيها طفلك المركز عادةً:
<input type="checkbox"/> الفطور <input type="checkbox"/> الغداء <input type="checkbox"/> الوجبة الخفيفة في الظهيرة	<input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة

إذا كان هناك أطفال آخرون في الرعاية، يُرجى ملء نماذج إضافية حسب الحاجة.

خاص للاستخدام من قبل مكتب الراعي فقط
السنة المالية: 2024-2025 تاريخ سريان نموذج التسجيل: آب - أغسطس 2024 إلى آب - أغسطس 2025
طالما أنه يقع في نفس الشهر الذي تم فيه استلام هذا النموذج (CACFP) يمكن احسابتاريخ السريان بأثر رجعي يعود إلى اليوم الأول الذي يشارك فيه الطفل في برنامج غذاء رعاية الأطفال والبالغين

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و/ أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

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

تُقدم وجبات مغذية تستجيب لتوجيهات وزارة الزراعة الأمريكية لجميع الأطفال المسجلين في هذا البرنامج، بما في ذلك الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 شهراً. يتعين أن يستوفي مركز رعاية الأطفال متطلبات مكونات الوجبة على أساس العمر وجهازية 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 في نظام برنامج غذاء (Infant Meal Pattern) النمو المبين في نمط وجبات الرضع (CACFP). رعاية الأطفال والبالغين

أدرك أن مركز رعاية الأطفال يقدم بديل حليب الأم المدعم بالحديد (لطفلي أثناء تواجده في الرعاية).

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

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

- سوف أوفر حليب الثدي المحلوب (مضخوخ) لطفلي الرضيع و/أو إرضاع طبيعي في المركز.
أو سوف أوفر بديل حليب الأم لطفلي الرضيع
- أفضل أن يوفر المركز بديل حليب الأم المعروض

(يُرجى وضع علامة على خيار واحد (المواد الغذائية

- سوف أوفر 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. سوف أوفر المادة الغذائية الموثوقة التالية
- أود أن يقوم المزود/المركز بتوفير جميع المواد الغذائية لوجبات طفلي الرضيع

الجزء 3: 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

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

(يتم ملء النموذج سنوياً)

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____
(ع بوب طم فورج ببات لائل اى جري)

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

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 على أساس عادل (CACFP).

1. الهوية الاثنية

- إسباني أو لاتيني
 غير إسباني أو لاتيني

2. الهوية العرقية

- أمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين
 أسوي
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
 هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
 أبيض

لنطرح أسئلتك، يُرجى الاتصال بـ

ABCD Head Start & Children's Services

178 Tremont St. Boston, MA 02111

617.348.6272

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة، (USDA) وتشريعات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (Federal civil rights law) وفق قانون الحقوق المدنية الفيدرالي الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الثأر أو الانتقام جزءاً من 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 من خلال خدمة التحويل الفدرالية على الرقم 8339 - 877 (800). يمكن، إتاحة معلومات البرنامج بلغات (USDA) بطلب الحصول على المزايا. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية عن طريق (USDA) أخرى غير الإنجليزية.

وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة، http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html: الموجود على الإنترنت على (AD-3027)، لتقديم شكاية برنامج ضد التمييز، يُرجى ملء نموذج شكاية التمييز الخاص ببرنامج وزارة الزراعة الأمريكية الأمريكية أو كتابة رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية مع تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكاية، يُرجى الاتصال على الرقم 9992-632-866. أرسل النموذج المكتمل أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق (USDA) الأمريكية

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

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

(2) أو: 690-7442 (202): الفاكس

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

هذه المؤسسة تقدم خدمات قائم على مبدأ تكافؤ الفرص

برنامج اختبار كوفيد19- في البيت

اسم الطفل: _____

(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

أدرك أنه، وفق هذا البرنامج، إذا حضر طفلي فصلًا حيث ثبتت إصابة تلميذ أو موظف آخر بفيروس (ABCD) من خلال ملء هذا النموذج، أختار المشاركة في برنامج اختبار كوفيد19- في البيت التابع لمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن كوفيد19-، سوف ترسل مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن طفلي إلى البيت مع اختبارات مستضد كوفيد19-. لكي يستمر طفلي في حضور الفصول في مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن في الأيام التالية للتعرض لكوفيد19-، تعين علي أن أجري اختبارات كوفيد19- لطفلي والإبلاغ عن النتائج في نموذج شهادة ولي الأمر/الوصي في اليوم السادس واليوم الثامن واليوم العاشر بعد التعرض للفيروس

أدرك أنه، في أي وقت من الأوقات، لدي خيار إلغاء الاشتراك في برنامج اختبار كوفيد19- في البيت. ولكن، إذا اخترت عدم المشاركة، سيظل طفلي مطالبًا باتباع جميع توجيهات القيود الصحية الواردة في دليل أولياء الأمور

أقر بأنه باختباري لاشتراك في هذا البرنامج، سألتقي اختبارات كوفيد19- فقط إذا تعرض طفلي لكوفيد19- في فصل دراسي في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن. إذا تعرض طفلي لكوفيد19- خارج برنامج بشأن وقاية الآخرين من التعرض للفيروس (CDC) التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن، أؤكد أنني سأتبع توجيهات مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض

(CDC) في حال كانت نتيجة اختبار طفلي إيجابية أو ظهرت عليه أعراض كوفيد19-، فسوف أبقيه في البيت إلى أن تزول الأعراض ويشفى من الحمى دون استخدام أدوية خفض الحرارة لمدة 24 ساعة وفقًا لتوجيهات مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها

أرخص لمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بالإفصاح عن هذه المعلومات إلى وزارة الصحة العامة في ماساتشوستس والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس ووزارة التربية المبكرة والرعاية في ماساتشوستس و/أو أي هيئة حكومية أخرى وفق ما يقتضيه القانون المعمول به والتوجيهات الحكومية

لا، لا أعتمد إجراء اختبار طفلي في البيت. في حال حضر طفلي صفاً دراسياً ثبتت فيه إصابة تلميذ أو موظف آخر بفيروس كوفيد19-، سوف يطلب من طفلي استخدام الكمامة إذا كان عمره مناسباً ويُمنع من حضور البرنامج إذا ظهرت عليه أعراض كوفيد19-

اسم: ولي الأمر/الوصي بحروف مطبوعة

توقيع: ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES) نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبيا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

برنامج صحة الأسنان بالتربية المبكرة/التربية المبكرة الأولى بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بكلية جولمان لطلب الأسنان بجامعة بوسطن منسقة البرنامج، كاثي ليتوري، متخصصة
617.358.6453 (MPH)، ماجستير في الصحة العامة (RDH) مسجلة في صحة الأسنان

اسم الطفل: _____ موقع مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن (ABCD): _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

تاريخ ميلاد الطفل: _____ الفصل الدراسي: _____

جنس الطفل: ذكر أنثى التربية المبكرة الأولى (Early Head Start) التربية المبكرة (Head Start)

نعم، أعطي الإذن لطفلي لإجراء فحص أسنان وتطبيق ورنيش الفلورايد وممانعات التسرب
(عند الحاجة). يُرجى ملء هذا النموذج
أو

لا، لا أعطي الإذن لطفلي بالمشاركة في البرنامج

آخر: _____ طفلي لديه طبيب أسنان إذا كانت الإجابة بلا، حدد من السبب وأعد هذا النموذج

1. ما هي اللغة التي يتحدث بها طفلك بشكل أفضل؟ _____

ما هي اللغة التي يتحدث بها ولي الأمر/الوصي في البيت؟ _____

2. (ما هو عرق واثنية طفلك؟ (يُرجى تحديد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي/من سكان الاسكا الأصليين

أسود/أمريكي من أصل إفريقي

أسبوي

أبيض

من سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادي

برازيلي

من أصل إسباني

3. هل زار طفلك طبيبا لإجراء فحص طبي في العام الماضي؟

لا نعم

4. هل زار طفلك طبيب أسنان لإجراء فحص أسنان في العام الماضي؟

لا نعم

5. هل يتناول طفلك أدوية الآن؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر الأدوية: _____

6. يُرجى تحديد الأمراض أو الحالات التي عانى منها طفلك من قبل:

(ADHD) قصور الانتباه وفرط الحركة/ (ADD) اضطراب قصور الانتباه

داء السكري

التهاب الكبد

مشاكل في الكبد

فقر الدم

تشنجات/نوبات

الصرع

نفخة قلب

حمى الروماتيزم

الربو

حساسية تجاه الدواء

اضطراب قلبي

مشاكل في الكلي

داء السل

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

7. هل يعاني طفلك من أي حالات صحية أخرى؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح: _____

8. هل يتناول طفلك مضادات حيوية قبل علاج الأسنان؟

لا نعم

9. هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد كل ما ينطبق:

بنسلين

مضادات حيوية

كولوفاينوم

أسبرين

أطعمة

لاتكس

الراتينج

معادن

آخر: _____

10. هل يعاني طفلك من أي إعاقات في النمو؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح: _____

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

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

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

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

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

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

لكن في بعض الأحيان يتحرك الأطفال بشكل مفاجئ أثناء العلاج وقد (SDF) نحن حريصون للغاية عند طلاء الأسنان بفلوريد ثنائي أمين الفضة لتثمتهم أو بشرتهم ويمكن أن يصعب مؤقتاً. نادراً ما يحدث هذا، ولكن في حال حدوثه، ينبغي أن تختفي (SDF) يصيب بعض لوريد ثنائي أمين الفضة البقع في غضون 1-3 أسابيع.

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

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)

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

هل يعاني طفلك من حساسية تجاه الفضة أو المعادن

لا نعم

ألف

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

اسم الطفل:

تاريخ ميلاد الطفل:

(يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

اسم ولي الأمر/الوصي بحروف مطبوعة

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبيا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

هل يتوفر طفلك على تأمين أسنان ؟ 11.

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، يُرجى تحديد التأمين واملأ ما يلي

ماس هيلت /ميديك إيد (CMSP) تشيلدرن ميديكال دلتا دنتال بلو كروس /شيلد

آخر:

إذا كان التأمين عند ماس هيلت يُرجى ذكر الرقم

إذا كان تأميناً آخر يُرجى ذكر الاسم

مجموعة

اسم المشترك:

رقم البوليصه:

يُرجى القراءة والتوقيع: أدرك أن

- 1) أن تستخدم معلومات طفلي الصحية للعلاج والأداء والعمليات وتقييم البرنامج (GSDM) يمكن لكلية جولدمان لطب الأسنان
- 2) على (GSDM) يمكن الاطلاع على إشعار ممارسات الخصوصية بكلية جولدمان لطب الأسنان https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10_2017.pdf
- 3) بفترة التأمين مقابل الخدمات المقدمة. لن تتم فوترتي مقابل الخدمات المقدمة (GSDM) إذا كان طفلي يتوفر على تأمين ، أخص لكلية جولدمان لطب الأسنان
- 4) يمكن أن تؤثر الخدمات المقدمة على تغطية التأمين لزيارات طب الأسنان عند أطباء أسنان آخرين
- 5) المناسب (HeadStart) سيتم إعطاء نتائج فحص أسنان طفلي لطاقم التربية المبكرة
- 6) لقد قرأت وفهمت برنامج طب الأسنان وأوافق ، بالتوقيع أدناه على مشاركة طفلي

تاريخ ميلاد الطفل

(اسم ولي الأمر/الوصي: (يُرجى الكتابة بحروف مطبوعة

التاريخ:

اسم ولي الأمر/الوصي بحروف مطبوعة

توقيع ولي الأمر/الوصي

الهاتف خلال النهار _____ العلاقة بالطفل _____

الهاتف المحمول _____ البريد الإلكتروني _____

(GSDM) خاص بطاقم برنامج كلية جولدمان لطب الأسنان

التاريخ: _____ تمّت المراجعة من قبل _____

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و/ أو سياسة.

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقمية وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

فراغ مقصود.

