

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
PARENT CONTACT INFORMATION FORM

برنامج رعاية الأطفال المدعمة
نموذج بيانات اتصال ولي الأمر

لأغراض إكمال النموذج، يرجى عمل تعديل بملفكم المدمج التالي:

تطلب إدارة التعليم المبكر والرعاية (EEC) من الأسر تقديم بيانات اتصال محدثة تشمل: عنوان المسكن وعنوان المراسلات ورقم (أرقام) الهاتف وعناوين البريد الإلكتروني. إذا تغيرت بيانات الاتصال خلال فترة الأهلية الخاصة بك، يجب عليك تقديم نسخة من هذا النموذج لمسئول الدعم الخاص بك. نتوقع الإدارة أن تبلغ عن هذه التغييرات على الفور أو في موعد أقصاه 30 يومًا من تاريخ التغيير. سيتم إرسال كل المراسلات على العنوان الوارد في الملف. إذا لم يكن لدينا عنوانك الحالي وبدقة، قد يؤثر هذا في قدرتنا على الوصول إليك وتسليمك إخطارات مهمة في الوقت المناسب. لا يجب تقديم المستندات التي توثق عملية تغيير المسكن (كدليل على صحة العنوان) إلا عند حلول موعد تجديد الأهلية. يُرجى تعبئة النموذج بالكامل.

يُرجى تحديد المربع المناسب:

تغيير/ تحديث العنوان

العنوان الأولي

عنوان المسكن:

عنوان المراسلات:

رقم هاتف المنزل:

رقم هاتف العمل:

رقم الهاتف الجوال:

عنوان البريد الإلكتروني:

تشجع الإدارة استخدام الوسائل التكنولوجية في إخطار أولياء الأمور بأي تغيير في برنامج الدعم أو لإخطارهم بحلول موعد تجديد الأهلية. يُرجى تحديد ما إذا كنت ترغب في تلقي الإخطارات الخاصة بك عن طريق البريد الإلكتروني.

وسيقوم مسئول الدعم بإرسال الإخطارات الخاصة بك عن طريق البريد الإلكتروني: نعم لا

نعم، أود تلقي الإخطارات عن طريق البريد الإلكتروني

لا، لا أود تلقي الإخطارات عن طريق البريد الإلكتروني

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

اسم ولي الأمر مطبوعًا: _____

اسم الوكالة التابع لها مسئول الدعم الخاص بك: _____

اسم مسئول الدعم: _____

تاريخ الاستلام: _____

التاريخ: