

مدارس مدينة مورفريسبورغ تطبيق ما قبل المدرسة

المستندات التالية مطلوبة ما لم يكن الطالب المسجل في عهدة الدولة أو يعاني من التشرذ:

- طلب ما قبل المدرسة مع إثبات الدخل
- 1 شهر من قسائم الراتب الحالية (4 إذا تم دفعها أسبوعيا ، 2 إذا كانت نصف أسبوعية) ، 2024 ، W2 ، الإقرار الضريبي ، أو مزايا SNAP
- شهادة الميلاد
- سجل التمنيع الحالي
- الفحص البدني الحالي
- إثبات إقامة واحد مؤرخ خلال ال 45 يوما الماضية يوضح اسم الوالد / الوصي القانوني وعنوان الإقامة. يجب إكمال إفادة الإقامة الموثقة إذا لم تكن فاتورة المرافق أو عقد الإيجار باسم الوالد. تشمل الأشكال المقبولة لإثبات الإقامة ما يلي:
- الخيار 1: نسخة من عقد الإيجار الموقع
- الخيار 2: فاتورة المرافق (مثل الكهرباء أو المياه أو الغاز أو الصرف الصحي)
- الخيار 3: بيان الرهن العقاري

يرجى ملاحظة ما يلي:

- إكمال هذا الطلب لا يؤهل طفلك لبرنامج الوجبات المجانية أو المخفضة.
- لا يضمن تقديم هذا الطلب القبول في برنامج ما قبل الروضة التطوعي (VPK).
- ورفض توفير الدخل لا يمنع توفير خدمات التعليم الخاص.
- الدخل غير مطلوب فقط إذا تقدمت فقط بطلب للحصول على برنامج نموذج الأقران المتكامل لمرحلة ما قبل المدرسة.
- يجب أن يكون عمر الأطفال 4 سنوات بحلول 15 أغسطس 2025 ليكونوا مؤهلين لبرنامج ما قبل الروضة التطوعي أو نموذج الأقران المتكامل لمرحلة ما قبل المدرسة.

معلومات الطالب

| | | |
|--|---|----------------|
| الاسم الأوسط | الاسم الأول | اسم العائلة |
| معلومات أخرى (حسب الاقتضاء) | | |
| <input type="checkbox"/> خطة التعليم الفردي (IEP) <input type="checkbox"/> خطة 504 <input type="checkbox"/> الاحتياجات الصحية / الطبية | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | تاريخ الميلاد |
| الرمز البريدي | حالة | مدينة |
| | عرضه | العنوان الفعلي |
| <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من أصل إسباني / لاتيني | <input type="checkbox"/> الهنود الأمريكيون أو مواطني ألاسكا <input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض | العرق / العرق |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| هل سبق لطفلك أن حضر أحد ما يلي؟ | <input type="checkbox"/> الصباح الأم في الخارج <input type="checkbox"/> الرعاية النهارية الخاصة <input type="checkbox"/> روضة أطفال خاصة / عامة | <input type="checkbox"/> السبق <input type="checkbox"/> بداية مبكرة <input type="checkbox"/> رعاية الأطفال العائلية |
| سنوات الحضور | تلفون | عنوان |
| | | المدارس السابقة أو مرحلة ما قبل المدرسة |
| | | |
| | | |

معلومات الوالدين / الوصي

| | | |
|-------------------------|---|--|
| الوالد / الوصي # 1 | | |
| عنوان البريد الإلكتروني | الاسم الأول | اسم العائلة |
| هاتف خلوي | هاتف العمل | هاتف المنزل |
| الرمز البريدي | حالة | مدينة |
| | عرضه | العنوان الفعلي (إذا كان مختلفاً عن الطالب) |
| العلاقة بالطالب | | |
| تعيش مع الطالب؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |

| | | | | |
|--|---|-------------------------|------|---------------|
| الوالد / الوصي # 2 | | | | |
| اسم العائلة | الاسم الأول | عنوان البريد الإلكتروني | | |
| هاتف المنزل | هاتف العمل | هاتف خلوي | | |
| العنوان الفعلي (إذا كان مختلفاً عن الطالب) | عرضه | مدينة | حالة | الرمز البريدي |
| العلاقة بالطالب | | | | |
| تعيش مع الطالب؟ | <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا | | | |

الجزء أ: معلومات الأسرة

| درجة | مدرسة | تاريخ الميلاد | القسم 1: اسم (أسماء) جميع الأطفال الآخرين في الأسرة |
|-----------------|-------|--|---|
| .1 | | | |
| .2 | | | |
| .3 | | | |
| .4 | | | |
| .5 | | | |
| العلاقة بالطالب | | القسم 2: اسم (أسماء) جميع البالغين في الأسرة | |
| .1 | | | |
| .2 | | | |
| .3 | | | |
| .4 | | | |

إجمالي عدد أفراد الأسرة: _____

الجزء ب: المشاركة في البرنامج

يرجى التحقق من (✓) ما إذا كان الطفل أو الأسرة أو أحد أفراد الأسرة يشارك في واحد أو أكثر من البرامج التالية ، حاليا أو خلال العام الدراسي الماضي. الوثائق المطلوبة (انظر الجزء د.)

| ✓ | برنامج | ✓ | برنامج | ✓ | برنامج | ✓ | برنامج |
|---|-------------|---|---------|---|-----------------------|---|---|
| | بداية مبكرة | | الحضانة | | المهاجرين | | برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) |
| | السبق | | مشرد | | العائلات أو لا (TANF) | | رقم حالة SNAP / TANF: |

الجزء ج: إجمالي دخل الأسرة

يرجى سرد جميع دخل أفراد الأسرة وعدد مرات تلقي الدخل. قد يكون أي تزوير للمعلومات المتعلقة بالدخل والإقامة وشهادة الميلاد و / أو إكمال هذا الطلب والنماذج الأخرى سببا للرفض.

| اسم الشخص البالغ | صاحب العمل (إن وجد) | الدفعة الشهرية أو مبلغ الأجر | كم شهر تلقيت هذا الدخل في العام الماضي؟ | المبلغ الإجمالي |
|------------------|---------------------|------------------------------|---|-----------------|
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |

يرجى التحقق من (✓) جميع المستندات التي تم تقديمها كدليل على الدخل

| وثائق SNAP | نموذج W-2 | كعب الأجر / التحقق من الأجر من قبل صاحب العمل |
|---------------|----------------------------------|---|
| إعالة الطفل | مزايا الضمان الاجتماعي | سداد تكاليف الرعاية البديلة |
| دخل التقاعد | خطاب استحقاقات المحاربين القدامى | نموذج ضريبة الدخل 1040A أو 1040 |
| توثيق النفقة | كعب المعاش التقاعدي | تعويض البطالة |
| فوائد TANF | وثائق مباحث أمن الدولة | تعويض العمال |
| أخرى (تحديد): | | |

الجزء دال: التحقق من الدخل

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه في هذا التطبيق صحيحة. أفهم أيضا أن أي تزوير للمعلومات المتعلقة بالدخل والإقامة وشهادة الميلاد و / أو إكمال هذا الطلب والنماذج الأخرى قد يكون سببا للفصل من برنامج ما قبل الروضة الطوعي في ولاية تينيسي.

الاسم المطبوع لمقدم الطلب: _____

توقيع مقدم الطلب: _____ تاريخ: _____