Amharic

የቨርጅኒያ የቅድመ-ትምህርት ቤት ተነሳሽነት

(Virginia Preschool Initiative (VPI)
የ4 ዓመት-ዕድሜ ላላቸው ተማሪዎች

ለ2023 የትምህርት ዓመት ምዝገባ - የሚጀምረው በኤፕሪል (April) 20 ቀን 2022፣ ነው

ስለፕሮግራም ጎልቶ-የሚታዩ ነገሮች

የቨርጅኒያ የቅድመ-ትምህርት ቤት ተነሳሽነት (Virginia Preschool Initiative (VPI)፤ በሴፕቴምበር (September) 30 ቀን፣ አራት-ዓመት ለሚሞላቸው ልጆች እና የብቁነት መስፈርቶችን ለሚያሟሉ የሚሰጥ፣ ነፃ-የሆነ የሙሉ-ቀን የቅደመ-ትምህርት ፕሮግራም ነው።

- የትምህርት ቤት ምደባው፤ በትምህርት ቤቱ በቅርበት-የሚገኝበት ጂኦግራፊያዊ-ቦታ ላይ መሠረት-ያደረገ ነው። ፕሮግራሞቹ የሚሰጡት፣ በ:
  - **ጆን አዳምስ (John Adams) የመጀመሪያ ደረጃ ትምህርት ቤት ውስጥ በሚገኘው፣ በቅድመ-ልጅነት ማዕከል ውስጥ፣ ከ8:15 a.m. እስከ 2:50 p.m.**
  - **ዊሊያም ራምዚ (William Ramsay) የመጀመሪያ ደረጃ ትምህርት ቤት፤ ከ8:00 a.m. እስከ 2:35 p.m.**
  - **ጄፈርሰን ሂውስተን (Jefferson-Houston) ትምህርት ቤት፤ ከ8:00 a.m. እስከ 2:35 p.m.**
- በሁሉም ክፍለ-ጊዜዎች ውስጥ፤ የማስተማር አገልግሎቱ የሚሰጠው - ፈቃድ-ባለው አስተማሪ ነው።
- ቁርስ፣ ምሣ፣ እና መክሰስ (snack) ይኖራል።
- የዳሽ (DASH) አውቶቡስ፤ ለወላጅ/አሳዳጊ፣ ነፃ የመጓጓዣ አገልግሎት - ለመውሰድ (pick up) /መልሶ-ለማድረስ (drop off) ይገኛል።

የብቁነት መስፈርቶች

- **ዕድሜ:**
  - ልጁ፣ በሴፕቴምበር (September) 30 ቀን አራት-ዓመት ዕድሜ ሊኖረው ይገባል - (በኦክቶበር/October 1, 2017 እና በሴፕቴምበር/September 30, 2018 መካከል የተወለዱ)
- **ነዋሪነት:**
  - ልጅዎ፤ በአሌክሳንድርያ ከተማ ውስጥ ነዋሪ መሆን አለበት። የ'Zone Locator'ን በመጠቀም፣ አድራሻችሁን ተመልክታችሁ አረጋግጡ: https://croppermap.com/alexandria
- **ገቢ (Income):**
  - የልጁ ቤተሰብ፤ የአሜሪካ ፌደራል የድህነት የገቢ ብቁነት መመሪያዎች (U.S. Federal Poverty income eligibility guideline) ላይ ባለው ዓመታዊ አጠቃላይ ገቢ ማሟላት አለባቸው: https://www.acps.k12.va.us/Page/3073

ለምዝገባ፣ ምን ያስፈልጋል:

- ☑ በኦንላይን የሚገኘውን፣ የ2023 የትምህርት ዓመት የምዝገባ ቅጾችን ሞልታችሁ አጠናቅቁ: https://www.acps.k12.va.us/Page/3073
- ☑ የVPI ምዝገባ መመልከቻና ማረጋገጫ (checklist) ላይ ምልከታ-ማድረግ፣ እና ሁሉንም ሰነዶች፣ የሚከተሉትን ጨምሮ ማሰባሰብ:
  - ☑ የልጁ ኦሪጅናል የልደት ሰርተፊኬት እና የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ኦሪጅናል መታወቂያ ወረቀት (Original ID)
  - ☑ በምዝገባ ቅጹ ላይ እንደተዘረዘረው፤ ሦስት (3) በቅርብ-ጊዜ የተሰጠ የነዋሪነት ማረጋገጫ
  - ☑ በቅርብ-ጊዜ የተሰጠ፣ የቤተሰብ የገቢ (Income) ማረጋገጫ
  - ☑ መጠናቀቅ-ያለባቸው፤ የሕክምና (medical) ሰነዶች:
    - ☑ የአካላዊ ምርመራ (Physical examination) ሪፖርት
    - ☑ የክትባት (Immunization) መዝገብ
    - ☑ የቲቢ ምርመራው (TB Screening)፣ በሽታው እንደሌለ (negative) ወይም የሚያሰጋ-ነገር አለመኖሩን ማሳየት አለበት

✓ አጠቃላይ የሆነ የ**'VPI'** ምዝገባ ምልከታ-አድርጎ ማረጋገጫ **(checklist)**ን፣በ**https://www.acps.k12.va.us/Page/3073** ላይ ጎብኙ

ምዝገባው የሚካሄደው - በቀጠሮ-ብቻ ነው:

የስልክ ቀጠሮዎን፣ በ: https://acpsvpi.setmore.com ላይ የጊዜ-ሰሌዳ ይያዙ

በ: 703-619-8026 ደውሉ እና አጭር-መልዕክት ይተዉ

ኢሜል: vpiearlychildhood@acps.k12.va.us

Play, Learn and Grow
Early Childhood Programs
Alexandria City Public Schools

ACPS
Alexandria City Public Schools

የቨርጂንያ የቅድመ-ትምህርት ቤት ተነሳሽነት (Virginia Preschool Initiative (VPI)
የቅድመ-መዋዕለሕፃናት በምዝገባ ላይ ምልከታ-ማድረጊያ ዝርዝር (Checklist)

ምዝገባ: ከሰኞ – አርብ ከ9:00 a.m. እስከ 1:00 p.m.
ቦታ: ACPS Central Office, 1340 Braddock Place 4th Floor Alexandria, VA 22314
ምዝገባው የሚካሄደው በቀጠሮ-ብቻ ነው
ወላጅ/አሳዳጊ፤ የስልክ የምርመራ-ምልከታን (screening) ለማድረግ፣ ቀጠሮውን በ:https://acpsvpi.setmore.com ላይ - የጊዜ-ሰሌዳን ማስያዝ አለባቸው።

በምዝገባው ሂደት ወቅት፣ እነዚህ የሚከተሉት ሰነዶች በሙሉ መቅረብ አለባቸው።

የምዝገባ ቅጾች:

- ☐ በመኖሪያ ቤት ውስጥ በሚነገር ቋንቋ ላይ፣ የዳሰሳ ጥናት
- ☐ የተማሪ የምዝገባ ቅጽ
- ☐ የተማሪ የጤና መረጃ ቅጽ

መታወቂያ (Identification):

- ☐ ኦሪጂናል የተወለዱበት ቀን ማረጋገጫ/Original Birth Certificate (ወይም ማረጋገጫ የተደረገበት/certified፣ የትውልድ ሰተፊኬት) **የትውልድ ቀን (DOB) ብቁነት: ከኦክቶበር (October) 1 ቀን 2017 - ሴፕቴምበር (September) 30 ቀን 2018**
- ☐ ኦሪጅናል የወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ መታወቂያ (ID)፤ (ልጁን የሚያስመዘግበው አዋቂ-ሰው፣ ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ መሆኑን ማረጋገጫ)
  በልደት የምስክር ወረቀቱ ላይ ያለው ሥም፣ ወላጅ/አሳዳጊው ካቀረበው ፎተግራፍ ካለበት መታወቂያ (ID) ጋር ወይም ከፍርድ ቤት ከተሰጠው ሕጋዊ አሳዳጊነት ሰነድ ጋር አንድ ዓይነት ሆኖ መዛመድ አለበት።

የሕክምና (Medical) ሰነዶች:

- ☐ **የኮመንሄልዝ (Commonwealth) የቨርጂንያ ትምህርት ቤት መግቢያ - የጤና ቅጽ**
  - **የአካላዊ ምርመራ (Physical Examination) ሪፖርት**
    የስቴቱ ሕግ (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) በሚጠይቀው መሠረት፣ በአሜሪካ አገር ውስጥ ልጅዎ በሕዝብ የመጀመሪያ ደረጃ ትምህርት ቤት ውስጥ በቅድመ-ትምህርት ቤት ውስጥ ከመግባቱ በፊት፤ ሁሉን ያካተተ የሙሉ አካል ምርመራ (comprehensive physical examination) ማድረግ አስፈላጊ የሆነ መስፈርት ነው። ሙሉ-አካላዊ ምርመራው (Physical examination) ወደ ቅድመ-ትምህርት ቤት ከመግቢያው-ቀን በፊት፣ በአንድ ዓመት ውስጥ የተደረገ መሆን አለበት።
  - **በአሜሪካ አገር ውስጥ የተደረገ፤ በሽታው እንደሌለ (Negative የሆነ) የሳንባ ነቀርሳ ስጋት ግምገማ (Tuberculosis Risk Assessment)፣ የPPD ቱበርኪውሊን የቆዳ ላይ ምርመራ (Tuberculin Skin Test) ወይም በሽታው እንደሌለ (Negative የሆነ) የደረት-ኤክስሬ (Chest X-Ray)**፣ ልጁ ወደ ትምህርት ቤት ከሚገባበት የመጀመሪያ ቀን በፊት፣ በ12 ወራቶች ውስጥ የተጠናቀቀበትን መረጃ።
  - **የክትባት መዝገቦች/Immunization Records (በሰነዱ ላይ፤ ክትባቱ የተሰጠበትን - ወር፣ ቀን እና ዓመተ ምህረትን፣ የሚያሳይ)**
    - **ሄፒታይተስ ቢ (HEPATITIS B)**
      ሦስት (3) ተከታታይ የሄፒታይተስ ቢ (Hepatitis B) ክትባትን ተከትበው ማጠናቀቅ፣ ለሁሉም ልጆች አስፈላጊ መስፈት ነው።
    - **ዲፈርያ (Diphtheria)፣ ቴትነስ (Tetanus)፣ ፐርተሲስ (Pertussis)፤ (Dtap, DTP ወይም Tdap)**
      ቢያንስ አራት ጊዜ የሚሰጥ ክትባትን፤ አንደኛው ክትባት፣ በአራተኛው የልደት-በዓት ላይ ወይም ከዚያ በኋላ የተሰጠ ክትባት።
    - **ፖሊዮ (OPV ወይም IPV)**
      ቢያንስ ሦስት (3) ጊዜ የሚሰጥ ክትባት፤ አንደኛው ክትባት፣ በአራተኛው የልደት-በዓት ላይ ወይም ከዚያ በኋላ የተሰጠ ክትባት።
    - **ሚዝልስ፣ መምፕስ፣ እና ሩቤላ (Measles, Mumps, & Rubella (MMR)**
      ሁሉም ልጆች ቢያንስ፣ አንድ (1) ጊዜ የተሰጠ ክትባትን፣ ለሚዝልስ፤ ሁለት-መርፌ ለመምፕስ (Mumps) እና አንድ ደግሞ ለሩቤላ (Rubella)፤ ከመዋዕለ-ሕፃናት በፊት መወጋት አለባቸው። የመጀመሪያው-ክትባት መሰጠት ያለበት፣ በ12 ወራት ዕድሜ ወይም ከዚያ በላይ ነው።
    - **ቬሪሴላ/Varicella (ጉድፍ/Chicken Pox)**
      ሁሉም ልጆች ሁለት-ጊዜ የሚሰጥ የቬሪሴላ ክትባት በወሰዱን ወይም የጉድፍ (chicken pox) በሽታ እንደነበረው የሚያሳይ የህክምና ሰነድ ያስፈልጋል።
    - **ሂሞፋይለስ ኢንፍሉዌንዛ (Haemophilus Influenzae (Hib)**
      ይህ ክትባት የሚያስፈልገው እስከ 60 ወራት ዕድሜ ላሉ ልጆች <u>ብቻ</u> ነው። የመጀመሪያው ተከታታይ ክትባቱ፣ 2 ወይም 3 ጊዜ የሚወጉት ክትባት ያለው (እንደ ክትባት አምራቹ ዓይነት ሊለያይ ይችላል) ዕድሜያቸው በ15 እና 60 ወራት ውስጥ የሆኑ ያልተከተቡ ልጆች፤ አንድ ጊዜ ብቻ የሚወጉት ክትባት ብቻ የሚያስፈልጋቸው ይሆናል።
    - **ኑሞካኩል (Pneumococcal) ክትባት (PCV)**
      ይህ ክትባት የሚያስፈልገው ከ60 ወራት ዕድሜ በታች ለሆኑ ልጆች <u>ብቻ</u> ነው። የመጀመሪያ ሊሰጥ የተፈለገው የኑሞካኩል (pneumococcal) የተጣመረ ክትባት መሰጠት አስፈላጊ ሆኖ በተገኘበት ዕድሜ መሠረት-አድርጎ፣ ከአንድ እስከ አራት ጊዜ የሚሠጥ ይሆናል።

