

طلب التقديم ما قبل الروضة لعام ٢٠٢٥ - ٢٠٢٦ في مقاطعة كالامازو



هل تبحث عن جودة عالية
لمرحلة ما قبل المدرسة لطفلك الذي
يبلغ من العمر ٣ أو ٤ سنوات؟

هل سيبلغ عمر طفلك
٣ - ٤ سنوات في الأول من
ديسمبر أو قبل ذلك؟

أكمل طلب تقديم
واحدًا لثلاثة برامج رائعة!

عزيزي عائلة ما قبل الروضة، نحن متحمسون جداً لأن نكون جزءاً من مغامرة طفلك القادمة! تشكل تجربة ما قبل الروضة القيمة بداية رائعة وفرقاً كبيراً في استعداد الطفل لرياض الأطفال ونجاحه.

إذا أجبت بـ "نعم" على الأسئلة أعلاه، فمن المحتمل أن تكون مؤهلاً لبرامج 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 على البريد الإلكتروني 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.



التعليمات خطوة بخطوة

الخطوة الأولى: طلب التقديم ما قبل الروضة

- ☐ ١١. أماً طلب التقديم ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو بالكامل. الطلب متاح بعدة لغات. يمكنك تنزيل نسخة أو ملء نموذج رقمي على DreamBigStartSmall.org.

الخطوة الثانية: المستندات المطلوبة

جب 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.

□ ٢ 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

□ ٢ إثبات الدخل. **الدخل هو العامل المؤهل الأساسي.** يمكنك التحقق من البيانات المتاحة على kres.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 s'W٢ ، 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
- مزاي SNAP (رسالة الأهلية، إشعار ببدء الإجراءات أو بطاقة EBT مع رقم SNAP ID)

□ ٢ ج 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 الملتجأ إذا كان بين المنازل

□ ٢ د 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 ٣٠ يومًا من عام البرنامج)

الخطوة الثالثة: تقديم المستندات الخاصة بك

□ ٣ أ 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 Kalamazoo RESA Head Start/GSRP، 422 E. South St.، Kalamazoo، MI 49007

« مكتب كالامازو RESA للطبقة المبكرة، الطابق السفلي 4606 Croyden Ave.، Kalamazoo، MI 49006

« مكتب كالامازو Kalamazoo County Ready 4s، 241 E Michigan Ave.، Ste 135، Kalamazoo، MI 49007

« أي مزود لمرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كالامازو

• أرسل النموذج القابل للتعبئة والمستندات المطلوبة بالبريد الإلكتروني إلى hsenroll@kres.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

□ ٤ أ يرجى الانتظار من أسبوعين إلى أربعة أسابيع لمعاملة طلبك. بمجرد معاملة 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 hsenroll@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

الاسم القانوني للطفل: _____ اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ أول حرف من اسم الأب _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ سنة / يوم / شهر

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 ☐ أحد الامرين) بناءً على الإتاحة، هل لديك موقع مفضل للبرنامج؟ ١. _____ ٢. _____

كيف سمعت عن مقاطعة كالامازو لمرحلة ما قبل الروضة؟ ☐ الخبرة السابقة (برنامج 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 الأولى: _____ الثانوية: _____ الأسرة بحاجة إلى مترجم ☐