توضع النماذج الزرقاء في قسم مشاركة الأسر في ملف الطفل

برنامج الموسم 2024-2025 (ABCD HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن
ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبيا وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

خبرات داخل الحي والمجتمع:

يتضمن المنهاج في الفصل الدراسي لبرنامج التربية المبكرة استخدام موارد المجتمع مثل المتاجر والمكتبات ومراكز الشرطة والإطفاء والحدايق والملاعب وما إلى ذلك. إذا سمحت الأحوال الجوية، تخرج الفصول يومياً للعب أو المشي أو الزيارة في الحي. لا تستخدم هذه الأنشطة وسائل النقل. يتم الإشراف على الأطفال في جميع الأوقات، خلال هذه الأنشطة، من قبل طاقم برنامج التربية المبكرة المناسب. يمكن أن تتوصل بقائمة بمواقع المجتمع التي يزورها مركز من مدير البرنامج. تُنظم جميع الرحلات ومعايير السلامة (EEC) أو خرجات المشي أو الزيارات إلى ملاعب الأحياء وفق تشريعات قسم التربية المبكرة والرعاية

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 بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

تطلب مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن موافقتك المكتوبة لاستخدام صورتك (و/أو صور أطفالك) وشكلك وصوتك في مختلف الوسائط المطبوعة والإلكترونية والمذاعة. لستَ مطالبا بإعطاء هذه الموافقة للمشاركة في برامج مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن أو لتلقي الخدمات أو المزايا منها أو من خلالها

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

أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر وأوافق هذا النموذج أصالة عن نفسي

رقم الهاتف: _____
الاسم الكامل: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

عنوان البريد الإلكتروني: _____

أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني على الطفل أو الأطفال المذكورين أدناه، والذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، وأوافق هذا النموذج نيابة عن طفلي أو أطفالي المدرجين أدناه

اسم الطفل الكامل: _____
(يرجى الكتابة بحروف مطبوعة)

ل (ABCD) أوافق: أُمح بوجبه الإذن لمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن التقاط صور وتسجيل مقاطع فيديو أو تسجيلات صوتية لي (وإذا تم تحديد ذلك أعلاه، لطفلي/أطفالي) واستخدام صوتي وشكلي وصوتي في الوسائط من جميع الأنواع بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الصور الفوتوغرافية والتسجيلات الصوتية والبرئية 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 الوسائط الإعلام على سبيل المثال لا الحصر: جميع الوسائط المطبوعة (مثل التقارير والمنشورات السنوية) وجميع الوسائط الإلكترونية (مثل موقع مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن) على الإنترنت، وقناة مؤسسة العمل بالإضافة إلى (Facebook) وفيسبوك (Instagram) وإنستغرام (Twitter) ووسائل التواصل الاجتماعي الخاصة بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن (YouTube) من أجل تنمية مجتمع بوسطن على يوتيوب جميع وسائل البث (مثل التلفزيون والراديو). ابرئ صراحة دمة مؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن وفروعها والمؤسسات التابعة لها ووكلائها وموظفيها ومسؤوليها ومدريها والبرخصين منها وذوي الحقوق من وضد جميع المطالبات التي يمكن لي أو لطفلي/أطفالي في أي وقت رغبها بسبب انتهاك الخصوصية أو التشهير أو أي سبب آخر للإدعاء ناشئ عن إنتاج أو توزيع أو بث أو عرض اسمي أو صوتي أو صورتي أو شكلي أو صوتي (أو اسم أو صورة أو شكل أو صوت طفلي/أطفالي).

لا أوافق: لا أُمح الإذن لمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن بالتقاط 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، وأستوعب تمامًا محتوياته ومعناه. أدرك أن لي كامل الحرية في طرح أي أسئلة محددة بخصوص هذا الاصدار قبل التوقيع عليه من خلال الاتصال بالاستشارة العامة بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن على الرقم 617-348-6587

توقيع ولي الأمر/الوصي:

التاريخ:

برنامج الموسم 2024-2025 (ABC HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن

ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان 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 الاتصال بطاقم البرنامج للحصول على نسخ ورقية

استلام دليل ولي الأمر:

يجب تقديم معلومات مكتوبة للأسر قبل (ECC)، يحتوي دليل ولي الأمر الخاص بالتربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن على معلومات حول جميع جوانب برنامجنا. وفق سياسات وزارة التربية المبكرة والرعاية تسجيل أطفالها. لقد توصلتُ بديل ولي الأمر وراجع أحد أفراد الطاقم 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. سوف نستخدم هذه المعلومات في تطوير الأنشطة والفعاليات الأسرية وتوفير المعلومات التي تجد أنها تكتسي أهمية وقيمة أكبر بالنسبة لأسترك

أريحية الأسرة

الملابس

- ملابس الكبار
 ملابس الأطفال

السكن وفقدان المأوى

- السكن ميسور التكلفة
 الأثاث
 ملكية السكن
 خدمات الأسر
تجربة فقدان المأوى
 حقوق المستأجر
 إغاثة المرافق العامة

الصحة والسلامة

- الوقاية من إساءة معاملة وإهمال الأطفال
 صحة الأسرة الخاصة بالفم والأسنان
 صحة/عافية الأسرة
 موارد المساعدة الغذائية
 تأمين الصحة والأسنان
 الأكل الصحي/التغذية
 الصحة العقلية والعافية
 السلامة والوقاية من المخاطر
 إدارة التوتر
 الوقاية/ العلاج من تعاطي المواد المخدرة

العلاقات الأسرية

- معلومات حول العنف الأسري
 العلاقات الأسرية الصحية

الاستقرار المالي والاقتصادي

- بناء الأصول وتديريها
 إعداد الميزانيات
 معلومات حول دعم الأطفال
 إعادة جدولة القروض والديون
 المساعدة المالية للتعليم المستمر
 معلومات حول المزايا العامة
 الادخار لحالات الطوارئ والأهداف
 الضرائب

آخر

- مسائل قانونية: _____

العلاقات الإيجابية بين أولياء الأمور والأطفال

- فرص انخراط الأب
 الوالد/ الوالدين لأول مرة
 برنامج الأبوة/ الأمومة (رحلة الأبوة/ الأمومة
(سلطة الأبوة والأمومة، برنامج رعاية الأسرة أو آخر

ممارسات الأبوة/ الأمومة الإيجابية

- أبوة/ الأمومة الوحيدة
 أبوة زوج الأم/ أمومة زوجة الأب
 التحدث مع طفلك عن العواطف
الوالمواضيع الصعبة: _____

الأسر كبريين مدى الحياة

- أنشطة تقام في البيت لدعم
الجهوية المدرسية
 تعزيز القراءة والكتابة في البيت
 دعم النمو الاجتماعي و
العاطفي
 التوجيه الإيجابي ودعم السلوك
 الإعلام ونمو الطفولة المبكرة

الأسر كمتعلمين

- محو الأمية الحاسوبية / التكنولوجية والتدريب
 المساعدة في البحث عن عمل
 (ESL) الإنجليزية كلفة ثانية
 دروس في الاسعافات الأولية/إنعاش القلب والرئتين
 (GED) اختبار معادلة الثانوية العامة/ (HiSet) تطوير التعليم العام
 كتابة السيرة الذاتية ومهارات إجراء المقابلات
 برامج التدريب المهني والوظيفي

مشاركة الأسر في المراحل الانتقالية

- معلومات حول نمو الأطفال
 معلومات حول التسجيل رياض الأطفال
 معلومات حول اختيار المدرسة
 معلومات حول الجهوية المدرسية
 معلومات حول المراحل الانتقالية والأنشطة

الروابط الأسرية مع الأقران والمجتمع

- فعاليات وأنشطة المجتمع
 أفكار أسرية حول الترفيه، اللياقة، فعاليات
وأنشطة
 مجموعات أخرى اجتماعية أو داعمة: _____

مجموعات دعم الوالدين والقائمين بالرعاية

طرق المشاركة في مجتمعات

الأسر كمنصرين وقادة

- مناصرة طفلي و
تعليجه/ها
 سياسة المدينة وعضوية مجلس المدينة
 فرص العمل في التربية المبكرة
 فرص لجنة التربية المبكرة
(برنامج محلي)
 فرص الترافع على مستوى الولاية

والمستوى المحلي

آخر - اذكر اهتماماتك أو الموضوعات الأخرى التي ترغب في معرفة المزيد عنها

التنوع

لدي _____ ساعة في الأسبوع للتطوع في برنامج التربية المبكرة

أهتم بطرق التنوع

التالية:

- المرافقة في رحلات ميدانية
 المساعدة في الفصل الدراسي
 المساعدة في البرنامج
 استقطاب أولياء الأمور للتربية المبكرة
 تقاسم وصفات ثقافية مع طاقم خدمات التغذية
 بالتربية المبكرة
آخر: _____

ما هي أفضل الأيام بالنسبة لك لحضور فعاليات البرنامج؟

- الجمعة الخميس الأربعاء الثلاثاء الاثنين الأحد السبت

ما هي أفضل الأوقات؟

- الصباح
(في الوقت الذي أوصل فيه طفلي)
 الظهيرة
(في الوقت الذي أتسلم فيه طفلي)
 المساء
(حوالي الساعة 5:30 بعد الظهر بعد العمل أو المدرسة)

برنامج الموسم 2024-2025 (ABC HEAD START & CHILDREN'S SERVICES): نماذج الإنخراط في التربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ولي (أولياء) الأمر / الوصي (الأوصياء): يُرجى قراءة هذه البيانات بعناية فائقة. السياسات والنماذج والإصدارات الواردة في هذه الصفحة هي وثائق ذات طبيعة قانونية. يُرجى التوقيع على كل بيان للإشارة إلى أنك تفهم وتوافق على كل بيان و / أو سياسة

تنتهي صلاحية هذه الموافقات والتراخيص في نهاية موسم البرنامج

يُرجى ملء النماذج رقبياً وإرجاعها إلى طاقم البرنامج عبر البريد الإلكتروني

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

(Vital Early Education) البيانات والموارد المستثمرة في التربية المبكرة الحيوية (UNITED WAY'S DRIVE) مبادرة حافز الطريق الموحدة

نموذج موافقة ولي الأمر / الوصي على جمع واستخدام بيانات الفحص

إلى بناء صورة على مستوى الولاية لاحتياجات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 6 سنوات. تمثل الغاية من المشروع في ضمان إتاحة الدعم للأسر لمساعدة أطفالهم على النمو بصحة (United Way's Drive) تهدف مبادرة حافز الطريق الموحدة مع المنظمات التي تخدم الأطفال والأسر على فحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 6 سنوات باستخدام (United Way) جيدة والاستعداد للمدرسة بحلول الوقت الذي يرتادون فيه رياض الأطفال. من خلال مبادرة حافز ، تعمل الطريق الموحدة وتحليل هذه البيانات واستخدامها لمساعدة المنظمات على تحديد ودعم احتياجات النمو عند الأطفال الذين تخدمهم (ASQ: SE) واستطلاع الأعمار والمراحل: الاجتماعي العاطفي (ASQ) استطلاع الأعمار والمراحل

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

فقط لأغراض (1) إعداد تقارير إيجابية مجهولة المصدر حول نمو الطفل في منظمات ومجتمعات معينة و (2) استجلاء العلاقة بين (DRIVE) من خلال مبادرة حافز (United Way) سوف تُستخدم أي بيانات حول طفلك يتم تقاسمها مع الطريق الموحدة الفحص والموارد الأخرى ونمو الطفل والجهوية المدرسية

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

(United Way) والاحتفاظ بها لفترة لا تتجاوز ستة (6) سنوات وتقاسمها مع شركاء الطريق الموحدة (أسمح للتربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ، بجمع معلومات التعريف الشخصية عن طفلي (أطفالي وشركائنا للأغراض المذكورة أعلاه فقط

Sleeper Street, Boston, MA. 02210 إما عن طريق الهاتف أو كتابياً في العنوان: 51 (United Way) أدرك أنه يمكنني الاتصال بالطريق الموحدة

لإلغاء هذا الترخيص في أي وقت من الأوقات وباستثناء المعلومات المقدمة سلفاً لن يتم استخدام نموذج الترخيص هذا بعد ذلك (617) 624-8105 ، drive@supportunitedway.org

وشركائنا (United Way) لا ، لا أسمح للتربية المبكرة وخدمات الأطفال بمؤسسة العمل من أجل تنمية مجتمع بوسطن ، بتقاسم البيانات مع الطريق الموحدة

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ

تم التحديث في 2024/9/03

شكراً لكم!