ክትባቶች ካልተሟሉ - ይህ አስፈላጊ ነው: አዲስ ክትባቶች ተሰጥቶ ከነበረ፣ ***የሙያ ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ ሰጪ በመቀጠል የሚሰጡ ተጨማሪ ክትባቶችን - የሚሰጥበትን የጊዜ-ሰሌዳ ቀን የሚያሳይ፣ የፅሁፍ ማሳሰቢያ መስጠት አለበት።*** በተጨማሪ፣ ትክክለኛ-የሆነ በክትባቶች መካከል ሊኖር የሚገባ የጊዜ ክፍተትን መከተል ያስፈልጋል። ተጨማሪ የሆነ ክትባት ከተወሰደ፤ ወደ ትምህርት ቤቱ ነርስ የሚቀርብ የፅሁፍ ሰነድ ያስፈልጋል: በተሰጠው ቀን ላይ፣ ክትባታቸውን (immunization) ማጠናቀቅ ያልቻሉ ተማሪዎች፣ ከትምህርት ቤት ውስጥ የማይካተቱ ይሆናል።

**በገጹ ግልባጭ-በኩል ያለውን ይመልከቱ **

የቨርጂንያ የቅድመ-ትምህርት ቤት ተነሳሽነት (Virginia Preschool Initiative (VPI)
የቅድመ-መዋዕለሕፃናት በምዝገባ ላይ ምልከታ-ማድረጊያ ዝርዝር (Checklist)

Alexandria City Public Schools

Play, Learn and Grow – Early Childhood Programs – Alexandria City Public Schools

<u>የገቢ (INCOME) ማረጋገጫ:</u>

- ☐ እባክዎን የሚከተለውን <u>የቅርብ-ጊዜ</u> ሰነዶችን ያቅርቡ (ለመልስነት-የሚመለከተዎን በሙሉ ይምረጡ):
  - የገቢ ታክስ (Income Tax) ቅጽ/Form 1040
  - W-2
  - ሁለት (2)፣ በቅርብ ጊዜ ደሞዝ የተከፈለበት (pay stubs) - (በ30 ቀናት ውስጥ ያለ)
  - የሥራ-አጥነት (Unemployment) እና የማካካሻ ክፍያ የሚያገኝ ሠራተኛ (workers' compensations)
  - ማሟያ የደህንነት ገቢ (Supplemental Security Income (SSI)
  - ጊዜያዊ የችግረኛ ቤተሰቦች ድጋፍ (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
  - ተጨማሪ ተመጣጣኝ ምግብ እርዳታ ፕሮግራም (Supplement Nutrition Assistance Program (SNAP)
  - የ'ሜዲኬድ/Medicaid' ደብዳቤ
  - ኖተራይዝድ የሆነ (Notarized)፣ የገቢ (Income) ማረጋገጫ ቅጽ
  - ኖረራይዝ የሆነ (Notarized) የሥራ-አጥነት ማረጋገጫ (Unemployment Verification) ቅጽ
  - ከትምህርት እገዛ የሚገኝ ገቢ (Income)
  - አልሞኒ (Alimony) ወይም የልጅ እርዳታ
  - ከእርስት እና ከአደራ የተገኘ ገቢ (Income)
  - የኪራይ እና የባለቤትነት መብት (royalties)
  - የጡረታ-ዓበል ወይም ከስራ በመሰናበት የተገኘ ገቢ
  - የቀድሞ የውትድርና አባል ከመሆን፣ የተገኘ የጥቅማ-ጥቅም ክፍያ
  - ከማደጎ አገልግሎት ተመላሽ ክፍያ (Reimbursement)
  - ከቤተሰቡ ውጪ የመጣ የገንዘብ እርዳታ

<u>የነዋሪነት ማረጋገጫ:</u> አዋቂን ለማስመዝገብ፣ የሚከተሉትን ሦስት (3) ሰነዶች ማቅረብ ያስፈልጋል: ሁሉም ሰነዶች፣ ዋናው ኦሪጅናል (original) መቅረብ አለበት (በቅርብ-ጊዜ የሆነ፤ ባለፉት 60 ቀናቶች ውስጥ የሆነ) እና ግልፅ በሆነ ሁኔታ፣ የወላጅን/ሕጋዊ አሳዳጊን ሥም እና የአሌክሳንድሪያ ከተማ አድራሻን የሚያሳይ መሆን አለበት።

- ☐ **ምድብ ኤ (Category A) – አንድ (1) ሰነድ:**
  - ***ሙሉ የሊዝ ወይም የኪራይ ስምምነት***: ኦሪጅናሉ ሊዝ፣ ወቅቱን-የጠበቀ (ጊዜው ያላለቀበት) መሆን ያለበት እና፤ ቀኖችን፣ ስሞችን እና የንብረቱን አድራሻ የሆነውን - ተማሪውን የሚያስመዘግበውን ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊውን አካትቶ የያዘ መሆን አለበት። ሊዙ፤ ከቤቱ-ባለቤት በግል የተሰጠ ስምምነት ከሆነ፣ ሊዙ ኖተራይዝ (notarize) መደረግ አለበት።
    - የሊዝ ስምምነታችሁ ጊዜ-ያለፈበት (expired ከሆነ) እና ሊታደስ የማይችል ከሆነ፤ <u>ሁለቱንም</u> - ሙሉ ጊዜስ-ያለፈበትን የሊዝ ስምምነት (full expired lease agreement) <u>እና</u>፣ የአሁኑን (በ60 ቀናቶች ውስጥ ያለውን) ከሊዝ ቢሮው - *በአሁኑ-ጊዜ ሊዛችሁ ወር-ከወር (month to month) በሆነ አሰራር ላይ እንዳለ የሚገልጽ፣* የተፈረመበትን ደብዳቤ ማስገባት አለባችሁ። ደብዳቤው በድርጅቱ የደብዳቤ-መፃፊያ ወረቀት (letterhead) ላይ የተፈረመ ወይም ኖተራይዝ የተደረገ፤ ቀን፣ የወላጅ/አሳዳጊ ስም፣ እና አድራሻን ጨምሮ የያዘ መሆን አለበት።
  - **ሞርጌጅ (Mortgage):** *ነዋሪው፤ በአበዳሪው - የተዘጋጀውን የሞርጌጅ መክፈያን (ቀን፣ የአሌክሳንድርያ አድራሻ፣ እና የአበዳሪ ስም ያካተተ) በ60 ቀናት የምዝገባ ጊዜ ወይም የመጀመሪያ የሞርጌጅ ኮንትራትን በአሁኑ-ጊዜ ካለው የንብረት ባለቤትነት ታክስ ቅጂ ጋር ሊያቀርቡ ይገባል።*
  - **ዲድ (Deed):** የንብረቱ ዲድ (property deed)፣ ከባለቤቱ የግል የንብረቱ ታክስ ቅጂ (copy) አብሮ-ተያይዞ መቅረብ አለበት።
  - **በመጋራት-በሚኖሩበት ቤት ውስጥ ነዋሪዎች:** ወላጅ/አሳዳጊ በመጋራት የሚኖሩበት መኖሪያ ቤት ውስጥ ከሆኑ፣ ኖተራይዝድ የሆነ (notarized) የነዋሪነት ማረጋገጫ ኤ/ቢ (A/B) ቅጽን፤ የቤቱ-ባለቤት ሞርጌጅ (mortgage)፣ ዲድ (Deed) ቅጂ ጋር ወይም ተማሪው እና ወላጅ የሚኖሩበትን ቤት የሊዝ ቅጂ ማቅረብ ያስፈልጋቸዋል። በተጨማሪም፣ ከላይ በተጠቀሰው መሠረት (በወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ሥም የሚገኝ) - <u>**ሁለት**</u> ደጋፊ-ማረጋገጫ የሚሆኑ ሰነዶችን (supporting documents) ማቅረብ ያስፈልጋል። አጠያያቂ-የሆነ የነዋሪነት ሁኔታ በሚኖር ጊዜ፣ የመኖሪያ-ቤት ጉብኝት ሊከናወንም ይችል ይሆናል።
- ☐ **ምድብ ቢ (Category B) – ሁለት (2) ደጋፊ-የሆኑ ሰነዶች (supporting documents):**
  - የዩቲሊቲ የክፍያ-መጠየቂያ/Utility bill (ውሃ፣ ጋዝ፣ ኤሌክቲርክ፣ ኢንተርኔት፣ ኬብል እና/ወይም የቤት-ውስጥ ስልክ-የክፍያ መጠየቂያ) የክፍያ-መጠየቂያው (bill)፣ ባለፉት <u>30 ቀናት</u> ውስጥ የተከፈለ መሆን አለበት። ሁሉም የዩቲሊቲ ክፍያዎች፣ ከሊዝ ኮንትራታችሁ ጋር አብሮ ከሆነ እና ምንም የክፍያ-መጠየቂያዎች (bills) ከሌሏችሁ፤ እባካችሁን፣ ከንብረቱ ተቆጣጣሪ (property manager)፣ በድርጅቱ የደብዳቤ-መፃፊያ (letterhead) ላይ የተፃፈ፣ ውሃ፣ ጋዝ፣ ፍሳሽ፣ እና ኤሌክትሪክ ያሉት ሁሉ በወሃዊ ኪራዩ ውስጥ የተካተተ መሆኑን የሚያሳይ ደብዳቤ አቅርቡ።
  - ከመንግሥታዊ ድርጅቶች፣ ወደ አድራሻዎ የተላከ ደብዳቤ (የTANIF, Medicaid፣ HUD, ARHA, IRS, ወዘተ...)
  - የቅርብ ጊዜ የደሞዝ ክፍያ (pay stub) - (የአሌክሳንድሪያ አድራሻን እና የቨርጅኒያ የታክስ ተቀናሽ (Virginia tax withholding) የሚያሳይ)
  - 2 ተከታታይ-የሆኑ የባንክ ስቴትመንቶች (bank statements)፣ ወደ አሌክሳንድርያ ከተማ አድራሻ መላኩን የሚያሳይ
  - የቅርብ ጊዜ የፌደራል/የስቴት የገቢ ታክስ ተመላሽ (income tax return) - የአሌክሳንድሪያ አድራሻ ያለበት
  - የቅርብ-ጊዜ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ፤ የአሌክሳንድሪያ አድራሻ ያለበት
  - ለአሌክሳንድሪያ ከተማ፣ ቤተሰቡ አዲስ የመጡ መሆናቸውን (ከ30 ቀናት ያነሰ-ጊዜን)፣ የሚያሳይ። ከምዝገባው በኋላ በ30 ቀናት ውስጥ መቅረብ አለበት።
- ☐ **ምድብ ሲ (Category C):**
  - የመኖሪያ-ቤት እጦት
  - DSS/የማደጎ እንክብካቤ አገልግሎቶች (Foster Care Services)

በስልካችሁ ካሜራ፣ ይህን 'ኪው-አር ኮድ/QR Code' ስካን (Scan) አድርጋችሁ፣
የVPI ድህረ-ገጽን ለመመልከት፣ ተጨማሪ መረጃዎችን ለማግኘት እና የጊዜ-ሰሌዳ የቀጠሮ ቀን መያዝ

****በገጹ ግልባጭ-በኩል ያለውን ይመልከቱ ****

በ1/3/2022 ተስተካክሎ የቀረበ/Updated

Alexandria City Public Schools

Office of English Learner Services
1340 Braddock Place
Alexandria, VA 22314
Telephone: 703-619-8022
E-mail: ELOffice@acps.k12.va.us

Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/ አሳዳጊ፤ *አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌደራል ሕግ ይጠይቃል። እታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመስርቶ የፌደራል ሕግ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።*

ولي أمرالطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء إستبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/ الأوصياء الشرعيون بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

Student Name: ______________________________ Date of Birth: ______________
Nombre del alumno — Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም — የትውልድ ቀን፤
أسم الطالب: — تأريخ الميلاد

Parent/Guardian Name: ______________________________ Telephone: ______________
Nombre del padre, madre o tutor legal — Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም — ስልክ
أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي — رقم الهاتف

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student? ______________
¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?
በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ዋነኛ ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኳ?
ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟

2. What is the language most often spoken by the student? ______________
¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?
ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟

3. What is the language that the student first acquired? ______________
¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?
የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው ?
ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? ☐ English ☐ Español ☐ አማርኛ ☐ العربية
¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?
ከትምህርት ቤት የሚላከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟

☐ Other: ______________
Otro
ሌላ
أخرى

Parent/Guardian Signature: ______________________________ Date: ______________
Firma del padre, madre o tutor legal — Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ — ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي — التأريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.

If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question **1**, **2**, or **3**, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions.

Rev. 8/8/18

የተማሪው ምዝገባ ቅጽ

STUDENT REGISTRATION FORM እባክዎን በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

STUDENT INFORMATION የተማሪ መረጃ

Student's Last Name: ______________________ **First Name:** ______________________ **Middle Name:** ______________
የተማሪ የአባት/ የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ/ የመጠሪያ ስም፣ መካከለኛ ስም፣

Student and Primary Parent/Guardian Address: Street ______________________________________ Apt # ________
የተማሪና የወላጅ/የአሳዳጊ አድራሻ፣ መንገድ፣ አፓርታማ ቁጥር፣

City ______________________ State ______________ Zip ______________
ከተማ፣ ስቴት ዚፕ፣

Date of Birth: Month: ________ Day: ______ Year: __________ **Country of Birth:** ______________ **Grade:** ______
የትውልድ ቀን፤ ወር፤ ቀን፤ ዓመት፣ የተወለዱበት ሀገር፣ ክፍል፣

Gender: ☐ Male ☐ Female **Gender Identity:** ☐ Male ☐ Female ☐ Other **Preferred Name:** ______________________
ፆታ ፤ ወንድ ሴት የፆታ ማንነት፤ ወንድ ሴት ሌላ የሚመርጡት መጠሪያ ስም፤ (ሕጋዊ ስማቸው፣ ፆታቸውን ለማይገልጽ ተማሪዎች። ቅፅል-ሥሞች (nicknames)ን፣ ለመጠቀም አይደለም።)

Is this student Hispanic or Latino? (choose only one) ይህ ተማሪ ሂስፓኒክ ነው ወይስ ላቲኖ? (አንዱን ብቻ ይምረጡ)

☐ No, not Hispanic or Latino ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ አይደለም
☐ Yes, Hispanic or Latino አዎ፣ ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ ነው

What is the student's race? (choose one or more) የተማሪው ዘር ምንድን ነው? (አንድ ወይም ከአንድ በላይ መምረጥ ይችላሉ)

☐ American Indian/Alaskan አሜሪካዊ ህንዳዊያን/አላስካን
☐ Black or African American ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካን
☐ White (a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa) ነጭ (ማንኛውም ትውልዱ ከአውሮፓ፣ መካከለኛው ምስራቅ ወይም ሰሜን አፍሪካ)
☐ Asian ኤስያ
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ሀዋይን ተወላጅ ወይም ሌላ የፓስፊክ አይላንደር

Last School Attended: ______________________________________ ☐ Public ☐ Private
መጨረሻ-ጊዜ፣ የተማሩበት ትምህርት ቤት፣ የህዝብ የግለ

Address: ______________________ City ______________ State ________ Zip ____________
አድራሻ፣ ከተማ፣ ስቴት ዚፕ፣

If not an Alexandria City school, has student EVER attended Alexandria City Public Schools? ☐ Yes ☐ No
በአሌክሳንደሪያ ከተማ ትምህርት ቤት ካልሆነ ፤ ተማሪው በአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤት ተምሮ ያቃልን? አዎን የለም

If Yes, please provide the following: School: ______________________ Year: __________ Grade: ______
መልስዎ አዎን ከሆነ እባክዎን፣ የሚቀጥለውን ይግለፁ፤ ት/ቤቱ፤ ዓመተ ምህረት፤ ክፍል፤

PARENT/GUARDIAN INFORMATION የወላጅ ወይም የአሳዳጊ መረጃ

Primary Parent/Guardian: ተቀዳሚ-የሆነው ወላጅ/አሳዳጊ፡
ይህ ተማሪው ከሳምንቱ ውስጥ አብዛኛውን ጊዜ አብሮት የሚያሳልፈውና ልጁን በሚመለከት በተቀዳሚነት ተጠሪ የሆነው ወላጅ/ ህጋዊ አሳዳጊ ነው።

Do you live/reside in the City of Alexandria? ☐ Yes ☐ No
በአሌክሳንድሪያ ከተማ ውስጥ ይኖራሉን? አዎን የለም

If No, has an exception to policy been approved? ☐ Yes ☐ No
መልሱ 'የለም ከሆነ፤ ፖሊሲው-እንዳይመለከትዎ፣ ፈቃድ-አግኝተዋል? አዎን የለም

Last Name: ______________________ First Name: ______________________ ☐ Male ☐ Female
የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ ስም፣ ወንድ ሴት

☐ Father አባት ☐ Stepfather የእንጀራ-አባት ☐ Legal Guardian ህጋዊ አሳዳጊ
☐ Mother እናት ☐ Stepmother የእንጀራ-እናት ☐ Foster Parent የማደጎ-ወላጅ

Other (please indicate relationship): ______________________
ሌላ (እባክዎን ዝምድን አይነቱን ይግለጹ)፣

Home Phone: (_______) ________-________ Is your home phone a cell phone? ☐ Yes ☐ No
የቤት ስልክ ቁጥር፣ በመኖርያ-ቤት ያለው ስልክ፤ የሞባይል ስልክዎ ነውን? አዎን የለም

Cell Phone: (_______) ________-________
የሞባይል ስልክ፣

Email Address: ______________________
ኢሜል አድራሻ፣

Employer: ______________________
ቀጣሪ፣
Work Address: ______________________
የስራ አድራሻ፣
____
Work Phone: (_____) ______-______ Ext: ______
የስራ ቦታ ስልክ ቁጥር፣ ማዞሪያ፣

Parent/Guardian's preferred language of communication? የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ተመራጭ የመግባቢያ ቋንቋ?

☐ English እንግሊዘኛ ☐ Spanish ስፓኒሽ ☐ Amharic አማርኛ ☐ Arabic አረብኛ ☐ Other (please specify) ሌላ (እባክዎን ይግለጹ) ______________

Parent/Guardian #2: ወላጅ ወይም አሳዳጊው #2፣

Last Name: ______________________ First Name: ______________________ ☐ Male ☐ Female
የመጨረሻ ስም፣ የመጀመሪያ ስም፣ ወንድ ሴት

☐ Father አባት ☐ Stepfather የእንጀራ-አባት ☐ Legal Guardian ህጋዊ አሳዳጊ
☐ Mother እናት ☐ Stepmother የእንጀራ-እናት ☐ Foster Parent የማደጎ-ወላጅ

Other (please indicate relationship): ______________________
ሌላ (እባክዎን ዝምድን አይነቱን ይግለጹ)፣

Address: ☐ Address is the same as student and primary parent/guardian's address above
አድራሻ፣ አድራሻው ከላይ ካለው፣ ተማሪ እና ተቀዳሚ ከሆነው ወላጅ/አሳዳጊ አድራሻ ጋር፤ አንድ-ዓይነት ነው

Street ______________________ Apt # ________
መንገድ፣ አፓርትመንት ቁጥር፣

City ______________ State ________ Zip ____________
ከተማ፣ ስቴት ዚፕ፣

Home Phone: (_______) ________-________ Is your home phone a cell phone? ☐ Yes ☐ No
የቤት ስልክ ቁጥር፣ በመኖርያ-ቤት ያለው ስልክ፤ የሞባይል ስልክዎ ነውን? አዎን የለም

Cell Phone: (_______) ________-________
የሞባይል ስልክ፣

Email Address: ______________________
ኢሜል አድራሻ፣

Employer: ______________________
ቀጣሪ፣
Work Address: ______________________
የስራ አድራሻ፣
____
Work Phone: (_____) ______-______ Ext: ______
የስራ ቦታ ስልክ ቁጥር፣ ኤክስቴንሽን፣

STUDENT BACKGROUND የተማሪው ዳራ

Does your child have a current IEP for Special Education services or 504 Plan? ☐ Yes ☐ No
በአሁኑ-ጊዜ፣ ልጅዎ ለልዩ ትምህርት አገልግሎት IEP ወይም 504 ዕቅድ፣ አለውን? አዎን የለውም

If Yes, has documentation been provided to the school? ☐ Yes ☐ No
መልስዎ አዎን፣ ከሆነ፣ ለትምህርት ቤቱ፣ ሰነዱ ተሰጥቶታል? አዎን የለም

Has your child been expelled from attending school at a private or public school in Virginia or another state, for an offense in violation of school board policies relating to weapons, alcohol or drugs, or for the willful infliction of injury to another person? ☐ Yes ☐ No
ከመሳሪይ፣ አልኮሆል ወይም አደንዛዥ እጽ፣ ወይም ሌላ ሰው ላይ ሆን ብሎ ጉዳት ማድረስ በመሳሰሉ የትምህርት ቤት ቦርዱ ፖሊሲዎን በመጣስ የተነሳ ከሌሎች በቨርጂኒያ ወይም በሌላ ስቴት ባሉ የግል ወይም ህዝብ ትምህርት ቤቶች ተባርሮ ያውቃልን? አዎን የለም

STUDENT'S SIBLINGS የተማሪ እህቶች ወይም ወንድሞች

Name ስም	Birth Date የልደት ቀን	Sex ጾታ	School ትምህርት ቤት
1.			
2.			
3.			
4.			

EMERGENCY CONTACTS በድንገተኛ ጊዜ ተጠሪ

የእባክዎን የአስቸኳይ ጊዜ ውሳኔዎችን ለመስጠት ወይም በአስቸኳይ-ጊዜ ወላጆችን ወይም አሳዳጊዎችን ማግኘት ካልቻልን ልጅዎን ከትምህርት ቤት መጥተው የሚወስዱ ቢያንስ የሁለት ሰዎችን ስም ይጥቀሱ፣

Emergency Contact #1 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ-ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 1 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: ____________________
ስም፣

Address: አድራሻ፣ Street ____________________ መንገድ፣ Apt # __________ የአፓርትመንት ቁጥር፣

City __________ ከተማ፣ State __________ ስቴት፣ Zip __________ ዚፕ፣

Home Phone: __________ የቤት ስልክ ቁጥር፣ Cell Phone: __________ የሞባይል ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: __________ የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ Relationship to student: __________ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

Emergency Contact #2 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ-ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 2 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: ____________________
ስም፣

Address: አድራሻ፣ Street ____________________ መንገድ፣ Apt # __________ የአፓርትመንት ቁጥር፣

City __________ ከተማ፣ State __________ ስቴት Zip __________ ዚፕ፣

Home Phone: __________ የቤት ስልክ ቁጥር፣ Cell Phone: __________ የሞባይል ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: __________ የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ Relationship to student: __________ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

Emergency Contact #3 (Other than Parent/Guardian): የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ቁጥር 3 (ከወላጅ/አሳዳጊ ሌላ)፣

Name: ____________________
ስም፣

Address: አድራሻ፣ Street ____________________ መንገድ፣ Apt # __________ የአፓርትመንት ቁጥር

City __________ ከተማ፣ State __________ ስቴት Zip __________ ዚፕ፣

Home Phone: __________ የቤት ስልክ ቁጥር፣ Cell Phone: __________ የሞባይል ስልክ ቁጥር፣

Work Phone: __________ የመስሪያ ቤት ስልክ ቁጥር፣ Relationship to student: __________ ከተማሪው ጋር ያለዎት ዝምድና፣

PRE-KINDERGARTEN EXPERIENCE
Only for students enrolling into kindergarten

ቅድመ መዋዕለ ህጻናት ልምድ
ወደ መዋለ ህጻናት ለሚመዘገቡ ተማሪዎች ብቻ

ከመዋለ ህጻናት አመት በፊት፣ ልጁ የተከታተለው (አንዱን ይምረጡ):

Virginia Preschool Initiative (VPI) 4-year-old program at:
የቨርጅኒያ ቅድመ-መደበኛ ትምህርት መርሐግብር (VPI) 4- ዓመት አድሜ ፕሮግራም በ፤

- ☐ Alexandria City Public Schools (ACPS)
  አሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች(ACPS)
- ☐ Campagna Center
  ካምፖኛ ማእከል
- ☐ Child and Family Network Center (CFNC)
  የልጆች እና የቤተሰብ ኔትወርክ ማእከል (CFNC)
- ☐ Creative Play School
  ክርኤቲቭ ፕሌይ ስኩል

Another pre-K program: ሌላ ቅድመ-መዋእለ ሕጻናት ፕሮግራም፤

- ☐ Early Childhood Special Education
  ቅድመ-ሕጻናት ልዩ ትምህርት አገልግሎቶች
- ☐ Preschoolers Learning Together (PLT)
  ቅድመ-መደበኛ ተማሪዎች የጋራ ትምህርት(PLT)
- ☐ Head Start
  ሄድ ስታርት
- ☐ Full-day Private Preschool/Daycare
  ሙሉ ቀን የግል ቅደመ መደበኛ ት/ቤት/ መዋእለ ህጻናት
- ☐ Half-day Private Preschool
  ግማሽ ቀን የግል ቅደመ መደበኛ ት/ቤት
- ☐ Licensed Family Home Daycare Provider
  በቤተሰብ ቤት ፈቃድ ያላቸው የልጆች መዋያ አገልግሎት
- ☐ Department of Defense Child Development Program
  የመከላከያ ዲፖርትሜንት የልጆች ዴቨሎፕሜንት ማእከል

Other: ሌላ፤

- ☐ Parent/Relative
  ወላጅ/ዘመድ
- ☐ Child care provider in my home (nanny, au pair, etc.)
  በቤቴ የሚኖር የልጆች ጥበቃ አገልግሎት የሚሰጥ
- ☐ Other: ሌላ፤
  Specify: ____________________
  ዝርዝር ግለፅ

By signing this form I am verifying that the information contained herein is correct.
እዚህ የተቀመጠው መረጃ ትክክለኛ ለመሆኑ በፊርማዬ አረጋግጣለሁ።

Parent/Guardian Signature: ______________________________ Date: __________
ወላጅ ወይም የአሳዳጊው ፊርማ፣ ቀን፣

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID	School ID	Sch/Res	Att/Permit Code	Address/Transfer Permit Verified	Grade	Entry Code	Entry Date	Office Verification/Signature

የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ እና መመዝገቢያ ቅፅ	ACPS Alexandria City Public Schools

ክፍል I፤ ተማሪ/ቤተሰብ መረጃ

እባክዋን ሀ፣ ለ ወይም ሐ ይምሉ።

ሀ፣ እኔ ልጄን ________________________________ በት/ቤት የማስመዘግበው ወላጅ ነኝ ።
(የተማሪው ስም)

ለ፤ እኔ ________________________________ ት/ቤት የማስመዘግበው የልጁ ሕጋዊ አሳዳጊ /ዋና
(የተማሪው ስም)
ተንከባካቢ ነኝ (ሕጋዊ ሰነድ ማቅረብ ያስፈልጋል)።

ሐ፤ እኔ በእድሜ የደረሰኩ (18 ዓመት ወይም በላይ) ________________________________ ራሴን ት/ቤት አስመዘግባለሁ።
(የተማሪው ስም)

እኔ ወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ እና/ ወይም እድሜ የደረሰ ተማሪ የማረጋገጥው ጉዳይ እኔ/እኛ በሚከተለው አድራሻ ኖሪ ነን/ኝ*፤

ሙሉ አድራሻ፤

____

የመንገድ ስም	አፖርትሜንት #	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ	የስልክ ቁጥር

ክፍል II፤ የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ የተረጋገጠ ቃል

በአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች በተማሪነት የተመዘገበው እኔ (ክፍል I) የተማሪው ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ ኖሪ፣ (ክፍል II) የአሌክሳንደሪያ ከተማ ነዋሪ ስለመሆኔ ይህ በቃለ መሐላ የሰጠሁት ማረጋገጫ እና (ክፍል III) ኖሪ ስለመሆኔ ያቀረብኩት ማረጋገጫ ሰነድ (ገፅ 3 - ክፍል ሀ, ለ ወይም ሐ ተመልከት) መሰረት እንደሆነ እረዳለሁ። እኔ ከተማሪው ጋር በሰነዱ በተጠቀሰው አድራሻ ኖሪ መሆኔን አረጋግጣለሁ። በቃለ መሐላ የቀረበው ማረጋገጫ ሐሰት ሆኖ ከተገኘ ተማሪው የተማረበትን የአገልግሎት ክፍያ ለመክፈል ኋላፊነት እንዳለብኝ እረዳለሁ። እንዲሁም ተማሪው ከአሌክሳንደሪያ ከተማ የሕዝብ ት/ቤቶች የሚወጣ መሆኑን እረዳለሁ። በቨርጅኒያ ህግ § 22.1-264.1 መሰረት ተማሪው ከሚኖርበት ዞን ውጭ በአለ በሌላ ትምህርት ቤት ለማስገባት ሲባል ሆን ተብሎ የተሳሳተ መረጃ መስጠት እንደ 4ኛ ደረጃ (ክላስ 4 ሚስዲማነር) ወንጀል የሚያስቀጣ መሆኑን መገንዘብ ያስፈልጋል። የመኖሪያ አድራሻየን የሚመለከት መረጃ በሚስጥር መጠበቅ እንዳለበት ያለኝን መብት በማንሳት ኤ ሲ ፒ ኤስ(ACPS) የከተማ ኖሪ ስለመሆኔ በማናቸውም ህጋዊ መንገድ ለማረጋገጥ ጥረት ሊያደርግ እንደሚችል ተገንዝቢያለሁ። የራሴ ወይም የልጆቼ የመኖሪያ አድራሻ ከተቀየረ በሦስት(3) ቀናት ውስጥ ለትምህርት ቤቱ ርእሰ መምህር ወይም ለተወካዩ ለማሳወቅ ተስማማችላሁ።

____ ____________________

የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ ስም **ስልክ ቁጥር**

____ ____________________

የወላጅ/ ሕጋዊ አሳዳጊ/ዋና ተንከባካቢ ወይም እድሜ ለአዋቂ የደረሰ ተማሪ ፊርማ **ቀን**

*ትክክለኛ ኖሪ /አድራሻ ትርጉም በየቀኑ የሚያድሩበት ስፍራ ማለት ነው። የንብረት ባለቤት መሆን/ንብረት መከራየት የአሌክሳንደሪያ ከተማ ኖሪነትነትን የሚረጋግጥ በቂ ማስረጃ ነው ማለት አይደለም። ተማሪው እና ሕጋዊ አሳዳጊው በየቀኑ በአሌክሳንደሪያ ከተማ ውስጥ የሚያድር መሆን አለበት።

ለኤ ሲ ፒ ኤስ (ACPS) ሰራተኞች ስራ ብቻ የሚያገለግል- ከዚህ መሰመር በታች ያለውን መሙላት አያስፈልግም።

ክፍል III፤ የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ

የሚያስመዘግብ ሰው ሁለት ዓይነት ባለፎቶ መታወቂያ፣ የልደት የምስክር ወረቀት፣ እና የሚከተሉት ሦስት (3) ሰነዶች ማቅረብ አለበት። ሁሉም ሰነዶች ዋናው (ወቅታዊ - ባለፋት 60 ቀናት ውስጥ የተዘጋጀ) እና በግልፅ የወላጅ/ አሳዳጊ ወይም እድሜው የደረሰ ተማሪ ስም እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት። ተጨማሪ ዝርዝር ለማግኘት ከጀርባው ያለውን ተመልከት።

አንደኛ ደረጃ ሀ - አንድ(1) ሰነድ፤
- ❒ ሊዝ ስምምነት
- ❒ የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ(ከግል ንብረት ታክስ ኮፒ ጋር)
- ❒ ሞርጌጅ ኮንትራት

ሦስተኛ ደረጃ ሐ፤
- ❒ መኖሪያ ቤት የሌለው
- ❒ DSS/የማደጎ ልጅ አገልግሎቶች

ሁለተኛ ደረጃ ለ- ሁለት(2) ደጋፊ ሰነዶች፤
- ❒ ዩቲሊቲ መክፈያ (የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዥን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ ደረሰኝ)
- ❒ ወቅታዊ የሆነ የግል ንብረት ታክስ ሰነድ / ደረሰኝ
- ❒ ከመንግስታዊ ተቋም የተላከ ደብዳቤ (TANIF፣HUD፣ARHA፣ IRS ወዘተ)
- ❒ የወቅቱ የደመወዝ ክፍያ የሚያሳይ (የአሌክስንደሪያ አድራሻ እና የቨርጂኒያ ታክስ ክፍያ የሚያሳይ)
- ❒ 2 ተከታታይ የባንክ ሂሳብ የሚያሳይ (በፖስታ የተላከ)
- ❒ የቅርብ ጊዜ የፌደራል/ስቴት የገቢ ታክስ የሚያሳይ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት
- ❒ የወቅቱ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት
- ❒ ቤተሰቡ አዲስ ከሆነ (ከ30 ቀናት ያነሰ) ለአሌክሳንደሪያ ከተማ Due __________

የጋራ ቤት ኖሪዎች፤ ወላጅ/ አሳዳጊ በጋራ ቤት ኖሪዎች ከሆኑ ቅፅ ሀ/ለ የተረጋገጠ(ኖቶራይዝድ) ከቤቱ ባለቤት ሞርጌጅ ኮፒ ጋር ማቅረብ ያስፈልጋል፣ የባለቤትነት ሰነድ ወይም የሊዝ ኮፒ ወላጅ እና ተማሪው ኖሪ የሆኑበት። በተጨማሪም ሁለት ደጋፊ ሰነዶች ማቅረብ ያስፈልጋል (የወላጅ /ሕጋዊ አሳዳጊ ስም የያዘ) እላይ እንደተገለፀው። አጠራጣሪ የመኖሪያ አድራሻ ካለ የቤት ጉብኝት ሊደረግ ይችላል። ሀ/ለ ቅፅ የሚያበቃበት ጊዜ

(**A/B FORM EXPIRATION**)፤ ____________ **(Registrar - enter date into PowerSchool).**

I certify that I personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true and factual to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that copies of all required documentation will be attached to this document and placed in the student's file.

School Official Name (Print) **School Official(Signature)** **Date**

ተቀባይነት ያላቸው የመኖሪያ ቤት አድራሻ ማረጋገጫ ሰነዶች

ሁሉም በሚያስመዘገቡ ወላጅ/አሳዳጊዎች ወይም እድሚያቸው የደረሰ ተማሪዎች የሚቀርቡ ሰነዶች ሙሉ ስም እና የአሌክሳንደሪያ ከተማ መኖሪያ አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት።

አንደኛ ደረጃ U ፤ (የመኖሪያ አድራሻ ለማረጋገጥ ከተዘረዘሩት ሰነዶች መካከል አንድ)

- ❒ ሊዝ ወይም የኪራይ ስምምነት ሰነድ፤ ዋናው ሰነድ ወቅታዊ እና ጊዜው ያላለፈበት መሆን አለበት። እንዲሁም ቀን፣ ስም እና ወላጅ/አሳዳጊዎች ተማሪውን የሚያስመዘግቡ የቤት ንብረቱን አድራሻ የሚያሳይ መሆን አለበት። ሊዝ ከቤቱ ባለቤት ጋር በግል የተዘጋጀ ሰነድ ከሆነ ሰነዱ መረጋገጥ (ኖቶተራይዝድ) መሆን አለበት።

- ❒ የባለቤትነት ሰነድ ፤ የንብረት ባለቤትነት ሰነድ ባለቤቱ የግል ንብረት ታክስ የከፈለበትን ኮፒ አብሮ ማያያዝ ይኖርበታል። ይህንንም ከሚከተለው ማግኘት ይቻላል(ያለ ክፍያ) http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address የንብረት ባለቤትነት ሰነድ በወላጁ አሳዳጊው ስም መሆን አለበት።
- ❒ የብድር ሰነድ (ሞርጌጅ) ፤ ኖሪው በአበዳሪው የተዘጋጀ የሞርጌጅ ቢል ሊያቀርብ ይችላል (ቀን፣ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ፣ እና የአባዳሪውን ስም) የሚያሳይ ምዝገባው በተካሄደ በ60 ቀናት ውስጥ ወይም የመጀመሪያው ሞርጌጅ ኮንትራት ከወቅታዊ የባለቤቱ የንብረት ታክስ ኮፒ ጋር ። ይህም በነፃ ማግኘት ይቻላል በሚከተለው አድራሻ ። http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address
- ❒ እኔ የምኖረው በጋራ ቤት(Shared Housing) ውስጥ ነው እናም ሊዝ/ የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ ወይም ሞርጌጅ በእኔ ስም አይደለም። እባክዎን የጋራ መኖሪያ (ሀ/ለ) ቅፅ በሞሙላት አብረው የሚኖሩትን ሰው ያለውን ሊዝ/የንብረት ባለቤትነት ማረጋገጫ ወይም ሞርጌጅ ኮፒ አብረው አያይዙ።

እና

ሁለተኛ ደረጃ ለ፤ (ኖሪነት ለማረጋገጥ ከታች ከተዘረዘሩት ሁለት ሰነዶች)

- ❒ ዩቲሊቲ መክፈያ (የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዥን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ ደረሰኝ) የክፍያ 30 ቀናት ውስጥ የተዘጋጁ መሆን አለባቸው። ዩቲሊቲ መክፈያ በሊዝ ስምምነት ውስጥ የተካተተ ከሆነ እና ሌላ የክፍያ ሰነድ ቢል ከሌለዋት እባክዎን ከንብረቱ ማኔጀር የውሃ፣ የመብራት፣የቴሌቭዥን፣ የቤት ስልክ ሂሳብ በወርሃዊ የኪራይ ክፍያው ጋር የተጠቃለለ መሆኑን የሚገልፅ ደብዳቤ ያቅርቡ።
- ❒ ወቅታዊ የአሌክሰንደሪያ ከተማ የግል ንብረት ታክስ (የመኪና ፣ RV፣ የጀልባ)። እባካዋን ያስታውሱ፤ የቨርጂኒያ ሞተር ቬክል ዲፖርትሜንት ማንኛውም የግል ንብረት ባለቡት አድራሻ በ60 ቀናት ጊዜ ውስጥ እንዲያስመዘገቡ ይጠይቃል።
- ❒ ከመንግስታዊ ተቋም የተላከ ደብዳቤ(TANIF፣HUD፣ARHA፣ IRS ወዘተ) ደብዳቤው ለወላጅ / ህጋዊ አሳዳጊ ወይም እድሜው የደረሰ ተማሪ ስም የተላከ መሆን አለበት።
- ❒ የወቅቱ የደመወዝ ክፍያ የሚያሳይ (የአሌክስንደሪያ አድራሻ እና የቨርጂኒያ ታክስ ክፍያ የሚያሳይ)
- ❒ የቅርብ ጊዜ የፌደራል / ስቴት የገቢ ታክስ የሚያሳይ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት
- ❒ 2 ተከታታይ የባንክ ሂሳብ የሚያሳይ በፖስታ ለአሌክሳንደሪያ አድራሻ ተላከ
- ❒ የወቅቱ የቤት ባለቤትነት ወይም የተከራይ ኢንሹራንስ ፖሊሲ የአሌክሳንደሪያ አድራሻ የሚያመለክት

ወይም

ሦስተኛ ደረጃ ሐ፤ እባክዎን ከትምህርት ቤቱ ሪጅስትራር ጋር ይወያዩ ከታች የተገለፀት መካከል የሚመለከትዋ ከሆነ።

- ❒ የመኖሪያ ቤት የሌለው፣ አድራሻ በመቀየር ላይ ያለ፣ ወይም መጠለያ የሌለው
- ❒ የማደጎ ቤት / ማህበራዊ አገልግሎት ዲፖርትሜንት (DSS)፤ ተማሪው በማህበራዊ አገልግሎት ዲፖርትሜንት ጥበቃ ስር መሆኑን ማረጋገጫ የፍርድ ቤት ሰነድ ወይም ይፋ ደብዳቤ ከማህበራዊ አገልግሎት ዲፖርትሜንት የሚሰጥ አቅርብ።

STUDENT HEALTH INFORMATION FORM • Alexandria City Public Schools

Student's Last Name: ______________________ **First Name:** ______________________
የተማሪው ስም (የመጨረሻ/የአባት ስም) የመጀመሪያ ስም (መጠሪያ ስም)

Date of Birth: ______________________ **Grade:** __________ **School Year:** __________
የትውልድ ቀን የክፍል ደረጃ የትምህርት ዓመት

STUDENT HEALTH CONDITIONS የተማሪ የጤና ሁኔታዎች

Check all boxes that apply to the student. ተማሪውን የሚመለከቱትን ሁሉንም ሳጥኖች ይምረጡ።

ALLERGIES አለርጂዎች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

Allergy Type:
የአለርጂው ዓይነት፣

እባክዎን በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

- ☐ Food List food(s): ______________________
  ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Medication List medication(s): ______________________
  መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Bee stings or insect bites
  በንብ መነደፍ ወይም በነፍሳት መነከስ
- ☐ Other: ______________________
  ሌላ፣

Date of last severe reaction: ______________________
ከባድ የአለርጂ ችግር ያጋጠመበት የመጨረሻው ቀን

Date of last hospital or emergency room visit due to allergies: ______________________
በአለርጂ የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን

Currently prescribed medications and treatments for allergies:
በአሁኑ ወቅት ለአለርጂ የታዘዙ መድሃኒቶችና ህክምናዎች

- ☐ Oral antihistamine (Benadryl, etc.)
  በአፍ የሚወሰድ አንቲሂስታሚይን (ቤናድሪል የመሳሰሉት)
- ☐ Epinephrine
  ኤፒነፍሪን
- ☐ Has epinephrine injector
  ኢፒ-ፔን አለው ወይ?
- ☐ Other: ______________________
  ሌላ፣

FOOD RESTRICTIONS እንዳይበላ የተከለከሉ ምግቦች ☐ Yes አሉ ☐ No የሉም

- ☐ Due to Gastrointestinal (Digestive) distress List food(s): ______________________
  በጋስትሮ ኢንተስታይናል (የምግብ መፈጨት) ችግር ምክንያት ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣
- ☐ Due to religious or other preferences List food(s): ______________________
  በሃይማኖት ወይም በሌላ ምርጫዎች ምክንያት ምግቦቹን ይዘርዝሩ፣

ASTHMA አስም ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Currently prescribed medications and treatments for asthma:
በአሁኑ ወቅት ለአስም የታዘዙ መድሃኒቶችና ህክምናዎች፣

- ☐ Daily control (prevention) medication
  በየዕለቱ የሚወሰዱ የመቆጣጠሪያ (የመከላከያ) መድሃኒቶች
- ☐ As needed (rescue) medication
  እንደ አስፈላጊነቱ የሚወሰዱ (የማዳኛ) መድሃኒቶች

Date of last hospital or emergency room visit due to asthma: ______________________
በስኳር የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

DIABETES ስኳር ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Date of last hospital or emergency room visit due to diabetes: ______________________
በስኳር የተነሳ ሆስፒታል ወይም የድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

Does the student's diabetes require medication and/or blood testing IN SCHOOL?
የተማሪው የስኳር ህመም በትምህርት ቤት እያለ መድሃኒት እንዲወስድና የደም ምርመራ እንዲያደርግ ይጠይቃል ወይ?

☐ No አይጠይቅም ☐ Yes ይጠይቃል List medication(s): ______________________ መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

SEIZURE DISORDER የሚጥል በሽታ ☐ Yes አለ ☐ No የለም

Does the student's seizure disorder require medication IN SCHOOL?
የተማሪው የሚጥል በሽታ በትምህርት ቤት እያለ መድሃኒት እንዲወስድ ይጠይቃል?

☐ No አይጠይቅም ☐ Yes ይጠይቃል List medication(s): ______________________ መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

Date of last seizure: ______________________
የሚጥል በሽታ ያጋጠመበት የመጨረሻው ቀን፣

Date of last hospital or emergency room visit due to seizure: ______________________
በሚጥል በሽታ ምክንያት ሆስፒታል ወይም ድንገተኛ ክፍል የሄደበት የመጨረሻው ቀን፣

OTHER HEALTH CONDITIONS ሌሎች የጤና ሁኔታዎች ☐ **Yes** አሉ ☐ **No** የሉም

☐ ADHD
ኤዲኤች.ዲ.

☐ Autism
ኦቲዝም

☐ Cerebral Palsy
ሴሌብራል ፓልሲ

☐ Developmental Delay
የእድገት መዘግየት

☐ Congenital Heart Defect
አብሮ የሚወለድ የልብ ችግር

☐ Hemophilia
ሄሞፊሊያ

☐ Sickle Cell Disease
የሲክል ሴል ህመም

☐ Cystic Fibrosis
ሲስቲክ ፋይብሮሲስ

☐ Obstructive Sleep Apnea
በእንቅልፍ ወቅት የሚከሰት የትንፋሽ መቋረጥ ችግር

☐ Nutritional Disorder
የምግብ ችግር

☐ Physical Disability
የአካል ጉዳተኝነት

☐ Eczema
ኢክዜማ (ችፌ/ የቆዳ በሽታ)

☐ Cancer
ካንሰር

☐ Chronic Infection (Hepatitis C, HIV)
የተባባሰ ኢንፌክሽን ፤(ሂፐታይተስ፣ ኤች.አይ.ቪ)

☐ Congenital/Chromosomal Disorders
አብሮ የሚወለዱ/የክሮሞዞም መዛባቶች

☐ Depression
የአእምሮ መደበት

☐ Other physical or mental health conditions: ______________________
ሌላ የአካል ወይም የአእምሮ ጤና ችግሮች፣

Does the student's condition require IN SCHOOL USE of the following?
የተማሪው የጤና ችግሮች የሚከተሉት በትምህርት ቤት ውስጥ እንዲሰጡት የሚጠይቁ ናቸው?

Medications: መድሃኒቶች፣ ☐ No የለም ☐ Yes አለ List medication(s): ______________________ መድሃኒቶቹን ይዘርዝሩ፣

Special procedures: ልዩ የህክምና ሂደቶች፣ ☐ No የለም ☐ Yes አለ List procedure(s): ______________________ የህክምና ሂደቶቹን ይዘርዝሩ፣

Special equipment: ልዩ መሳሪያ፣ ☐ No የለም ☐ Yes አለ List equipment: ______________________ መሳሪያዎችን ይዘርዝሩ፣

VISION CONDITIONS የአይን ችግሮች ☐ **Yes** አሉ ☐ **No** የሉም

☐ Glasses መነጽሮች ☐ Contacts ኮንታክት ሌንሶች ☐ Non correctable መስተካከል የማይችሉ

☐ Other: ______________________
ሌላ፣

HEARING CONDITIONS የመስማት ችግሮች ☐ **Yes** አሉ ☐ **No** የሉም

☐ Hearing aid(s) የመስሚያ ማገዣ መሳሪያዎች ☐ Non correctable መስተካከል የማይችል

☐ Other: ______________________
ሌላ፣

STUDENT HEALTH CARE AND HEALTH COVERAGE የተማሪዎች የጤና ጥበቃና የጤና ሽፋን

Does the student have health insurance? ተማሪው የጤና ኢንሹራንስ አለው ወይ? ☐ No የለውም ☐ Yes አለው Name of health insurance company: ______________________ የጤና ኢንሹራንስ ድርጅቱ ስም፣

Name of student's primary care doctor: ______________________ Phone: ______________
የተማሪው ዋና ሐኪም ስም፣ ስልክ፣

Does the student have dental insurance? ተማሪው የጥርስ ህክምና ኢንሹራንስ አለው ወይ? ☐ No የለውም ☐ Yes አለው Name of dental insurance company: ______________________ የጥርስ ኢንሹራንስ ድርጅቱ ስም፣

Name of student's dentist: ______________________ Phone: ______________
የተማሪው የጥርስ ሃኪም ስም፣ ስልክ፣

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፈቃድ

ድንገተኛ ችግር በሚያጋጥምበት ወቅት የትምህርት ቤቱ ሰራተኛዎች ወደ 911 ይደውላሉ። ወላጁን፣ ህጋዊ አሳዳጊውን ወይም የአደጋ ጊዜ ተጠሪውን ለማግኘት አስፈላጊው ሙከራ በሙሉ ይደረጋል። ወላጆች በት/ቤት ውስጥ ተገኝተው ለልጁ ኋላፊነት ካልወሰዱ በስተቀር ተማሪዋች በአቅራቢያ ወደሚገኘው የድንገተኛ ህክምና አገልግሎት ይወሰዳሉ ።

ተማሪው በትምህርት ሰዓት የሚፈልገውን ነገር ወላጅ/ አሳዳጊ ለትምህርት ቤቱ ማንኛውንም መድሃኒት፣ ልዩ ምግብ ፣ ቁሳቁስ አቅርቦት ወይም መሳሪያ ማቅረብ አለባቸው ። ትክክለኛውን የመድሃኒት-አወሳሰድ እና የአሰራር-ስርዓት መሙሊያ ቅፆችን ለማግኘት፤ የትምህርት ቤቱን ነርስ ወይም ሬጅስትራርን አነጋግሩ። የትምህርት ቤት ጤና ጥበቃ እቅድ ያለው ከሆነ፣ ወላጁ ወይም አሳዳጊው ለትምህርት ቤቱ ነርስ አስፈላጊውን የህክምና መረጃ፣ ተገቢዎቹን የመፍቀጃ-ቅጾች እና፣ ከልጁ ሃኪም ጋር መረጃ ለመቀያየር የሚያስችል በጽሁፍ የተሰጠ ፈቃድን፣ የመስጠት ግዴታ አለበት።

እኔ የልጄ የጤና ህክምና ሰጪና በትምህርት ቤቱ የተመደበው የህክምና ሰጪ ባለሙያ የልጄን የጤና ነክ ችግሮች በተመለከተ እንዲወያዩና ይህንን ፎርም የሚመለከቱ መረጃዎችን እንዲለዋወጡ ______________________ (እፈቅዳለሁ____) (አልፈቅድም____)።
do do not

ይህ ፈቃድ እርስዎ ካላነሱት በስተቀርና እስኪያነሱት ድረስ የሚጸና ይሆናል። የልጅዎን ትምህርት ቤት በማነጋገር ፈቃድዎን በማንኛውም ጊዜ ማንሳት ይችላሉ። ከልጅዎ መዝገብ ላይ መረጃ ይፋ ሲደረግ ይህንን ይፋ መደረግ የሚያሳይ ሰነድ በልጅዎ የጤና ወይም የትምህርት መዝገብ ላይ እንዲያያዝ ይደረጋል።

Parent/Guardian Signature: ______________________ Date: ______________
የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣ ቀን፣

Alexandria City Public Schools

የተማሪ - የወላጅ የዳሰሳ ጥናት

STUDENT-PARENT SURVEY

Survey Date 10/30/2022 · Each Section MUST be Completely Filled in Where Applicable
የዳሰሳ ጥናቱ የተደረገበት ቀን: 10/30/2022 · እያንዳንዱ ክፍል ሙሉ በሙሉ መሞላት አለበት (የሚመለከታቸው በሙሉ)

ኤ ሲ ፒ ኤስ ከፌደራል መንግስት ድጋፍ የሚያገኙ ተማሪዎችን የምናስተምር ከሆነ ከፌደራል መንግስት የበጀት ድጋፍ ማግኘት እንችላለን። በቤተሰብ ውስጥ ያለ ወላጅ ወይም አሳዳጊ በፌደራል ንብረት የማይኖር ወይም የማይሰራ ከሆነ እባክዎን ክፍል 1 ይሞላ እና ይፈረም ከዚያም ቀን ይጻፉ።

እባክዎ በእንግሊዘኛ ብቻ ይጻፉ!

