

العام الدراسي 2023-2022 تطبيق PHLpreK

هذا تطبيق لبرنامج PHLpreK ، برنامج ما قبل الروضة لمدينة فيلادلفيا للأطفال بعمر 3 و 4 سنوات. من خلال إكمال هذا الطلب ، فأنت تتقدم للمشاركة في البرنامج لدى مقدم برنامج تعليم مبكر مؤهل ومشارك. للحصول على قائمة موفري PHLpreK المشاركين ، يرجى زيارة www.phlprek.org أو الاتصال على 844-PHL-PREK.

يتم تمويل PHLpreK من خلال ضريبة المشروبات في فيلادلفيا.

حول أهلية PHLpreK

متطلبات الأهلية الوحيدة لمشاركة PHLpreK خلال العام الدراسي 2023-2022 هي:

- يجب أن يكون عمر الطفل 3 أو 4 أعوام بحلول 1 سبتمبر 2022
- يجب أن تكون العائلة مقيمة في فيلادلفيا

ستساعد المعلومات التي تم جمعها في هذا التطبيق فريق PHLpreK في ربط أسر PHLpreK بالخدمات والموارد والفوائد. سيتم أيضًا استخدام المعلومات التي تم جمعها في هذا التطبيق لفهم المزيد حول العائلات التي تصل إلى PHLpreK ولتحديد الموارد الإضافية المطلوبة في المجتمع للعائلات التي لديها أطفال صغار.

ستظل معلومات التعريف الشخصية المضمنة في هذا التطبيق سرية ولن يتم استخدام معلومات الاتصال الخاصة بالطفل / العائلة إلا بواسطة موظفي PHLpreK للتواصل مع العائلات حول PHLpreK.

أسئلة التطبيق

معلومات الطفل

الاسم الأول للطفل: _____ الاسم الأوسط للطفل: _____

الاسم الأخير للطفل: _____

رقم شارع الطفل واسم الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز بريدي: _____

هل يعيش الطفل حاليًا في مأوى ، أو إعادة إسكان انتقالي أو سريع ، أو يعيش مؤقتًا في منزل شخص آخر؟ (حدد واحدة) نعم لا

تاريخ ميلاد الطفل: شهر _____ / يوم _____ / سنة _____

جنس الطفل (حدد واحدًا): ذكر أنثى غير ثنائي

هل تلقى طفلك سابقًا خدمات رعاية الأطفال؟ (حدد واحدة) نعم لا
هل يتلقى طفلك حاليًا خدمات التدخل المبكر ، مثل خدمات العلاج الطبيعي أو التخاطب أو أنواع أخرى من العلاج؟
(حدد واحدة) نعم لا

هل لدى طفلك خطة خدمة عائلية فردية حالية (IFSP) أو خطة تعليم فردية (IEP)؟ (حدد واحدة) نعم لا

هل تشارك الأسرة في أي من برامج المساعدة التالية؟

- المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) نعم لا
- برنامج التغذية التكميلية الخاص بالنساء والرضع والأطفال (WIC) نعم لا
- برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) نعم لا
- دخل الضمان التكميلي (SSI) نعم لا

يرجى توضيح ما إذا كان أي مما يلي ينطبق؟

- رعاية التبني رعاية القرابة والد مسجون لاجئ

معلومات العائلة

الاسم الأول لولي الأمر / الوصي: _____
الاسم الأخير لولي الأمر / الوصي: _____
علاقة الوالد / الوصي بالطفل: _____
عنوان ولي الأمر / الوصي: _____
رقم هاتف الوالد / الوصي: _____ الجوال المسكن الشغل
عنوان البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: _____
علاقة الوالد / الوصي بمقدم الرعاية الثاني: _____

مقدم الرعاية الأول

الاسم الأول لولي الأمر / الوصي: _____
الاسم الأخير لولي الأمر / الوصي: _____
علاقة الوالد / الوصي بالطفل: _____
عنوان ولي الأمر / الوصي: _____
رقم هاتف الوالد / الوصي: _____ الجوال المسكن الشغل
عنوان البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: _____
علاقة الوالد / الوصي بمقدم الرعاية الأول: _____

مقدم الرعاية الثاني

اتفاقية الحضانة

يفترض البرنامج أنه لا توجد قيود فيما يتعلق بحق الوالد / الوصي في البقاء على اطلاع بالتقدم الدراسي الذي يحرزه الطالب / طالبتها والمشاركة في الأنشطة المدرسية. لن يتم منع الوالد / الوصي من المشاركة في تعليم الطالب / الطالبة فقط إذا كان أمر المحكمة الموقع (على سبيل المثال ، قرار الطلاق أو أمر الحضانة أو الأمر التقييدي) يقيد على وجه التحديد وصول الوالد / الوصي إلى الطالب. في حالة وجود قيود ، يجب على الوالد / الوصي الذي لديه وصاية قانونية تقديم نسخة موقعة من أمر المحكمة الذي يصف الحقوق المقيدة.