معلومات ولي الأمر أو الوصي القانوني	معلومات ولي الأمر أو الوصي القانوني
الاسم الكامل: _____	الاسم الكامل: _____
تاريخ الميلاد: _____	تاريخ الميلاد: _____
عنوان ولي الأمر: _____	عنوان ولي الأمر: _____
بريد إلكتروني: _____	بريد إلكتروني: _____
المسؤول القانوني عن الدعم المالي: ☐ نعم ☐ لا	المسؤول القانوني عن الدعم المالي: ☐ نعم ☐ لا
رقم الهاتف مع رمز المنطقة: _____	رقم الهاتف مع رمز المنطقة: _____
نوع الهاتف: _____	نوع الهاتف: _____
☐ المنزل ☐ العمل ☐ المحمول ☐ رسائل نصية	☐ المنزل ☐ العمل ☐ المحمول ☐ رسائل نصية
☐ المنزل ☐ العمل ☐ المحمول ☐ رسائل نصية	☐ المنزل ☐ العمل ☐ المحمول ☐ رسائل نصية
العلاقة: ☐ الاب/الام الاصليين أو الوالدة/بالتبني أو زوج الام/زوجة الاب ☐ الوالدة/البديل/ ☐ الجد ☐ قريب آخر ☐ مقدم رعاية آخر	العلاقة: ☐ الاب/الام الاصليين أو الوالدة/بالتبني أو زوج الام/زوجة الاب ☐ الوالدة/البديل/ ☐ الجد ☐ قريب آخر ☐ مقدم رعاية آخر
التعليم (التحقق من أعلى مستوى):	التعليم (التحقق من أعلى مستوى):
☐ لا يوجد شهادة الثانوية العامة أو أعلى درجه: ٩ ☐ ١٠ ☐ ١١	☐ لا يوجد شهادة الثانوية العامة أو أعلى درجه: ٩ ☐ ١٠ ☐ ١١
☐ دبلوم المدرسة الثانوية أو GED ☐ درجة الزمالة	☐ دبلوم المدرسة الثانوية أو GED ☐ درجة الزمالة
☐ درجة البكالوريوس ☐ درجة الماجستير ☐ درجة الدكتوراه	☐ درجة البكالوريوس ☐ درجة الماجستير ☐ درجة الدكتوراه
التوظيف أو غير ذلك (ضع علامة على كل ما ينطبق):	التوظيف أو غير ذلك (ضع علامة على كل ما ينطبق):
☐ العمل بدوام جزئي (أقل من ٣٥ ساعة في الأسبوع)	☐ العمل بدوام جزئي (أقل من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
☐ العمل بدوام كامل (أكثر من ٣٥ ساعة في الأسبوع)	☐ العمل بدوام كامل (أكثر من ٣٥ ساعة في الأسبوع)
☐ يذهب إلى المدرسة أو الكلية ☐ يلزم المنزل اختياريًا ☐ عاطل عن العمل	☐ يذهب إلى المدرسة أو الكلية ☐ يلزم المنزل اختياريًا ☐ 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	شارك مسبقًا في Kalamazoo County Pre-K؟	تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	الجنس المحدد عند الولادة	العلاقة	إذا كان طفل، عمر الوالدة/عند ولادة الطفل
		☐ لا ☐ نعم		☐ ذكر ☐ أنثى		
		☐ لا ☐ نعم		☐ ذكر ☐ أنثى		
		☐ لا ☐ نعم		☐ ذكر ☐ أنثى		
		☐ لا ☐ نعم		☐ ذكر ☐ أنثى		

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

العنوان : _____ شارع, شقه _____ المدينة _____ الولاية _____ رمز المدينة _____ المقاطعة: _____

عنوان تسليم الطفل (إذا كان مختلفاً): _____ عنوان استلام الطفل (إذا كان مختلفاً): _____

أي منطقة تعليمية تعيش فيها: ☐ Climax-Scotts ☐ Comstock ☐ Galesburg-Augusta ☐ Gull Lake ☐ Kalamazoo ☐ Parchment ☐ Portage ☐ Schoolcraft ☐ Vicksburg ☐ 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) ☐ دخل مساعد من التأمينات الاجتماعية ☐ أخرى:

☐ العمل بدوام جزئي ☐ البطالة ☐ تعويضات رعاية الطفل

☐ الضمان الاجتماعي ☐ دعم الطفل

أسئلة تكميلية

اسم جهة الاتصال في حالات الطوارئ: _____ رقم الهاتف مع رمز المنطقة: _____

العنوان : _____ شارع, شقه _____ المدينة _____ الولاية _____ رمز المدينة _____

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 - جهة الإتصال: _____

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 تعطي الأولوية للقبول

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 توفي؟ ☐ 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) ☐ لا ☐ نعم

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 وبرنامج Great Start Readiness و Kalamazoo County Ready 4s في محاولة لوضع طفلي بشكل صحيح في برنامج مرحلة ما قبل الروضة في مقاطعة كalamazoo وتحليل خدمات مقاطعة كalamazoo للعائلات والأطفال بشكل فعال. يشكل توقيعي 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، ضع علامة في هذا المربع ☐ (تمت المراجعة في ٢٠٢٥/٣١/١)