

طلب التقديم ما قبل الروضة لعام ٢٠٢٤ - ٢٠٢٥ في مقاطعة كالامازو



عزيزي عائلة ما قبل الروضة، نحن متحمسون جدًا لأن نكون جزءًا من مغامرة طفلك القادمة! تشكل تجربة ما قبل الروضة القيمة بداية رائعة وفرقًا كبيرًا في استعداد الطفل لرياض الأطفال ونجاحه.

إذا أجبت بـ "نعم" على الأسئلة أعلاه، فمن المحتمل أن تكون مؤهلاً لبرنامج مرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو. نحن نشجعك على ملء طلب مرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو وتقديمه مع جميع المستندات المطلوبة المدرجة ضمن التعليمات خطوة بخطوة لتحديد الأهلية.

يرجى الاتصال بنا عبر البريد الإلكتروني على hsenroll@kresa.org إذا كان لديك أي أسئلة.

سهلة مثل ١ ، ٢ ، ٣ ...

قم بتسليم العناصر الثلاثة التالية مع طلب التقديم الخاص بطفلك:

١. سجل ميلاد الطفل
٢. إثبات دخل الأسرة السنوي: أرباح العمل (W-2)، الإقرار الضريبي، أو كعب الشيكات)، دعم الطفل، البطالة، دخل مساعد من التأمينات الاجتماعية، المساعدة النقدية وأي دليل آخر على الدخل.
٣. إثبات العنوان الحالي: رخصة القيادة، إيصال الإيجار، فاتورة المرافق، خطاب من الملتجأ أو المضيف إذا كان بين المنازل

تحقق من التعليمات خطوة بخطوة للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً.

KALAMAZOO RESA
INSPIRING EDUCATIONAL EXCELLENCE

KALAMAZOO COUNTY
PRE-K

KC Ready4s

GREAT START
COLLABORATIVE
Kalamazoo County

Great Start
Readiness Program
Michigan's Nationally Recognized Pre-K Program

KALAMAZOO RESA
Head Start

التعليمات خطوه بخطوه

الخطوة الاولى: طلب التقديم ما قبل الروضة

- a1 املاً طلب التقديم ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو بالكامل. الطلب متاح باللغتين الإنجليزية والإسبانية. يمكنك تنزيل نسخة أو ملء نموذج رقمي على DreamBigStartSmall.org.

الخطوة الثانية: المستندات المطلوبة

يجب على جميع المتقدمين إرسال البنود التالية مع طلب التقديم ما قبل الروضة التابع لمقاطعة كالامازو. لا يمكن تحديد الأهلية إلا إذا تم تقديم جميع المستندات المطلوبة التالية.

□ b2 إثبات السن. وفقًا للمبادئ التوجيهية الجديدة، يجب أن يكون جميع الأطفال:

- ٣ سنوات في ١ ديسمبر أو قبله حتى تكون مؤهلاً لسن برامج ٣ سنوات
- ٤ سنوات في ١ ديسمبر أو قبله حتى تكون مؤهلاً لبرامج سن ٤ سنوات
- * قد يتم إعطاء الأولوية لقبول الأطفال الذين سيبلغون من العمر ٣ أو ٤ سنوات في ١ سبتمبر أو قبله.

أرسل واحدًا مما يلي:

- شهادة الميلاد (مفضل)
- جواز سفر
- شهادة النسب / سجل المستشفى
- سجل المعمودية
- بطاقة الموافقة الطارئة لرعاية الحضانة
- خطاب إيداع الرعاية
- أمر المحكمة

□ b2 إثبات الدخل. الدخل هو العامل المؤهل الأساسي. يمكنك التحقق من البيانات المتاحة على kresa.org/qualifications لمزيد من التفاصيل. يجب عليك تقديم المستندات لجميع مصادر الدخل خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية. قد تشمل هذه المستندات ما يلي:

- الإقرار الضريبي للعام الماضي (الصفحة الأولى)، أو كعب الراتب المدرج منذ العام حتى تاريخه، أو W2's ، أو بيان مكتوب من صاحب العمل إذا لم يكن الإقرار الضريبي متاحًا
- TANF/FIP
- الضمان الاجتماعي / كعب شيك الدخل المساعد من التأمينات الاجتماعية أو كشف الحساب الشهري
- كعب أو بيان شيك البطالة
- المساعدات المالية (المنح/المنح الدراسية)
- دعم الطفل / النفقة / بيان المعاش التقاعدي

□ c2 إثبات الإقامة. أرسل واحدًا مما يلي:

- رخصة القيادة أو رقم تعريف المقاطعة مع العنوان الصحيح (المفضل)
- فاتورة مرافق حديثة لعنوانك
- اتفاقية الإيجار/الرهن العقاري/سند المنزل
- رسالة مكتوبة من الملقأ إذا كان بين المنازل

□ d2 وثائق إضافية:

- سجل التحصين الحالي (قبل اليوم الأول للطفل في الفصل الدراسي)
- التقييم الصحي/الاختبار البدني/اختبار صحة الطفل خلال العام الماضي (مستحق خلال أول 30 يومًا من عام البرنامج)
- البطاقة الطبية أو بطاقة التأمين للطفل

الخطوة الثالثة: تقديم المستندات الخاصة بك

□ a3 بمجرد ملء الطلب بالكامل وجمع جميع المستندات المطلوبة:

- قم بإرسال الطلب والمستندات المطلوبة عبر الإنترنت على موقع DreamBigStartSmall.org
- تقديم الطلب الورقي والمستندات المطلوبة على:
- « مكتب إدارة كالامازو RESA Head Start/GSRP، Kalamazoo RESA، E. South St. 422، MI 49007، Kalamazoo »
- « مكتب كالامازو RESA للطفولة المبكرة، الطابق السفلي 4606، Croyden Ave., Kalamazoo, MI 49006 »
- « مكتب كالامازو Ready 4s، Kalamazoo County، E. Michigan Ave. 161، Suite 600، MI 49006، Kalamazoo »
- « أي مزود لمرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو »
- « تحقق مع منطقة المدرسة المحلية الخاصة بك لمعرفة المكان »
- أرسل النموذج القابل للتعبئة والمستندات المطلوبة بالبريد الإلكتروني إلى hsenroll@kresa.org
- للحصول على المساعدة، برجاء الاتصال بالرقم (٢٦٩) ٢٥٠ - ٩٣٣٣، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة ٨:٠٠ صباحًا إلى ٤:٠٠ مساءً.

الخطوة الرابعة: وقت معالجة الطلب

□ a4 يرجى الانتظار من أسبوعين إلى أربعة أسابيع لمعاملة طلبك. بمجرد معالجة طلبك، ستتلقى بريدًا إلكترونيًا أو مكالمة هاتفية بخصوص الأهلية. يرجى التأكد من إدخال عنوان بريد إلكتروني ورقم هاتف صالحين في قسم "معلومات ولي الأمر أو الوصي القانوني" حتى يتم إعلامك بأهليتك.

أكمل هذا الطلب وأرسله بالبريد الإلكتروني إلى hse enroll@kresa.org مع المستندات الداعمة، مباشرة إلى مقدم خدمة ما قبل المدرسة، في الموقع المذكور في الخطوة ٣، أو قدم طلبًا عبر الإنترنت على dreambigstartsmall.org.

معلومات الطفل

اسم العائلة _____ الاسم الأول _____
 الجنس المحدد عند الميلاد: ذكر أنثى العرق: من أصل إسباني أو لاتيني ليس من أصل إسباني أو لاتيني
 العرق (ضع علامة على كل ما ينطبق): أسود أو أمريكي من أصل أفريقي آسيوي أبيض أو قوقازي هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

تفضيلات البرنامج (يوم كامل غير متوفر في جميع البرامج): يوم كامل جزء من اليوم (إذا كان جزءًا من اليوم، صباحًا بعد الظهر احد الامرين)

بناءً على الإتاحة، هل لديك موقع مفضل للبرنامج؟ _____

كيف سمعت عن مقاطعة كالامازو لمرحلة ما قبل الروضة؟ الخبرة السابقة (برامج ما قبل الروضة) الخبرة السابقة (Early On or Seeds) الراديو

نشرة إعلانية وسائل التواصل الاجتماعي

العائلة/الأصدقاء - الاسم الكامل: _____ أخرى: _____

معلومات العائلة

يعيش الطفل مع: كلا الوالدين الأم الأب الحضانة المشتركة (إذا كانت مشتركة، مادية أو قانونية) الوصي القانوني

الأجداد الرعاية البديلة أخرى، اشرح: _____

لغة العائلة: الاولي الثاني الأسرة بحاجة إلى مترجم

معلومات ولي الأمر أو الوصي القانوني

الاسم الكامل: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 عنوان ولي الأمر: _____
 بريد إلكتروني: _____

المسؤول القانوني عن الدعم المالي: نعم لا
 نوع الهاتف: رقم الهاتف مع رمز المنطقة: _____

المنزل العمل المحمول رسائل نصيه _____
 المنزل العمل المحمول رسائل نصيه _____
 العلاقة: الاب/الام الاصليين أو الوالدة بالتبني أو زوج الام/زوجة الاب الوالدة/البديل/ه

الجد قريب آخر مقدم رعاية آخر
 التعليم (التحقق من أعلى مستوى):

لا يوجد شهادة الثانوية العامة أو أعلى درجة: 9 10 11
 دبلوم المدرسة الثانوية أو GED درجة الزمالة

درجة البكالوريوس درجة الماجستير درجة الدكتوراه
 التوظيف أو غير ذلك (ضع علامة على كل ما ينطبق):

العمل بدوام جزئي (أقل من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
 العمل بدوام كامل (أكثر من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
 يذهب إلى المدرسة أو الكلية المنزل اختياري عاطل عن العمل

معلومات ولي الأمر أو الوصي القانوني

الاسم الكامل: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 عنوان ولي الأمر: _____
 بريد إلكتروني: _____

المسؤول القانوني عن الدعم المالي: نعم لا
 نوع الهاتف: رقم الهاتف مع رمز المنطقة: _____

المنزل العمل المحمول رسائل نصيه _____
 المنزل العمل المحمول رسائل نصيه _____
 العلاقة: الاب/الام الاصليين أو الوالدة بالتبني أو زوج الام/زوجة الاب الوالدة/البديل/ه

الجد قريب آخر مقدم رعاية آخر
 التعليم (التحقق من أعلى مستوى):

لا يوجد شهادة الثانوية العامة أو أعلى درجة: 9 10 11
 دبلوم المدرسة الثانوية أو GED درجة الزمالة

درجة البكالوريوس درجة الماجستير درجة الدكتوراه
 التوظيف أو غير ذلك (ضع علامة على كل ما ينطبق):

العمل بدوام جزئي (أقل من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
 العمل بدوام كامل (أكثر من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
 يذهب إلى المدرسة أو الكلية المنزل اختياري عاطل عن العمل

قم بإدراج بيانات الأطفال الآخرين وأفراد الأسرة الآخرين المستفيدين من الدخل (إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، قم بإرفاق ورقة)

اسم العائلة	الاسم الأول	الحضور بالأسبقية؟	تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	الجنس المحدد عند الولادة	العلاقة	إذا كان طفل، عمر الوالدة/عند ولادة الطفل
		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		

يرجى ذكر المدرسة (المدارس) التي يدرس فيها الأشقاء حاليًا:

الوضع المعيشي الحالي للعائلة

تعيش الأسرة حاليًا: في منزل تستأجره أو تمتلكه في سكن مؤقت في فندق/موتيل
 في منزل يملكه أو يستأجره شخص ما بدون إقامة ليلية ثابتة في مأوى

معلومات العنوان (بما في ذلك اسم المجمع السكني، إذا كان ذلك ممكناً).

العنوان: شارع، شقه المدينة الولاية رمز المدينة البلد:
 عنوان استلام الطفل (إذا كان مختلفاً): عنوان تسليم الطفل (إذا كان مختلفاً):

في أي منطقة تعليمية تعيش فيها: Parchment Kalamazoo Gull Lake Galesburg-Augusta Comstock Climax-Scotts Portage Vicksburg Schoolcraft أخرى:

دخل أفراد الأسرة المسؤولين قانونياً عن دعم الطفل

الاسم: إجمالي الدخل السنوي: \$
 الاسم: إجمالي الدخل السنوي: \$
 يرجى تحديد جميع مصادر دخل الأسرة التي تم الحصول عليها خلال آخر ١٢ شهراً:
 العمل بدوام كامل المساعدة النقدية (برنامج الاستقلال العائلي)
 العمل بدوام جزئي البطالة تعويضات رعاية الطفل
 الضمان الاجتماعي دعم الطفل
 دخل مساعد من التأمينات الاجتماعية أخرى:

أسئلة تكميلية

اسم جهة الاتصال في حالات الطوارئ: رقم الهاتف مع رمز المنطقة:
 العنوان: شارع / شقة. مدينة ولاية الرمز البريدي

هل تحتاج إلى رعاية قبل المدرسة أم بعدها؟ (غير متوفر في كافة البرامج) نعم لا - هل أنت قادر على النقل الذاتي؟ نعم لا
 يرجى إدراج أي برنامج أو رعاية أطفال يحضرها طفلك حالياً:

حالة الإعاقة للطفل (مقدم الطلب).