Section 1: STUDENT INFORMATION ክፍል 1 - የተማሪው መረጃ

Student Name: የተማሪው ስም፥ Last የአያት ስም | First ስም | Middle የአባት ስም | Student ID የተማሪው መታወቂያ

Address: አድራሻ፥ Number & Street ቁጥር እና የጎዳና ስም | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Name of School የትምህርት ቤቱ ስም | Grade የትምህርት ክፍል | Birth Date የትውልድ ቀን | Home Phone የቤት ስልክ ቁጥር

If the above property is federal property, please enter the name of the property ከላይ የተጠቀሰው ንብረት የፌደራል ንብረት ከሆነ፣ እባክዎትን የንብረቱን ስም ያስገቡ

Section 2 – EMPLOYMENT INFORMATION: CIVILIANS ONLY working on federal property
ክፍል 2 - የስራ ቅጥር መረጃ፥ በፌደራል ንብረት ላይ እየሰሩ የሚገኙ ሲቪሎች ብቻ

Parent/Guardian Name: የወላጅ/አሳዳጊ ስም፥ Last የአያት ስም | First ስም | MI የአባት ስም መነሻ ፊደል | Employer Name የስራ ቦታ

Employer Address (Physical Location) የስራ አድራሻ (የስራ ቋሚ አድራሻ) | Building Number & Street የህንጻ ቁጥር እና የጎዳና ስም | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Federal Property Name (*see back side for list of eligible federal properties*) የፌደራል ንብረቱ ስም (ብቁ የሆኑ የፌደራል ንብረቶችን ዝርዝር በሰነዱ ጀርባ ይመልከቱ)

Federal Property Address የፌደራል ንብረቱ አድራሻ | Number & Street ስም እና አድራሻ | City ከተማ | State እስቴት | Zip Code የአካባቢ መለያ ቁጥር (ዚፕ ኮድ)

Section 3 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: UNIFORMED SERVICES PARENT/GUARDIAN
ክፍል 3 - የወላጅ/አሳዳጊ የስራ ቅጥር መረጃ፥ ወታደራዊ አገልግሎቶች ያለው ወላጅ/አሳዳጊ

ጥናቱ በተደረገበት እለት ከወላጆች/አሳዳጊዎች አንዳቸው በዩናይትድ እስቴትስ የወታደራዊ አገልግሎቶች ውስጥ በሥራ ላይ ከነበሩ በዚህ ክፍል ውስጥ መረጃውን ያስገቡ። (ጥናቱ በተደረገበት እለት ሁለቱም ወላጆች በወታደራዊ ግዴታ ላይ ከነበሩ፣ እባክዎትን ሌላ ሁለተኛ ቅጽ ይሙሉ)።

❒ Student is not military connected – (Do not complete any further in Section 3) ተማሪው ወታደራዊ ቤተሰብ የለውም - (ይህ ከሆነ ከዚህ በታች ክፍል 3ን መሙላት አያስፈልግም)

Branch of Active Service: አገልግሎት እየሰጡበት ያለው ቅርንጫፍ፥

❒ Air Force አየር ኃይል ❒ Army ጦር ሠራዊት ❒ Coast Guard ድምበር አስከባሪ ❒ Marine Corps ማሪን ኮርፕስ ❒ Navy የባሕር ኃይል

❒ The Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Administration – NOAA
ዘ ኮሚሽንድ ኮርፕስ ኦፍ ዘ ናሽናል ኦሽን ኤንድ አትሞስፌሪክ አዲምንስትሬሽን - ኤን.ኦ.ኤ.ኤ (NOAA)

❒ The Commissioned Corps of the of the U.S. Public Health Services – USPHS
ዘ ኮሚሽንድ ኮርፕስ ኦፍ ዘ ዩ.ኤስ ፐብሊክ ሄልዝ ሰርቪስስ - ዩ.ኤስ.ፒ.ኤች.ኤስ (USPHS)

❒ National Guard or Reserves mobilized by Presidential Executive Order 13223 of 9/14/2001 and Title 10 USC (Attach Copy of Activation Orders) በ9/14/2001 ፕሬዚዳንታዊ ትእዛዝ 13223 እና አንቀጽ 10 ዩ.ኤስ.ሲ መሰረት የሚንቀሳቀስ ብሄራዊ ጠባቂ ወይም ተጠባባቂ ኃይል (የማግበሪያ ትእዛዞቹን ቅጂ ያያይዙ)

❒ National Guard; Reserve ብሄራዊ ጠባቂ፣ ተጠባባቂ

❒ Reserve; Student is a dependent of a member of the Reserve Forces (Army, Navy, Air Force, Marine Corps or Coast Guard).
ተጠባባቂ፣ ተማሪው/ዋ የተጠባባቂ ኃይል አባል የሆነ ሰው ጥገኛ ነው/ናት (ጦር ሠራዊት፣ የባሕር ኃይል፣ አየር ኃይል፣ ማሪን ኮርፕስ ወይም ድምበር አስከባሪ)

Parent/Guardian Name (Last, First and MI)
የወላጅ/አሳዳጊ ስም (የአያት ስም፣ ስም፣ የአባት ስም መነሻ ፊደል)

Military Rank/Grade
ወታደራዊ ማእረግ/ደረጃ

Section 4 – PARENT/GUARDIAN EMPLOYMENT INFORMATION: FOREIGN MILITARY
ክፍል 4 - የወላጅ/አሳዳጊ የስራ ቅጥር መረጃ፥ የውጭ ሃገር ውትድርና

የዳሰሳ ጥናቱ በተደረገበት እለት ከወላጆች/አሳዳጊዎች አንዳቸው በወታደራዊ አገልግሎቶች ውስጥ በሥራ ላይ ከነበሩ በዚህ ክፍል ውስጥ መረጃውን ያስገቡ። ያለበለዚያ፣ ይህንን ክፍል ይዝለሉት።

Parent/Guardian Name (Last, First and MI) የወላጅ/አሳዳጊ ስም (የአያት ስም፣ ስም፣ የአባት ስም መነሻ ፊደል) | Foreign Government Name የውጭ አገር መንግስት ስም

Military Rank/Grade ወታደራዊ ማእረግ/ደረጃ | Branch of Service የአገልግሎት ቅርንጫፍ

ይህ መረጃ በኢምፓክት ኤይድ ፕሮግራም (Impact Aid Program) ስር ለፌደራል የምናቀርበውን የገንዘብ ጥያቄ ለመደገፍ ይውላል (የአንደኛ ደረጃ እና የሁለተኛ ደረጃ ድንጋጌ አንቀጽ VIII)። የፌደራል ገንዘብ ለማግኘት የምናቀርበው ማመልከቻ ማጣራት የሚደረግበት ከሆነ፣ ይህ መረጃ ለአሜሪካ የትምህርት መምሪያ ሊሰጥ ይችላል። ACPS የፌደራል ገንዘብ አግባብ ድርሻውን ለማግኘት ይችል ዘንድ ይህ ቅጽ መፈረም እና ቀንም መጻፍ አለበት።

ይህንን ቅጽ በመፈረም፣ በዚህ ቅጽ ላይ የተጻፉት እና የሰፈሩት መረጃዎች በሙሉ ጥናቱ በተደረገበት እለት ትክክለኛ እና የተሟሉ መሆናቸውን አረጋግጣለሁ።

Signature of Parent/Guardian የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ | Date [mm/dd/yyyy] ቀን (ወር/ቀን/ዓመት ምህረት)

ብቁ የሆኑ የፌደራል ንብረቶች

- አልበርት ቪ. ብርያን ፌደራል ኮርትሃውስ፣ 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- ኤምቲ. ዌዘር ኢ.ኦ.ሲ፣ 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- አርሊንግተን ናሽናል ሴሚቴሪ፣ Arlington, VA 22211
- ኤምቪ.ቢ ቦስተር፣ ኮርትሃውስ፣ 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- ሲ.አይ.ኤ ላንሌይ ካምፓስ፣ 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- ናቫል ሰርፌስ ዋርፌር ሴንተር፣ 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- ሲ.አይ.ኤ ኤን.አር.ኦ፣ 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- ኤን.ኦ.ኤ.ኤ ኤን.ደብልዩ.ኤስ፣ 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- ዱሌስ አለም አቀፍ አየር ማረፊያ፣ 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- ፔንታጎን [በጎዳና አድራሻ ላይ የህንጻውን ቦታ ያካቱ]፣ Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ኤ.ኤ ኤየር ሩት ትራፊክ ኮንትሮል ሴንተር፣ 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- ሮናልድ ሬገን ናሽናል ኤየርፖርት፣ 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ኤ.ኤ ፖቶማክ ትራኮን፣ 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- ሮናልድ ሬገን ናሽናል ኤየርፖርት፣ 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- ኤፍ.ቢ.አይ አካዳሚ ኤንድ ላቦራቶሪ፣ 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- ስቴቨን ኤፍ. ኡድቫር ሃዚ ሴንተር፣ 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- ፎርት ቤልቮይር 9910 ትሬሲ ሉፕ፣ Fort Belvoir, VA 22060
- ተርነር - ፌየርባንክ ኤች.አር.ሲ፣ 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- ፎርት ቤልቮይር ኖርዝ (ኤን.ጂ.ኤ), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- ዩ.ኤስ አርሚ ናሽናል ጋርድ፣ 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- ፍራንኮኒያ ጂ.ኤስ.ኤ ኤል.ኦ.ሲ 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- ዩ.ኤስ አርሚ ሪዘርቭ ሴንተር፣ 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- ጆርጅ ፒ. ሹልዝ ኤን.ኤፍ.ኤ.ቲ.ሲ፣ 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- ዩ.ኤስ የአቶርኒ ቢሮ (ዩ.ኤስ.ዲ.ኦ.ጄ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- ጆርጅ ዋሽንግተን ሜሞሪያል ፓርክዌይ፣ 700 GW Pw, VA 22101
- ዩ.ኤስ ኮስት ጋርድ ራዲዮ ጣቢያ፣ 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- ሄንደርሰን ሆል፣ 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- ዩ.ኤስ ጂኦሎጂካል ሰርቬይ፣ 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- ሃምፈሪስ ኢንጂነር ሴንተር፣ 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር፣ – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- ሃይብላ ቫሊ ኦፊስ ቢዩልዲንግ፣ 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር፣ – ሳይት ቢ፣ 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- ጆይንት ቤዝ ምየር - ሄንደርሰን ሆል፣ Fort Myer, VA 22211
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር - ሳይት ሲ፣ 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- ማሪን ኮርፕስ ቤዝ ኲዋንቲኮ፣ 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- ዋረንተን ትሬይኒንግ ሴንተር - ሳይት ዲ፣ 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- ማርክ ሴንተር ፌደራል ኦፊስ ቢዩልዲንግ፣ 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- ዎልፍ ትራፕ ፋርም ፓርክ፣ 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

Alexandria City Public Schools

የ2022-23፤ የACPS የፊርማ ቅፅ

2022-23 ACPS Signature Form

እባክዎን፣ የዚህን ቅጽ - ሁለቱንም ገጾች ይመልከቱ።

እባክዎን በእንግሊዘኛ ይፃፉ!

