THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
CHILD/FAMILY RESIDENCE QUESTIONNAIRE

برنامج رعاية الأطفال المدعمة

استبيان محل إقامة الطفل/ الأسرة

لأغراض المكاتب فقط. يرجى عدم الكتابة في المساحة أدناه

يجوز أن تستخدم أسرتك التشرد كسبب مؤسس للحاجة إلى الخدمة والحصول على برنامجرعاية الأطفال المدعمة، إذا كانت أسرتك و/ أو طفلك يستوفون التعريف الفيدرالي لمصطلح التشرد الذي وضعه ماكيني فينتو. يمكن تحديد الأهلية من خلال عبئة هذا الاستبيان.

التاريخ: _____

اسم ولي الأمر: _____

عنوان ولي الأمر كاملاً: _____

رقم الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

يُرجى تعبئة الأقسام التالية:

1. هل لديك طفل يعيش معك ومسجل حاليًا في إحدى المدارس الحكومية العامة التابعة لولاية ماساتشوستس؟ نعم ☐ لا ☐

ما هي الإدارة التعليمية (مثال: بوسطن، لورينس) المسجل فيها طفلك؟

_____

2. هل تعيش أنت و/ أو أسرتك في الوقت الحالي في أي من الأوضاع التالية؟ *(يُرجى قراءة الخيارات الواردة أدناه)*

نعم ☐ لا ☐

أ. الإقامة في ملجأ (ملجأ عائلي، ملجأ لضحايا العنف المنزلي، ملجأ للشباب) أو شاحنة الإقامة المؤقتة (FEMA).

ب. مشاركة المسكن مع آخرين بسبب فقدان المسكن أو عسر اقتصادي أو سبب مماثل.

ج. الإقامة في سيارة أو موقف سيارات أو مخيم أو مبنى مهجور أو غير ذلك من أماكن الإقامة غير المناسبة.

د. الإقامة مؤقتًا في فندق أو نزل بسبب فقدان المسكن أو عسر اقتصادي أو سبب مماثل

يُرجى كتابة الاسم الكامل وتاريخ الميلاد وصلة القرابة لكل طفل في أسرتك (وموطن لك) واسم المدرسة (وموطن لك):

الاسم الكامل	تاريخ الميلاد	الصف الدراسي	اسم المدرسة

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة هاهنا صحيحة وكاملة إلى حد علمي ، وأن عدم صحتها يعرضني لعقوبات الحنث باليمين. وأفهم أن الغرض من هذا الإقرار بتشردي هو فقط الحصول على رعاية الأطفال المدعمة من الإدارة، وأنه لا يجوز استخدام هذا الإقرار في توثيق حالة التشرد لأي أغراض أخرى.

توقيع ولي الأمر/ الوصي: _____ **التاريخ:** _____

تم تحديثه في: 01 ديسمبر 2019