هل هناك اتفاقية حضانة لهذا الطفل يجب أن نكون على دراية بها: (حدد واحدة) نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم نسخة من اتفاقية الحفظ.

بناءً على اتفاقية الحفظ ، يرجى تحديد من يجب الاتصال به للأسباب التالية:

- التسجيل والإلغاء: مقدم الرعاية الأول مقدم الرعاية الثاني كلا مقدمي الرعاية
- تقويم الحضور والبرنامج: مقدم الرعاية الأول مقدم الرعاية الثاني كلا مقدمي الرعاية
- المنهج الدراسي ، تقدم الطفل ، السجلات الفرعية: مقدم الرعاية الأول مقدم الرعاية الثاني كلا مقدمي الرعاية
- أنشطة البرنامج والاجتماعات والسياسات: مقدم الرعاية الأول مقدم الرعاية الثاني كلا مقدمي الرعاية
- الحوادث والمرض والاتصال في حالات الطوارئ * مقدم الرعاية الأول مقدم الرعاية الثاني كلا مقدمي الرعاية

* سيطلب منك الموقع إكمال نموذج / مستند اتصال في حالات الطوارئ لجمع المزيد من المعلومات.

المعلومات الديموغرافية

لغة المنزل الأساسية (حيث يعيش الطفل):

اللغة المنزلية الثانوية (حيث يعيش الطفل):

إذا كانت هناك لغات غير تلك المذكورة أعلاه يتم التحدث بها في المنزل ، فيرجى الإشارة هنا:

عرق الطفل (حدد كل ما ينطبق) :

- الهنود الحمر / سكان الأسكا الأصليين
- أسود / أمريكي من أصل أفريقي
- من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادئ
- آخر: _____
- آسيا
- متعدد الأعراق
- أبيض / قوقازي

إثنية الطفل (ضع علامة على واحد):

- إسباني / لاتيني
- غير إسباني / لاتيني

عدد أفراد الأسرة التي يعيش فيها الطفل: _____
(يرجى تضمين كل من يعيش في هذه الأسرة)

* دخل الأسرة السنوي لا يحدد الأهلية لبرنامج PHLpreK. هذه المعلومات مطلوبة لأغراض الإحصائية فقط.

الدخل في الاثنى عشر شهرًا الماضية * قدم أفضل تقدير للمبلغ الإجمالي للدخل الذي تم تلقيه بشكل مشترك من قبل جميع أفراد الأسرة التي يعيش فيها الطفل خلال الأشهر الـ 12 الماضية (المبلغ الإجمالي للأشهر الـ 12 الماضية).

يشمل المبلغ الإجمالي للدخل الأجور والراتب ودخل التقاعد ومدفوعات المساعدة العامة و / أو دخل العمل الحر.

\$, .00

المبلغ الإجمالي لآخر 12 شهرًا

تفضل عدم الكشف

في أي نوع من الصناعة يعمل الوالد / الوصي بشكل أساسي؟ (تحقق من كل ما ينطبق)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> التعليم | <input type="radio"/> البناء والاستخراج | <input type="radio"/> التصنيع |
| <input type="radio"/> الرعاية الصحية | <input type="radio"/> البيع بالتجزئة | <input type="radio"/> مهنة الإنتاج |
| <input type="radio"/> الحكومة الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية | <input type="radio"/> الصناعات الغذائية | <input type="radio"/> مهنة الإدارة |
| <input type="radio"/> الأعمال والخدمات المالية | <input type="radio"/> القانون | <input type="radio"/> مقدم الرعاية في المنزل |
| <input type="radio"/> خدمات النقل | <input type="radio"/> غير ربحية | <input type="radio"/> لا يعمل حالياً |
| <input type="radio"/> متقاعد | <input type="radio"/> المجتمع والخدمات الاجتماعية | <input type="radio"/> العمل بدون أجر |
| <input type="radio"/> الصنف الصحي والصيانة | <input type="radio"/> آخر: | <input type="radio"/> |

معلومات الخدمة

يغطي PHLpreK فقط 5.5 ساعة من التدريس لمدة 180 يومًا خلال العام الدراسي . سيتم استخدام المعلومات التي تم جمعها في هذا القسم لتحديد ما قد تحتاجه عائلات الموارد الإضافية في نظام PHLpreK. الرجاء إكمال القسم بالكامل.

