

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

*يتم توفير الترجمة التحريرية والفورية مجانًا للمشاركين.