Student Name: ______________________________ **Grade:** __________
የተማሪው ስም፣ የክፍል ደረጃ፣

School: ______________________________
ትምህርት ቤት፣

Parent/Guardian Name: ______________________________ **Date Form Completed:** ______________
የወላጅ/የአሳዳጊ ስም፣ ቅጹ የተሞላበት ቀን፣

ከታች የተጠቀሰው እያንዳንዱ ክፍል የሚመለከተው በዚህ ቅፅ ላይ የቀረቡትን ነገሮች፣ በኤ.ሲ.ፒ.ኤስ. የቤተሰብ መመሪያ መፅሀፍ (www.acps.k12.va.us/familyhandbook) ወይም በACPS የተማሪዎች ባህሪይ ደንቦች ያሉትን ነው (www.acps.k12.va.us/codeofconduct)። ከፈረሙ-በኋላ፣ እባክዎን በምዝገባ ወቅት ወይም ተማሪው ትምህርት ከጀመረበት ቀን ጀምሮ ባሉት ሁለት ሳምንታት ውስጥ፣ ወደ ተማሪው ትምህርት ቤት መልሰው ያስገቡ። ይህ ቅፅ በየትምህርት ዓመት መሞላት ይኖርበታል።

Section A: Student Code of Conduct ክፍል ሀ፣ የተማሪ የስነ ምግባር ደንብ

የተማሪ የባህሪ ደንብ በየትምህርት ዓመቱ ለየቤተሰቡ እንዲደርስ ይደረጋል። ይህንን ቅጽ በመፈረምና መልሶ-በማስገባት፤ ወላጆችና አሳዳጊዎች፣ በአሜሪካ በህገ-መንግስት ወይም ህጎች፣ እና/ወይም በቨርጂኒያ ኮመንዌልዝ Commonwealth) ውስጥ - ከትምህርት ቤቱ ክፍል ፖሊሲዎች እና ወይም ውሳኔዎች ጋር የማይስማሙ ከሆነ-መመግለጽ መብታቸዋን፤ አክስሞ-የሚያግድ ሳይሆን፣ ነገር ግን በመግለፅ-የመናገር መብትን ይሰጣል። በህግ የሚጠየቀው የተማሪዎች የስነ-ምግባር ደንብ፣ ለተማሪዎች - የኮምፒውተር ዘዴን በኃላፊነት የመጠቀም፣ በትምህርት ገበታ ላይ የግድ መገኘትን፣ የተማሪን መደበኛ ስነምግባርን፣ ፍትሃዊነት እና የላቀ-ደረጃ ፖሊሲ፣ ማንጓጠጥ (Bullying)ን ሪፖርት ማድረጊያ ቅጽ፣ እና የኦነር (Honor) ኮድን፤ ያካተቱ መመሪያዎችን እና ህጎችን ይዟል። ወላጆች፤ የተማሪዎችን የስነ-ምግባር ደንብን በመከተል እና አስገዳጅ-የሆነውን በትምህርት ገበታ ላይ የመገኘት መመሪያዎችን በመተግበር ረገድ፣ የACPS ትምህርት ቤቶችን የማገዝ ግዴታ አለባቸው። ወላጆች የስነ-ምግባር ደንቡን የመረዳት፣ ተገቢ የሆነውን የተማሪ ባህሪ የማበረታታት፣ ተማሪዎችን ስነ-ስርዓት በማስያዝ ላይ - ትምህርት ቤቱን የማገዝ፣ እንዲሁም ስነ-ምግባርና በትምህርት ገበታ ላይ መገኘትን በተመለከተ ለመነጋገር ከተጠየቁ፤ ከትምህርት ቤቱ ሠራተኞች ጋር የመገናኘት ግዴታ አለባቸው። በተጨማሪም፤ ወላጆች ኃላፊነታቸውን እንደሚያውቁ የሚያሳይ ማረጋገጫ እንዲፈርሙም ህጉ ያስገድዳል።

Parent/Guardian Signature: ______________________________
የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣

Student Signature: ______________________________
የተማሪ ፊርማ፣

Section B1: Student Directory Information (FERPA) ክፍል B1፣ የተማሪ መረጃ ማውጫ

የዳይሬክተሪ መረጃዎች የሚያካትተው የተማሪው ስም፤ አድራሻ፣ ትምህርት ቤት ፣ ፎቶ፣ ሽልማት እና ክብር ወዘተ (የተማሪውን የሶሻል ስክዊሪቲ ቁጥር አያካትትም።) የዳይሬክተሪ መረጃዎች ዋነኛው አገልግሎት የተማሪ መረጃ ከትምህርት ቤቱ ጋር በተገናኘ ህትመቶች እንዲወጣ ማድረግ ነው። የተሟላ ስም ማውጫ (ዳይሬክቶሪ) መረጃዎች በACPS የቤተሰብ መፅሄት ላይ ይገኛል። ከዚህ በታች፣ ወላጅ/አሳዳጊ፤ መረጃው እንዳይሰጥ ካላሳወቀ-በስተቀረ፤ ACPS ያለምንም የፅሁፍ ስምምነት፣ የዳይሬክተሪ መረጃ (directory)ን ሊለቅና-ሊሰጥ ይችላል።

________ **Do NOT** release the student's directory information, except as required by state or federal law, from the date this form is signed until September 15, 2023. **I understand this means that information about and photographs featuring the student will be excluded from school publications such as yearbooks, honor roll listings, and printed graduation/sports/theatrical programs.**
በስቴት እና በፌደራል ህግ መሰረት ካልሆነ በስተቀር ይህ ቅፅ ከተፈረመበት ቀን በኋላ እስከ ሴፕቴምበር (September) 15፣ 2023 ድረስ የተማሪውን ስም ማውጫ (ዳይሬክተሪ) መረጃዎች ለሌላ ወገን ማሰራጨት አይቻልም። **ይህ ማለት፣ መረጃዎቹ እና ስለተማሪው የሚያሳይ ፎተፍራፎች፣ ከትምህርት ቤቱ ህትመቶች ከሆኑት፤ እንደ ዓመራዊ-መጽሐፍት (yearbooks)፣ ከክብር ስም-ዝርዝር (honor roll listings)፣ እና ከታተሙ የምርቃት/ስፖርት/ቲያትራዊ ፕሮግራሞች ባሉት ውስጥ፤ አይካተትም።**

Section B2: PTA Directories and School-Related Organizations ክፍል B2፤ የፒ.ቲ.ኤ. ማውጫ እና ከትምህርት ቤቱ ጋር የተገናኘ ድርጅቶች

ብዙ የትምህርት ቤት ፒቲኤ (ዎች)፣ (እና ሌሎች ከትምህርት ቤት ጋር የተዛመዱ ድርጅቶች) ለቤተሰቦች አመታዊ ማውጫ ያዘጋጃሉ። ሆኖም በቨርጅኒትያ ህግ መሠረት፤ ምንም ትምህርት ቤት - የተማሪን - አድራሻን፣ ስልክ ቁጥርን፣ ወይም የኢሜል አድራሻን (በሕግ የሚጠይቀው ነገር እስካልመጣ፣ ወይም በACPS 'Family Handbook' ላይ በተገለጸው-መንገድ ካልሆነ)፣ ወላጅ/አሳዳጊ - በአዎንታዊነት ስምምነቶችን በጽሁፍ እስካልሰጡ ድረስ፤ በመልቀቅ-ሊሰጥ አይችልም።

________ **YES, ACPS may** release the student/family **telephone number** and **email address** to PTAs, booster organizations, and other school-related organizations from the date this form is signed until September 15, 2023.
አዎን፣ ACPS፣ የተማሪ/ቤተሰብ **ስልክ ቁጥር** እና **ኢሜል አድራሻን፤** ለፒ.ቲ.ኤ.፣ ለድጋፍ ሰጪ (ቡስተር) ድርጅቶች እና ከትምህርት ቤት ጋር ለተገናኙ ድርጅቶች - ይህ ቅፅ ከተፈረመበት ቀን በኋላ፣ እስከ ሴፕቴምበር (September) 15፣ 2023 ድረስ፣ መረጃውን ሊያስተላልፍና ሊሰጥ ይችላል።

Section C: Media Participation ክፍል ሐ፣ በCገናኛ ብዙኃን ላይ መሳተፍ

በትምህርት ዓመቱ በመሉ የልጅዎ ት/ቤት ወይም ACPS፣ የልጅዎን ፎተግራፎች ወይም ቪዲዮዋች፣ የእርሱን ወይም የእርስዎን የጥበብ ወይም የክፍል ስራ ፣ የልጅዎን ፅሁፍ ውጤት ፣ ወይም ከክፍል ውስጥ ውይይት የተገኘ ጥቅስ ፣ ትምህርታዊ መግለጫዎች ለሌላ ወገን ለማሰራጨት ሊፈልግ ይችላል። ይህም በACPS ድረሀ-ገጽ ላይ የምስል ፎቶ ማስቀመጥ፣ በACPS ማህበራዊ ሚዲያ ቪዲዮ ማሰራጨት፣ ወይም ለሌላ ሦስተኛ ወገን የአካባቢውና የብሔራዊ መገናኛ ብዙሃን (ቴሌቭዥን፣ ኦንላይን እና የፅሁፍ ህትመቶችን) ጭምር ያካትታል።

________ **Do NOT** use my child's photograph, image, voice, writings, classwork or artwork in any of the ways described above from the date this form is signed until September 15, 2023.
የልጄን - ፎቶ፣ ምስል፣ ድምፅ፣ ፅሁፎች፣ የክፍል ውስጥ ስራ ወይም የጥበብ-ስራ፤ በማናቸውም ከላይ በተጠቀሱት መንገዶች፣ ይህ ቅፅ ከተፈረመበት ቀን በኋላ፣ እስከ ሴፕቴምበር (September) 15፣ 2023 ድረስ እንዳትጠቀሙበት።

Revised 7/3/2022 Communications Office dnbm

Section D: Responsible Use for Technology and Social Media ክፍል መ፣ ኃላፊነት ባለው ሁኔታ፣ ቴክኖሎጂን እና ማህበራዊ ሚድያን መጠቀም

ቴክኖሎጂንና የማህበራዊ ሚዲያ ኃላፊነት በሚሰማው መንገድ የመጠቀም ፖሊሲዎች በተማሪዎች የስነ-ምግባር ደንብ ውስጥ ይገኛሉ። እባክዎን ይመልከቱዋቸው እና፣ ከዚህ በታች ይፈርሙ።

Parent/Guardian Signature: ______________________________

የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣

እንደ ተማሪነቴ በተማሪዎች የስነ ምግባር ደንብ ውስጥ የሚገኙትን የቴክኖሎጂ እና ድህረ-ገጽ አጠቃቀም መመሪያዎችን ለማክበር እስማማለሁ።

Student Signature: ______________________________

የተማሪ ፊርማ፣

Section E: Student Record Information ክፍል ሠ፣ የተማሪ የምዝገባ መረጃ

(ለሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወላጆች ፤ ለ11ኛና 12ኛ ክፍል ተማሪዎች ብቻ)) በ2001 የወጣው "ማንም ልጅ ወደ ኋላ አይተውም" ህግ አንቀጽ 9528 ላይ እንደተደነገገው፣ የትምህርት ቤት አስተዳዳሪዎች ለወታደር መልማዮችና ለከፍተኛ ትምህርት ተቋማት በሚጠይቁበት ጊዜ የሁለተኛ ደረጃ ተማሪዎችን ስም፣ አድራሻና የስልክ ቁጥር መስጠት አለባቸው። ሆኖም ወላጆች (ወይም እድሜው 18 የሆነ ተማሪ ወይም በህግ ራሱን ችሎ እንዲኖር የተፈቀደለት ታዳጊ ከሆነ ተማሪው ራሱ) የተማሪው ስም፣ አድራሻና ስልክ ቁጥር በቅድሚያ የጽሁፍ ፈቃድ ሳይቀርብ እንዳይሰጥባቸው መጠየቅ ይችላሉ። ACPS፣ በዚህ ቅጽ የልጅዎ መረጃ ይፋ እንዳይደረግ የመጠየቅ መብትዎን እያሳወቀዎት ነው። ከዚህ በታች ካሉት አማራጮች ውስጥ አንዱን ካልመረጡ በትምህርት ዘመን 2022-23 ውስጥ የወታደር መልማዮች፣ ስራ ቀጣሪ ሊሆኑ የሚችሉ አካላት ወይም የከፍተኛ ትምህርት ተቋማት በሚጠይቁበት ጊዜ የልጅዎ መረጃ ይፋ ይደረጋል።

Please check any of these groups if you **do NOT** want them to receive your child's information:

እባክዎን፣ ከሚከተሉት ቡድኖች መካከል የልጅዎ መረጃ እንዳይላክላቸው የሚፈልጉት ላይ ምልክት ያድርጉባቸው፣

________ **Do NOT** release my child's information to **Military Recruiters**

የልጄ መረጃ ለወታደር መልማዮች እንዳይሰጥ

________ **Do NOT** release my child's information to **Colleges/Other Educational Institutions**

የልጄ መረጃ ለኮሌጆችና ለሌሎች የትምህርት ተቋማት እንዳይሰጥ፣

________ **Do NOT** release my child's information to **Prospective Employers**

የልጄ መረጃ ስራ ቀጣሪ ሊሆኑ ለሚችሉ አካላት እንዳይሰጥ፣

Section F: Book Contract ክፍል ረ፣ የመጽሐፍ ውል

በትምህርት ቤቱ በተወሰነው መሰረት ያልተመለሱ፣ ከጥቅም ውጪ የሆኑ፣ የጠፉ ወይም ያለ አግባብ ጥቅም ላይ የዋሉ የመማሪያ መጽሐፍት ወይም ከቤተ መጽሐፍት በተውሶ-የወጡ መጽሃፍትን በሙሉ ወይም በከፊል ለመተካት ወይም ገንዘብ ለመክፈል እንዲሁም አለአግባብ በማስረጀት ወይም በመጠቀም የደረሰባቸውን ጉዳት በሙሉ ለመክፈል እስማማለሁ።

Parent/Guardian Signature: ______________________________

የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣

Section G: School Bus Regulations ክፍል ሰ፡- የትምህርት ቤት አውቶቡስ ደንቦች

በኤ.ሲ.ፒ.ኤስ. የቤተሰብ መመሪያ መፅሄት ውስጥ የት/ቤት አውቶቡስ ደንብ ተካቶል። የትምህርት ቤት አውቶቡስ የሚጠቀሙ ልጆች መከተል ያለባቸውን ደንቦች አንብቤ የተረዳሁ ሲሆን ልጄ በትምህርት ቤት አውቶቡስ ውስጥ ለሚያሳየው ባህሪ ሙሉ ሃላፊነቱን ለመውሰድ እስማማለሁ።

Parent/Guardian Signature: ______________________________

የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣

የትምህርት ቤት አውቶቡስ የሚጠቀሙ ልጆች መከተል ያለባቸውን ደንቦች አንብቤ የተረዳሁ ሲሆን እንደተሳፋሪነቴ መመሪያዎቹን ለማክበር እስማማለሁ።

Student Signature: ______________________________

የተማሪ ፊርማ፣

Section H: Family Life Education የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት

የACPS መተዳደሪያ ደንቦች በትምህርት ዓመቱ ውስጥ በሚኖሩት ጊዜያት ሁሉ የሚሰጠውን የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት (Family Life Education (FLE) የያዘውን ማቴሪያል ለመምረጥ ለተማሪ ፈቃድ ይሰጣል። በቤተሰብ ሕይወት ትምህርት መርኃግብር ውስጥ ጥቅም ላይ የሚውሉት ትምህርቶች ለክለሳ በልጅዎት ትምህርት ቤት ውስጥ በሚገኘው የቤተ መጽሐፍት የሚዲያ ማዕከል ውስጥ፣ እና በ'Charles E. Beatley, Jr., Central Library, በ5005 Duke Street' የሚገኘው ውስጥ ይገኛሉ። ከእዚህ ስርዓተ-ትምህርት ጋር የተቆራኙ፣ ሁሉም የከፍተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት የመረጃ ምንጮቻችን (resources)፤ በከፍተኛ ትምህርት ቤት ካምፓሶች ውስጥ ተቀምጠዋል። ከእነዚህ መረጃዎች የትኛውንም ለማየት፣ እባክዎትን የቤተሰብ ሕይወት ትምህርት መምሪያ ክፍልን (Family Life Education Department) ያግኙ። በቤተሰብ ሕይወት ትምህርት ውስጥ ለመቆየት በእርስዎ በኩል ምንም ማድረግ የሚጠበቅብዎት ነገር የለም።

ልጅዎ በቤተሰብ ሕይወት ትምህርት ማቴሪያል ውስጥ እንዲሳተፍ የማይፈልጉ ከሆነ እባክዎትን ከዚህ በታች ምልክት ያድርጉ፡-

________ Please **exempt my child** from participation in the Family Life Education material.

እባክዎን፤ ልጄ በቤተሰብ ሕይወት ትምህርት ማቴሪያል (Family Life Education material) መሣተፎ ውስጥ **እንዳይገባ ይደረግ**።

Parent/Guardian Signature: ______________________________

የወላጅ ወይም አሳዳጊ ፊርማ፣

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Health Information Form/Comprehensive Physical Examination Report/Certification of Immunization

Part I – HEALTH INFORMATION FORM

State law (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requires that your child is immunized and receives a comprehensive physical examination before entering public kindergarten or elementary school. **The parent or guardian completes this page (Part I) of the form.** The Medical Provider completes Part II and Part III of the form. This form must be completed no earlier than one year before your child's entry into school.

Name of School: ______________________________ Current Grade: ____________

Student's Name: ____
Last First Middle

Student's Date of Birth: _____/____/______ Sex: _______ State or Country of Birth:___________________________Main Language Spoken: _______________

Student's Address____ City________________ State___________________ Zip Code_______________

Name of Parent or Legal Guardian 1:____Phone:_______-______-________Work or Cell: _____ - ______-______

Name of Parent or Legal Guardian 2:____Phone:_______-______-________Work or Cell: ______-______-______

Emergency Contact:____Phone:_______-______-________Work or Cell: ______-______-______

Hospital Preference: ____

Child's Health Insurance: None☐ FAMIS Plus (Medicaid) ☐ FAMIS ☐ Private/Commercial/ Employer Sponsored☐ ___________________________

Box 1. Pre-Existing Conditions

Condition	Yes	Comments	Condition	Yes	Comments
Allergies (food, insects, drugs, latex)			Diabetes: Type 1		
Please list **Life Threatening Allergies**:			Diabetes: Type 2		
			Insulin pump		
Allergies (seasonal)			Head injury, concussion		
Asthma or breathing conditions			Hearing conditions or deafness		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder			Heart conditions		
Behavioral/Psych/ Social conditions			Lead poisoning		
Developmental conditions			Muscle conditions		
Bladder conditions			Seizures		
Bleeding conditions			Sickle Cell Disease (not trait)		
Bowel conditions			Speech conditions		
Cerebral Palsy			Spinal injury		
Cystic fibrosis			Surgery		
Dental Health conditions			Vision conditions		

Describe any other important health-related information about your child (☐ Feeding tube , ☐ Trach , ☐ Oxygen support, ☐ Hearing aids, ☐ Dental appliance, ☐ Wheelchair, Hospitalizations, etc.):

Box 2. Medications

List all prescription, emergency, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly (Home/ School):

Medication Name	Dosage	Time Administered (Home/School)	Notes
1.			
2.			
3.			
4.			

Additional Medications (Name, Dose, Time Administered, Notes)

Check here if you want to discuss confidential information with the school nurse or other school authority. ☐ Yes ☐ No Please provide the following information:

	Name	Phone	Date of Last Appointment
Pediatrician/primary care provider			
Specialist			
Dentist			
Case Worker (if applicable)			

I________________________________(do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

Signature of Parent or Legal Guardian:____Date:______/_______/__________

Signature of Interpreter: ____Date_____/_____/______

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP	☐

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name:		**Date of Birth :** / /	**Sex:**
Race (Optional):	**Ethnicity:**	**Hispanic**	**Non-Hispanic**

IMMUNIZATION	**RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN**				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5
Tdap Vaccine booster	1				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2			
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis **B** Vaccine (HBV) ☐ Merck adult formulation used	1	2	3	4	
Hepatitis **A** Vaccine	1	2			
Meningococcal **ACWY** Vaccine	1	2			
Meningococcal **B** Vaccine	1	2	3		
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	1	2	3		
Influenza (Yearly)	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5

Certification of Immunization

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official:____**Date (*Mo., Day, Yr.*):** ___/___/____

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. <u>This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).</u>

Student's Name: ____ Date of Birth: |____|____|_____|
Parent or Legal Guardian Name: ____
Parent or Legal Guardian Name: ____
Phone Number: ______________________________________

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

____

____.

____

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[_____]; RV:[____]; Measles :[_____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[_____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[_____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [ ], or temporary [ ] and expected to preclude immunizations until: Date (*Mo., Day, Yr.*): |______|______|_____|.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:___________________Date (*Mo., Day, Yr.*):___/___/___

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on___________________.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_______________________________________Date (*Mo., Day, Yr.*):|___|___|___|

<u>Section III Requirements</u>

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at
<u>http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization</u>

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
(Requirements are subject to change.)

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: ______________________________________ Date of Birth:______/_______/___________Sex: ☐ M ☐ F

Health Assessment

Date of Assessment: ____/____/_______

Weight:_________lbs. Height:________ft._______in.

Body Mass Index (BMI):____________BP____________

❑ Age / gender appropriate history completed

❑ Anticipatory guidance provided

Physical Examination

1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment

	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
HEENT				Neurological				Skin				
Lungs				Abdomen				Genital				
Heart				Extremities				Urinary				

Tuberculosis Screening

Check the box that applies:

☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified

Test for TB Infection: TST IGRA Date:__________ TST Reading____ mm TST/IGRA Result: ☐ Negative ☐ Positive

CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date:___________ ☐ Normal ☐ Abnormal

EPSDT Screens Required for Head Start – include specific results and date:

Blood Lead:_____________________________________ Hct/Hgb ____

Developmental Screen

Assessed for:	*Assessment Method:*	*Within normal*	*Concern identified:*	*Referred for Evaluation*
Emotional/Social				
Problem Solving				
Language/Communication				
Fine Motor Skills				
Gross Motor Skills				

Hearing Screen

❑ Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box.

❑ Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): ☐ Pass ☐ Referred

	1000	2000	4000
R			
L			

☐ Referred to Audiologist/ENT ☐ **Unable to test – needs rescreen**

☐ Permanent Hearing Loss Previously identified: ☐ Left ☐ Right

☐ Hearing aid or another assistive device

Vision Screen

☐ With Corrective Lenses (Check if yes)

Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail				☐ Not tested
Distance	Both	R	L	Test used:
	20/	20/	20/	

☐ Pass ☐ Referred to eye doctor ☐ **Unable to test-needs rescreen**

Dental Screen

☐ Problems Identified: Referred for Treatment

☐ No Problem: Referred for prevention

☐ No Referral: Already receiving dental care

☐ **Unable to perform**

Recommendations to (Pre) School , Child Care, or Early Intervention Personnel

Summary of Findings (check one):

☐ Well child; no conditions identified of concern to school program activities

☐ Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):

____

____**Allergy:** ☐ food:_________☐ insect:_______________ ☐ medicine:_________ ☐ other:____________

Type of allergic reaction: ☐ *anaphylaxis* ☐ *local reaction* *Response required:* ☐ *none* ☐ *epinephrine auto-injector* ☐ other::_____

____I**ndividualized Health Care Plan needed** (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)

____**Restricted Activity Specify:** :____

____**Developmental Evaluation** ☐ Has IEP ☐ Further evaluation needed for: _______________________

____**Medication.** Child takes medicine for specific health condition(s). ☐ Medication must be given and/or available at school.

____**Special Diet Specify:** ____

____**Special Needs Specify:**____

Other Comments:____

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) ☐ **By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).**

Name:____ **Signature:**___________________________**Date:**_______

Practice/Clinic Name: ____________________________ **Address:**____

Phone:______-_______-_________________ **Fax:** ______-_______-_________ **Email:**________________________________

Alexandria City Public Schools

TUBERCULOSIS EVALUATION CERTIFICATE

Name: ____ Date of Birth: ______________
Last First Middle

Place of Birth: ____

History of TB Test and Treatment: ____

Risk Factor	Yes	No
Is the child in recent close or prolonged contact with a person known to have infectious tuberculosis?		
Is the child foreign born or a recent traveler (3 months or longer) to a high-prevalence area? (Especially Asian, Africa, Latin America, a refugee or a migrant.)		
Has the child ever had an abnormal chest x-ray with fibrotic changes suggesting inactive or past TB?		
Is the child infected with HIV or is he/she considered at risk for HIV infection?		
Is the child an organ transplant recipient?		
Is the child an injection drug user?		
Is the child in contact with an incarcerated person, or a person who has been incarcerated in the past five years?		
Is the child a resident of a high-risk congregant setting (E.g. homeless shelter, prison, long-term care facility, or hospital)?		
Does the child have a medical condition or receives treatment for a medical condition which suppresses the immune system? (E.g. Diabetes mellitus, silicosis, cancer of head or neck, Hodgkin's disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight 10% or more below ideal for given population)		
Does the child have signs and symptoms of TB? (E.g. Cough > 3 weeks, unexplained fever, weight loss, hemoptysis. Child ≤ 6 years: wheezing, failure to thrive, decreased activity, playfulness, and/or energy.)		

☐ No risk factors identified, no PPD needed
☐ PPD required, positive risk factors identified

Signed: ____ Date: ______________
Registered Nurse

CDC. (2012) "Appendix A: Sample TB Risk Assessment Tool." Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers. Retrieved from http://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/appendixa.htm

Virginia Department of Health Division of TB Control, TB Risk Assessment Form (TB 512)