- يوم الخدمة : (حدد واحدة) يوم جزئي (5.5 ساعات) يوم كامل (أكثر من 5.5 ساعات)
- سنة الخدمة: (حدد واحدة) العام الدراسي (180 يومًا) سنة كاملة (260 يوم)

إذا تم تحديد يوم كامل أو عام كامل أعلاه ، يرجى الإشارة إلى مصدر التمويل التكميلي المستخدم لتغطية التكلفة للوقت الذي يتجاوز ذلك الوقت الممول من قبل PHLpreK:

- إعانة أعمال رعاية الطفل (CCW) دفع خاص غير ذلك ، يرجى التحديد: _____

معلومات تفضيل المزود

* سيتم استخدام المعلومات التي تم جمعها في هذا القسم لتحديد أولويات العائلات في نظام PHLpreK وسيتم استخدامها لاتخاذ قرارات حول موقع مقاعد PHLpreK. الرجاء إكمال القسم بالكامل.

كم ساعة في اليوم تفضل أن يحضر طفلك PHLpreK؟

إذا كنت تسعى لتسجيل طفلك لأكثر من 5.5 ساعة من مقدمي خدمات PHLpreK مجاناً ، فما المبلغ الذي ترغب في دفعه مقابل الرعاية (شهرياً) ؟

هل تسعى لتسجيل شقيق لطفلك في برنامج الرضع / الأطفال الصغار؟ نعم لا

هل تسعى لتسجيل شقيق لطفلك في برنامج سن المدرسة؟ نعم لا

كيف تخطط للسفر إلى برنامج التعلم المبكر لطفلك؟ (تحقق من كل ما ينطبق)

اقود السيارة و / أو اطلب من شخص آخر أن يقودني السكك الحديدية الإقليمية

حافلة و / أو عربية السير

Market Frankford Line/Broad Street Line غير ذلك ، يرجى الوصف: _____

كم دقيقة أنت على استعداد للسفر إلى برنامج التعلم المبكر لطفلك؟ (حدد واحدة)

10-15 دقيقة 16-30 دقيقة 31-45 دقيقة أكثر من 45 دقيقة

إذا كانت المسافة / الملاءمة عاملاً في اختيار هذا الموقع ، فما العامل الأكثر أهمية؟

(حدد واحدة) قريب من المنزل قريب من العمل / المدرسة

ما هي أولوياتك الثلاثة الأولى عند اختيار برنامج التعلم المبكر لطفلك؟ (حدد ثلاثة من القائمة أدناه)

القدرة على تحمل التكاليف التحقق الأشقاء بالفعل في المركز

الاستعداد للمدرسة / المنهج الأكاديمي مكان الموقع

بيئة آمنة ساعات عمل الموقع

برنامج التغذية مع مدرسة ابتدائية التوفر / لا توجد قائمة انتظار

الوجبات المقدمة ثنائية اللغة

تصنيف الجودة Keystone STARS رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة

يتم توفير مساحة للعب في الهواء الطلق تقديم خدمات اجتماعية أخرى

الإحالة الشخصية / الكلام الشفهي أخرى ، يرجى الوصف: _____

يتم توفير رعاية الرضع

كيف سمعت عن برنامج PHLpreK؟ (يرجى التحقق من كل ما ينطبق)

وسائل التواصل الاجتماعي (Facebook ،

Instagram ، Twitter ، إلخ ...)

أخبار

مزود رعاية الطفل

آخر: _____

مكتب الطبيب

أعمال رعاية الطفل البريدية

منطقة المدرسة

إعلان إذاعي

إعلان SEPTA

زعيم الطائفة

موقع ويب PHLpreK

صديق / فرد من العائلة

إعلان صحيفة

تصديق الأهلية

بصفتي مقدم خدمات PHLpreK ، أقر أن هذا الطفل مقيم في فيلادلفيا ، ويبلغ من العمر 3 أو 4 سنوات في 1 سبتمبر 2022 (وليس في سن دخول رياض الأطفال في 1 سبتمبر 2022) ، وقد تمت إحالته إلى ELRC لتحديد الأهلية للحصول على خدمات أخرى. أؤكد أن جميع وثائق التحقق (تاريخ الميلاد والإقامة) يتم الاحتفاظ بها في ملف في موقع الموقع.

اسم الموظفين (مطبوعة)	عنوان	التاريخ
توقيع طاقم العمل	اسم برنامج PHLpreK	

من خلال التوقيع على هذا النموذج ، يوافق الوالدان / الأوصياء على أطفال PHLpreK على إخطار مزود PHLpreK الخاص بهم في غضون 15 يوماً إذا انتقلت الأسرة خارج حدود مدينة فيلادلفيا. إذا انتقلت العائلات خارج فيلادلفيا ، فلن يعودوا مؤهلين لبرنامج PHLpreK.

يرجى كتابة الأحرف الأولى هنا إذا كنت ، بصفتك أحد الوالدين / الوصي PHLpreK ، توافق على تلقي رسائل نصية من فريق PHLpreK: _____ رقم الهاتف الذي توافق على تلقي الرسائل النصية فيه: _____

توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____