## دائرة الخدمات التنموية



**نموذج الاهتمام ببرنامج الوقاية السكنية DESE/DDS لعام 2022**

***دائرة التعليم الابتدائي والثانوي/دائرة الخدمات التنموية***

وصف البرنامج: برنامج DESE/DDS هو برنامج شامل مصمم لتوفير وسائل دعم منزلية وأسرية مكثفة للحد من الحاجة إلى إلحاق الطلاب بسكن يقيّدهم. يعمل الطلاب في منازلهم مع مدربي مهارات وغيرهم من المعالجين لاكتساب مهارات تدوم مدى الحياة.

**الرجاء إكمال هذا النموذج إذا كان الطالب:**

1. مسجّل حاليًا في برنامج مدرسي معتمد من خلال المنطقة التعليمية المحلية
2. بين سن 6 و21 عامًا
3. يعيش حاليًا في منزل مقدم الرعاية أو الأسرة

**الرجاء كتابة الإجابات على الكمبيوتر أو بخط واضح (استخدم الحبر الأزرق أو الأسود):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطالب | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| اسم ولي الأمر/الوصي | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| تاريخ ميلاد الطالب | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| التشخيص الأساسي للطالب | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| العنوان الأساسي للطالب: | سطر العنوان 1: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| سطر العنوان 2: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| البلدة/المدينة: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص الولاية: ماساتشوستس | | | |
| الرمز البريدي: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| رقم الهاتف الأساسي لولي الأمر/الوصي | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| عنوان البريد الإلكتروني الأساسي لولي الأمر/الوصي | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص | | | |
| بأي لغة تفضل التحدث عن الطالب؟\* | الإنجليزية  الإسبانية  البرتغالية  العربية  الفيتنامية  الكريولية الهايتية  الماندرين  غير ذلك: | | | |
| بأي لغة تفضل استلام المواد الكتابية بشأن رعاية الطالب؟\* | الإنجليزية  الإسبانية  البرتغالية  العربية  الفيتنامية  الكريولية الهايتية  الماندرين  غير ذلك: | | | |
| أين يحضر الطالب المدرسة حاليًا؟ *(حدد واحدًا)* | تعليم منزلي في منزل الطالب | مدرسة عامة في المدرسة المحلية في بلدتك | مدرسة خارج المنطقة التعليمية  في مدرسة تعاونية أو علاجية أو لذوي الاحتياجات الخاصة | غير ذلك |
| هل الطالب مؤهل حاليًا للحصول على خدمات الأطفال من دائرة الخدمات التنموية؟ *(حدد واحدًا)* | نعم  لا (الرجاء الاتصال بأحد مراكز دعم الأسرة من أجل الحصول على المساعدة في تقديم الطلب) | | | |
| ما الجنس الذي يعرّف الطالب نفسه به؟  *(حدد بقدر ما يحتاج الطالب)* | أنثى  ذكر  غير ثنائي  متحوّل جنسيًا  أفضل عدم الإجابة | | | |
| ما هو العرق/الأصل الإثني للطالب؟  *(حدد بقدر ما يحتاج الطالب)* | آسيوي  أسود/أمريكي من أصل أفريقي  من هاواي/من جزر المحيط الهادئ  إسباني/لاتيني  أمريكي أصلي  أبيض  غير ذلك: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص  أفضل عدم الإجابة | | | |

**يجب أن يكون الختم البريدي لجميع نماذج الاهتمام بين 1 و31 مارس 2022**

* إكمال هذا النموذج هو للتعبير عن الرغبة في الانضمام للبرنامج، ولا يضمن القبول ولا التسجيل
* إذا كنت قد أكملت نموذج اهتمام في السابق ولا زلت مهتمًا، فالرجاء إكمال نموذج آخر
* يجب كتابة بيانات النموذج على الكمبيوتر أو بخط واضح. في حال تسليم النموذج باليد، ضعه في ظرف مغلق عليه عبارة "**DESE/DDS Interest Form**".
* **النماذج المسلمة باليد:** في المكاتب المحلية لدائرة الخدمات التنموية، مراكز دعم الأسرة/التوحد - ***وليس في المكتب الرئيسي لدائرة الخدمات التنموية*.**
* **النماذج المسلمة بالبريد:** DDS-Central Office, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
* **النماذج المسلمة بالبريد الإلكتروني:** [DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US](mailto:DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US).
* **لا ترفق سجلات طبية/برنامج التعليم الفردي/أي مستندات أخرى في هذه المرة. أرسل فقط هذا النموذج.**

***أكملت هذا النموذج بدقة وصدق على حد علمي.***

|  |
| --- |
| **توقيع ولي الأمر/الوصي: التاريخ:** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص |

*\*يتم توفير الترجمة التحريرية والفورية مجانًا للمشاركين.*