هل يعاني الطفل من تأخر نمو محدد؟ نعم لا - يرجى الوصف:

هل شارك طفلك في أي من البرامج التالية؟ Early On PET الزيارات المنزلية - اتصل علي:
 هل حصل طفلك على خدمات من أجل: الرؤية أو السمع النطق التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة العلاج الوظيفي
 العلاج الطبيعي برنامج تعليمي شخصي أو خطة خدمة الأسرة الفردية

المعلومات السرية الأخرى التي قد تعطى الأولوية للقبول

- لا نعم هل يمنع سلوك الطفل المشاركة في إعدادات المجموعة الأخرى؟
 لا نعم هل يتحدث أي شخص في الأسرة لغة أساسية غير الإنجليزية؟
 لا نعم هل تعرض أحد أفراد الأسرة للإيذاء أو الإهمال؟
 لا نعم هل يعيش الطفل مع شخص بالغ نتيجة الطلاق أو الانفصال أو السجن أو الخدمة العسكرية أو الوفاة؟
 لا نعم هل يعاني الطفل من مرض مزمن أو اعتبارات طبية (الربو، أنبوب التغذية، الحساسية، التهابات الأذن المتكررة، وغيرها؟)
 لا نعم هل الطفل في الحضانة؟
 لا نعم هل يعاني أي أخ من مرض مزمن أو مشكلة سلوكية أو إعاقة أو توفى؟
 لا نعم هل كان عمر أي من الوالدين أقل من 20 عامًا عند ولادة الطفل الأول؟
 لا نعم هل الأسرة بلا سكن مستقر أم أن الأسرة بلا مأوى؟
 لا نعم هل تعيش الأسرة في حي شديد الخطورة؟ (غير آمن بسبب الجريمة، تعاطي المخدرات، التلوث، الإصابة بالحشرات، الخ).
 لا نعم هل تعرض الطفل لمواد سامة قبل الولادة أو بعدها؟ (الكحول، المخدرات، التسمم بالرصاص، النيكوتين، الخ).

توقيع ولي الأمر/ الوصي

المعلومات الواردة في هذا الطلب سرية. لن يميز برنامج ما قبل الروضة الخاص بطفلك ضد أي عائلة على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية)، أو الإعاقة، أو العمر، أو الدين، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الاجتماعية أو العائلية، أو الحالة العسكرية. أو النسب أو المعلومات الوراثية أو أي فئة أخرى محمية قانونياً.

أشهد أن المعلومات، بما في ذلك الدخل، المقدمة في هذا الطلب دقيقة وصادقة على حد علمي. أدرك أنه من مسؤوليتي إبلاغ برنامج ما قبل الروضة الخاص بطفلي إذا انتقلت، أو إذا كان لدي أي تغييرات أخرى في الظروف التي يمكن أن تؤثر على تسجيل طفلي أو وضعه. أدرك أنه من خلال المشاركة في برنامج ما قبل الروضة، سيتم تقييم ومراقبة تعلم طفلي ونموه لدعم المزيد من النمو؛ وأنه قد يتم الإبلاغ عن بعض النتائج كدرجات ودمجها مع درجات الأطفال الآخرين للبحث المستقبلي المتعلق بالمستوى العام لتأثير الاستعداد لرياض الأطفال في جميع أنحاء المقاطعة.

أدرك أنه سيتم إدخال هذه المعلومات في نظام قاعدة بيانات مركزي سري يمكن الوصول إليه بواسطة Kalamazoo RESA Head Start وبرامج Great Start Readiness و Kalamazoo County Ready 4s في محاولة لوضع طفلي بشكل صحيح في برنامج مرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كalamazoo. يشكل توقيعك أدناه موافقة على الكشف عن المعلومات الواردة في هذا الطلب للجهات المدرجة والحصول منهم على أي معلومات ذات صلة.

توقيع * ولي الأمر / الوصي: التاريخ (شهر/يوم/سنة):
 * إذا تم تقديم المعلومات شفهيًا، فسيقوم الموظفون بطباعة اسم ولي الأمر/الوصي أعلاه مع التاريخ، وضع علامة في هذا المربع (تمت المراجعة في ٢ / ٦ / ٢٠٢٤)