

حوزه تعلیمی:
 Mapleton 1
 Adams 12 Adams 14
 Westminster 50
 28J 27J

سال تعلیمی:
23-24
24-25

برنامه Head Start کاونتی Adams

درخواست اولیه

فقط برای استفاده دفتر

امتیاز: _____

تاریخ:		معلومات طفل	
نام طفل:		تاریخ تولد:	جنسیت طفل:
معلومات تماس			
آدرس خانه:		شهر، ایالت زیب کود	
شماره تلفون:		شماره تلفون یا ایمیل بدیل:	
زبان شفاهی ترجیحی خانواده:		زبان نوشتاری ترجیحی خانواده:	اندازه خانواده:
معلومات خانواده:			
نام والدین/سرپرست:		عاید 12 ماه گذشته:	
نام والدین/سرپرست:		عاید 12 ماه گذشته:	
عاید ناخالص ماهانه:		مقدار کرایه ماهانه:	ماهانه چقدر برای مراقبت از طفل پرداخت می‌نمایید؟
آیا در حال حاضر یکی از موارد ذیل را دریافت می‌نمایید؟		آیا فرزند شما در حال حاضر بیمه‌ی صحتی دارد؟	
WIC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> در حال حاضر از بانک های مواد غذایی استفاده میکنید یا در ماه گذشته استفاده شده		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر فرزند شما نیاز به واکسین های اپدیت، معاینه فیزیکی (از جمله معاینه سرب و کم خونی) و معاینه دندان دارد.	
آیا در گذشته در برنامه Head Start کاونتی Adams اشتراک کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نیازهای طفل			
آیا فرزند شما نگرانی های صحتی، روانی یا معلولیت دارد؟		آیا طفل شما IEP یا IFSP دارد؟	
<input type="checkbox"/> بلی: _____ آیا می توانید اسناد طبی را ارائه کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		<input type="checkbox"/> بلی، آنها <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> دارند <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا در مورد رفتار فرزندان کدام نگرانی دارید؟		آیا طفل ارزیابی می‌گردد یا تشخیص صحت رفتاری را دریافت نموده است؟	
<input type="checkbox"/> بلی: _____ <input type="checkbox"/> نخیر		<input type="checkbox"/> بلی: _____ <input type="checkbox"/> نخیر	
لطفاً هر گونه شرایط خانوادگی قابل اجرا را انتخاب نمایید:			
<input type="checkbox"/> فرزندخوانده <input type="checkbox"/> والدین مجرد <input type="checkbox"/> والد نوجوان <input type="checkbox"/> حضانت پدر کلان یا مادر کلان <input type="checkbox"/> منتقل شدن از HEAD START اولی یا برنامه دیگر <input type="checkbox"/> HEAD START والدین برای صحت روانی تحت معالجه قرار گرفته است <input type="checkbox"/> پایین تر از سند HS <input type="checkbox"/> یکی از والدین کار میکند <input type="checkbox"/> از والدین هر دوی شان کار میکنند <input type="checkbox"/> طفل قبلاً در حال حاضر در خانه مورد خشونت خانگی قرار گرفته است <input type="checkbox"/> طفل قبلاً در حال حاضر در معرض خطر مواد مخدر یا الکل قرار گرفته است سوء استفاده در خانه <input type="checkbox"/> طفل با خطر جنایت روبرو شده یا قربانی آن میباشد <input type="checkbox"/> والدین در حاضر یا قبلاً در زندانبودند <input type="checkbox"/> زبان اصلی طفل یا سرپرست انگلیسی نمی باشد (همچنان این شامل سرپرستانی می شود که دارای اختلال شنوایی هستند)			
معلومات استخدام			
چگونه در مورد برنامه Head Start کاونتی Adams شنیدید؟		خانواده/دوست <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> ارجاع همکار جامعه: _____ Adams کاونتی <input type="checkbox"/> رویداد جامعه: _____ Adams کاونتی: _____ دیگر: _____	
موقعیت ترجیحی Head Start (لطفاً به انتخاب 1 و 2 توجه داشته باشید)			
مرکز Brighton (18 و Egbert) <input type="checkbox"/>		مرکز Rainbow (84 و Lowell Blvd) <input type="checkbox"/>	
مرکز Creekside (92 و Huron) <input type="checkbox"/>		مرکز Sunshine (56 و Quebec) <input type="checkbox"/>	
مرکز Little Star (74 و Lowell Blvd) <input type="checkbox"/>		مرکز Northglenn (104 و Washington) <input type="checkbox"/>	
این سند تکمیل گردیده است توسط:		تاریخ: _____	
		(امضا)	

فقط برای استفاده دفتر (امتیاز: _____)