معرّف فدرالي رقم:

دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC)

طلب معونة رعاية طفل واتفاقية رسوم

اسم الوالد(ة) الرئيسي/الرئيسية (الاسم الأول، اسم العائلة) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم الوالد(ة) الثانوي/الثانوية (الاسم الأول، اسم العائلة) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للوالد(ة) الرئيسي/الرئيسية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للوالد(ة) الثانوي/الثانوية\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

البريد الالكتروني للوالد(ة) الرئيسي/ الرئيسية\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ البريد الالكتروني للوالد(ة) الثانوي/ الثانوية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان الشارع\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المدينة/البلدة/ الرمز البريدي (**Zip**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم هاتف البيت \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

نوع الأحقية: **□** تقييم أولي **□** إعادة تقييم

فئة الوالد/الوالدة - رئيسي:

* بيولوجي
* تبني
* زوج أم/زوجة أب
* والد/والدة الوالد/الوالدة
* والد/والدة بديل/بديلة
* وصي/وصية
* مقدم رعاية معيّن

فئة الوالد/الوالدة - ثانوي:

* بيولوجي
* تبني
* زوج أم/زوجة أب
* والد/والدة الوالد/الوالدة
* والد/والدة بديل/بديلة
* وصي/وصية
* مقدم رعاية معيّن

مبرر الحاجة إلى الخدمة:الوالد/الوالدة الرئيسي/الرئيسية

* الوظيفة
* بحث عن عمل
* التدريب
* مدرسة عليا
* GED
* مساقات كلية
* إجازة أمومة
* عدم قدرة عند الوالد/الوالدة
* التقاعد، إن كان فوق عمر 65

إجمالي الساعات: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**مبرر الحاجة إلى الخدمة:** الوالد/ة الثانوي/ة

* الوظيفة
* بحث عن عمل
* التدريب
* مدرسة عليا
* GED
* مساقات كلية
* إجازة أمومة
* عدم قدرة عند الوالد/الوالدة
* التقاعد، إن كان فوق عمر 65

إجمالي الساعات: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تفاصيل الدخل (حدّد/ي كل ما ينطبق):

* الوظيفة - الأجور، إضافة إلى البقشيش/ العلاوات
* مهنة حرة
* دخل عمل تجاري
* نفقة
* معونة طفل
* مكاسب يانصيب
* دخل التقاعد
* الضمان الاجتماعي (مثل SSI, SSDI، إلخ)
* استحقاقات البطالة
* تعويض عمال
* مستحقات TAFDC - للطفل فقط
* دخل صافي الإيجار
* أرباح أو دخل من صناديق ائتمان/عقارات
* أخرى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إجمالي الدخل الشهري المعدّل للأسرة (من حساب الدخل الشهري على صفحة 3): **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

مستوى الرسوم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حجم العائلة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ بدء التخويل:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ الانتهاء\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**الأطفال المشمولون في الرعاية المُعانة**

الاسم الأول: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم العائلة: رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: ترتيب الالتحاق بالبرنامج: \_\_\_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_احتياجات خاصة/إعاقة (نعم/لا): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الإحالة (إن وجد): ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وكالة الإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرسوم اليومية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم المثقف/البرنامج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ موقع الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**العرق/الإثنية: حدّد/ي كل ما ينطبق:**

* أمريكي هندي
* من سكان آلاسكا الأصليين
* إسباني/لاتيني
* أمريكي أسود/إفريقي
* آسيوي
* من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادي
* أبيض
* أخرى

الاسم الأول: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم العائلة: رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ترتيب الالتحاق بالبرنامج: \_\_\_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_احتياجات خاصة/إعاقة (نعم/لا): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الإحالة (إن وجد): ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وكالة الإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرسوم اليومية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم المثقف/البرنامج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ موقع الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**العرق/الإثنية: حدّد/ي كل ما ينطبق:**

* أمريكي هندي
* من سكان آلاسكا الأصليين
* إسباني/لاتيني
* أمريكي أسود/إفريقي
* آسيوي
* من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادي
* أبيض
* أخرى

الاسم الأول: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم العائلة: رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ترتيب الالتحاق بالبرنامج: \_\_\_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_احتياجات خاصة/إعاقة (نعم/لا): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الإحالة (إن وجد): ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وكالة الإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرسوم اليومية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم المثقف/البرنامج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ موقع الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**العرق/الإثنية: حدّد/ي كل ما ينطبق:**

* أمريكي هندي
* من سكان آلاسكا الأصليين
* إسباني/لاتيني
* أمريكي أسود/إفريقي
* آسيوي
* من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادي
* أبيض
* أخرى

الاسم الأول: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم العائلة: رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ترتيب الالتحاق بالبرنامج: \_\_\_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_احتياجات خاصة/إعاقة (نعم/لا): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الإحالة (إن وجد): ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وكالة الإحالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرسوم اليومية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم المثقف/البرنامج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ موقع الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**العرق/الإثنية: حدّد/ي كل ما ينطبق:**

* أمريكي هندي
* من سكان آلاسكا الأصليين
* إسباني/لاتيني
* أمريكي أسود/إفريقي
* آسيوي
* من سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادي
* أبيض
* أخرى

**الأطفال غير المشمولين بالرعاية في العائلة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الاسم | إعاقةنعم/لا | تاريخ الميلاد | توثيق العلاقة |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

حساب الدخل الشهري

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | الوالد/ة الرئيسي/ة | الوالد/ة الثانوي/ة |
| إجمالي الأجور الشهرية، بما فيها المهنة الحرة: | $ | $ |
| دخل العمل التجاري:  | $ | $ |
| النفقة: | $ | $ |
| معونة الطفل:  | $ | $ |
| مكتسبات اليانصيب:  | $ | $ |
| التقاعد: | $ | $ |
| الضمان الاجتماعي (مثل SSI, SSDI، إلخ): | $ | $ |
| البطالة:  | $ | $ |
| تعويضات العامل:  | $ | $ |
| مستحقات TAFDC- للطفل فقط:  | $ | $ |
| صافي الإيجار: | $ | $ |
| الأرباح/ الدخل من صناديق الائتمان/ العقارات:  | $ | $ |
| أخرى (يرجى التحديد):  | $ | $ |
| إجمالي الدخل الشهري: | $ | $ |
|  |  |  |
| النفقة – المدفوعة: | $ | $ |
| معونة الطفل – المدفوعة: | $ | $ |
| مستحقات صاحب العمل $$$ - عند انطباقها: | $ | $ |
| إيجار TAFDC – عند انطباقها: | $ | $ |
| مساندة إسكان فدرالية/حكومية أخرى: | $ | $ |
| إجمالي الدخل الشهري المعدل: | $ | $ |

حساب تحويل الأجر

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الإجمالي الأسبوعي x 4.33 = الإجمالي الشهري إجمالي كل أسبوعين x 2.17 = الإجمالي الشهري

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إجمالي مرتين في الشهر x 2 = الإجمالي الشهري إجمالي ربعي مقسوم على 3 = الإجمالي الشهري

**حساب الرسوم الأسبوعية**

التقديم أو إعادة التقييم (دائرة واحد)

 الرسوم اليومية للطفل x عدد الأيام = الرسوم الأسبوعية

 الأول \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 الثاني \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 الثالث\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 الرابع\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إجمالي الرسوم الأسبوعية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X 2 = الدفعة الأولى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

أشهد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المقدمة صحيحة وكاملة حسب حدود معرفتي. سوف أقوم بإبلاغ هذه الوكالة في غضون (14) يوم عن أي تغير في الدخل أو حجم العائلة أو مبرر الحاجة إلى الخدمة. وأوافق على أن أدفع الرسوم الأسبوعية لمقدم رعاية الطفل المخوّل. كما أوافق على دفع دفعة أولية تحت الحساب بما يساوي رسوم أسبوع واحد. سيتم تعديل الدفعات الأولية تحت الحساب كما يتناسب مع أية تغيرات تطرأ على مبالغ الرسوم الأسبوعية المقدرة. وأوافق على دفع الرسوم المقدرة عن عطل مقدم الرعاية التي تعتمدها دائرة التعليم المبكر والرعاية، وعن غيابات وإجازات طفلي (أطفالي). لقد راجعت جدول مواعيد عطل/إغلاقات مقدم رعاية الطفل وسياسة أيام الثلوج. أدرك بأنه لا يجب علي دفع رسوم عن أية إغلاقات غير مخولة يقوم بها مقدم الرعاية. أدرك بأنه لدي الحق في الطلب من دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) بإجراء مراجعة في حالة تم رفض أو تخفيض أو إنها طلبي بالحصول على خدمات رعاية الأطفال. أوافق على الاستمرار في دفع الرسوم غير المختلف عليها أثناء فترة انتظاري لقرار المراجعة وأوافق على دفع رسوم الوالد/ة المستحقة نتيجة قرار مراجعة دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC). أشهد بأنني لا أتلقى أكثر من 50 ساعة رعاية الطفل المُعانة في الأسبوع من أي مصدر. **أدرك أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة يما يتعلق بهذا الطلب و/أو الإخفاق في الإبلاغ في غضون (14) يوم عن أي تغير في الظروف التي قد تؤثر على أحقيتي أو رسومي من شأنه أن يؤدي إلى إنهاء معونة رعاية الطفل، و/أو عدم الأحقية في أية معونة مستقبلية من دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC)، و/أو إلزامي بتسديد تكاليف رعاية الطفل، و/أو فرض غرامة مدنية علي.**

سيتم استخدام المعلومات الواردة في هذا النموذج والوثائق الداعمة لتحديد مدى أحقيتي في الحصول على مساندة مالية لرعاية طفل. يمكن مشاركة هذه المعلومات مع أية وكالة متعاقدة مع دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) أو مع موظفيها لأغراض الأحقية والفواتير و/أو أغراض إدارية أخرى. يمكن مطابقة المعلومات المقدمة لأغراض تحديد الأحقية مع وكالات حكومية أخرى. سيتم استخدام جميع المعلومات بأمانة كما تنص عليه لوائح وقوانين ولاية ماساتشوستس.

ملاحظة:يحق لدائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) استخدام اسمك أو تاريخ ميلادك أو عنوانك أو رقم ضمانك الاجتماعي أو أية معلومات تعريفية أخرى لأغراض تسمح بها القانون الفدرالي وقانون الولاية، بما فيها أغراض التحقق من المعلومات التي قدمتها/قدمتيها في هذا الطلب، مثل أية معلومات قدمتها/قدمتيها حول أجورك ودخلك وأصولك وحصولك على مستحقات أو خدمات عامة. ويحق لدائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) استخدام المعلومات التعريفية في إجراء مطابقات لتأكيد أحقيتك في المساندة ولكشف أية تزوير. كما يحق لدائرة التعليم المبكر والرعاية مطابقة المعلومات التعريفية التي قدمتها/قدمتيها في هذا الطلب بما يتعلق بأفراد عائلتك، مثل زوجتك/زوجك، أو والد/ة غائب/ة، أو من تعيلهم. ويمكن مطابقة الأسماء أو تواريخ الميلاد أو العناوين أو أرقام الضمان الاجتماعي أو أية معلومات تعريفية أخرى مع ملفات حاسوبية أو ملفات أخرى، وتشمل على السبيل المثال لا الحصر، ملفات من الجهات الحاملة للبيانات التالية: دائرة الضريبة الداخلية؛ إدارة الضمان الاجتماعي؛ نظام معلومات التحقق من الأجانب؛ مركز Medicare (ميديكير) و Medicaid (ميديكيد)؛ MassHealth (ماس هليث)؛ سجل المركبات؛ دائرة الضرائب؛ مكتب إنفاذ دعم الأطفال في دائرة الضريبة؛ دائرة المساندة الانتقالية؛ قسم مساندة البطالة؛ دائرة خدمات المحاربين القدامى؛ دائرة التحقيقات الخاصة؛ دائرة الإحصائيات الحيوية؛ دائرة خدمات معلومات العدالة الجنائية؛ أصحاب العمل؛

الشهادةأشهد، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب هي معلومات صحيحة وكاملة حسب معرفتي.

موافقة: في حدود ما تقتضيه موافقتي، أخول دائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) باستخدام المعلومات التعريفية الواردة في هذا الطلب لإجراء مطابقات الجهات الحاملة للبيانات لتأكيد صحة المعلومات الواردة في هذا الطلب على النحو الذي يتطلبه تحديد مدى أحقيتي في الحصول على مساندة والكشف عن أي تزوير. كما أخول الجهات الحاملة للبيانات الإفصاح عن معلومات تتعلق بالأجر والضريبة وإعانة الأطفال والمستحقات والدخل أو أية معلومات أخرى لدائرة التعليم المبكر والرعاية (EEC) لأغراض التحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب وللكشف عن أي تزوير.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الوالد(ة) أو الوصي(ة)/التاريختوقيع طاقم الوكالة/التاريخ