



ناحیه تعلیمی سن هوان
برنامه بعد از مکتب بریجز (Bridges After-School Program)
 درخواست نامه شمولیت برای سال تعلیمی ۲۰۲۳ - ۲۰۲۴



San Juan Unified School District		مکتب:		مکتب فعلی (School Attending)	
نام (F/Name):		نام خانوادگی (L/Name):		اسم کودک	
Street Address آدرس سرک/خیابان	City شهر	State ایالت	Zip کد پستی	آدرس کودک	
				تاریخ تولد	
خنثی		زن (F)	مرد (M)	جنسیت	
				صنف/معلم	
زبان‌هایی که صحبت می‌کند:		نخیر (N)	بلی (Y)	دو زبانه	
قرباب:				والدین/ سرپرست:	
		ایمیل:		تلفون:	
قرباب:				والدین/ سرپرست:	
		ایمیل:		تلفون:	

اشتراک: برنامه بعد از مکتب بریجز به روی همه شاگردان که خواهان شرکت اند باز می باشد و پس از اولویت بندی به اساس اینکه کی اول مراجعه می کند، ارائه می گردد. حق اولویت به شاگردانی داده می شود که تحت قانون کمک به بی خانمان های مک کینی - ونتو واجد شرایط باشند، جوانان بی سرپرست، شاگردان زبان انگلیسی، و شاگردانی که مستحق غذا های ارزان و رایگان می باشند. همانطوریکه در زیر ذکر می گردد اشتراک در این برنامه مستلزم آن است که شاگردان باید از تمامی پالیسی ها و رهنمود ها پیروی نمایند. والدین/ سرپرستان باید در آغاز سال تعلیمی در یک صنف رهنمائی والدین اشتراک نمایند.

حاضری: برنامه در پایان روز تعلیمی آغاز می گردد و تا ساعت ۶:۰۰ شام ادامه میابد. اگر یک شاگرد غیرحاضر می باشد، لازم است تا والدین کارمندان برنامه بریجز را در جریان قرار دهد، مزید بر کارمند عادی مکتب. مجموعاً ده روز غیرحاضری بدون دلیل می تواند بیش از حد تلقی شود. شاگردان را فقط می توان در صورتی که مطابق با پالیسی رخصتی زود هنگام بریجز باشد قبل از پایان برنامه تسلیمی (Pick-up) گرفت.

تسلیم شدن شاگرد (Student Pick-Up): والدین باید شاگردان خود را پس پایان برنامه بریجز تسلیم شوند. اگر یک شاگرد الی اخیر برنامه تسلیم گرفته نشود، کارمند بریجز با والدین/ سرپرست افراد که در تماس های حالات اضطرار قرار دارند تماس خواهند گرفت. برنامه بریجز می تواند یک شاگرد را پس از ۳ بار ناوقت تسلیم گرفتن، اخراج نماید.

رفتار شاگرد: تمام شاگردان مکلف اند تا از قوانین ناحیه تعلیمی سن هوان و سایر پالیسی های برنامه بریجز پیروی نمایند. هرگونه رفتار نادرست، و رفتار به دور از احترام در برابر سایر شاگردان یا کارمندان یا برخورد های های که سبب ایجاد یک نگرانی گردد غیرقابل قبول اند و اخراج شاگرد را در پی خواهد داشت. در صورتی وقوع همچو رفتار ها کارمندان بریجز والدین و سرپرستان را در جریان قرار خواهد داد. والدین و سرپرستان توصیه می گردند تا در رابطه با اینگونه رفتار ها با کارمندان بریجز صحبت نمایند. * برنامه بریجز موارد خشونت، استفاده از مواد مخدر، تبعیض نژادی، آزار و اذیت جنسی، تماس های نا مناسب، و تحقیر دیگران را غیر قابل تحمل می داند. اگر هر یک از این موارد بوقوع بپیوندد، فوراً ما اقدام به تدابیر انضباطی خواهیم کرد و این سبب خواهد شد که فردی که دست به چنین عمل می زند از برنامه اخراج شود.

من معلومات فوق را خوانده ام و درک کرده ام. با امضا نمودن این سند، من موافقت می نمایم که تمام پالیسی ها و رهنمود های بریجز را رعایت کنم و به شاگرد خود کمک می کنم تا این رهنمود ها را درک و از آن پیروی کند.

بودجه برنامه بریجز مستلزم آن است که معلومات آماری برای اشتراک شاگردان جمع آوری و گزارش می شوند. افراد ارزیابی کننده این معلومات را محرم حفظ می نمایند و معلومات هیچ یک از شاگردان را گزارش نمی کند. اسم والدین، شاگردان و تمام معلومات شناسایی محرم باقی خواهند ماند و در هیچ گزارش چاپی برای مطالعه ظاهر نخواهد شد.

با امضا درخواست نامه بریجز برای شمولیت، من دریافت این سند را تصدیق می نمایم، و با جمع آوری و گزارش محرمانه اطلاعات آماری موافقت می نمایم.

امضای والدین/ سرپرست: _____ تاریخ: _____

BRIDGES STAFF USE ONLY

Returning Bridges student Y ___ N ___ If yes, from what school? _____ Student ID Number _____

Date application was received ___/___/___ Time application was received _____ Student's start date ___/___/___

HS/FY Verified Y ___ N ___ Initials _____

لتااحتا عطار ۲۰۲۲ - ۲۰۲۳

اراضط

نام مکمل شاگرد _____ تاریخ تولد _____

شماره تلفن خانه _____ شماره تلفن همراه _____ شماره تلفن دیگر _____

آدرس _____ کودک با کی زندگی می کند _____

والدین/ سرپرست _____ قرابت _____

کار فرما _____ شماره تلفن محل کار _____

والدین/ سرپرست _____ قرابت _____

کار فرما _____ شماره تلفن محل کار _____

اطلاعات حالت اضطرار: شاگرد تنها با امضای والدین/سرپرست و یا فردی که در زیر تعیین شده باشد، رخصت می گردد. اگر فرزند تان مریض باشد یا یک حالت اضطرار داشته باشد و والدین/سرپرست قابل دسترس نباشد، فرزند تان به شخص تعیین شده برای حالت اضطرار، سپرده می شود. شخص تعیین شده برای حالت اضطرار باید ۱۶ سال یا بیشتر سن داشته باشد. والدین/سرپرست ها مکلف هستند تا هرگونه تغییر در اطلاعات حالت اضطرار را تجدید نمایند.

نام	قرابت	تلفون خانه	تلفون همراه
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

والدین/سرپرست ها باید یک گزینه را انتخاب کنند

۱۰. در حالات اضطرار، زمانی که والدین یا سرپرست قابل دسترس نباشد، من به کارکنان مکتب اجازه می دهم تا برای ارایه خدمات صحتی/ مراقبت در شفاخانه به فرزندم، به شمول حمل و نقل وی در صورت نیاز، تدابیر لازم اتخاذ نمایند. اقدامات متذکره باید بر اساس قضاوت عادلانه صورت گیرد. من به داکتر که نامش در پائین ذکر گردیده است اجازه می دهم تا تمام مراقبت و خدمات صحتی ضروری را انجام دهد. هرگاه داکتر ذکر شده قابل دسترس نباشد، من اجازه می دهم تا مراقبت و درمان توسط یک داکتر یا جراح دارای مجوز صورت گیرد. من موافقه می نمایم که تمام مصارفی را که درین مدت وارد می گردد، پرداخت نمایم.

۲۰. من آنچه را که در بالا ذکر شده است انتخاب نمی کنم و می خواهم در صورت وقوع حالت اضطرار، اقدامات زیر صورت گیرد:

نام داکتر/پزشک: _____ شماره تلفن: _____
بیمه صحتی/بهداشتی: _____ شماره بیمه: _____

بینایی: عینک استفاده می کند لنز استفاده می کند همیشه باید استفاده کند نیاز به نشستن محل خاص دارد تاریخ آخرین معاینه چشم _____
شنوایی: مشکل شنوایی دارد در گوش تیوب دارد از وسایل کمکی شنوایی استفاده می کند نیاز به نشستن در محل خاص دارد

سلامت عمومی: ۱. دارای تکالیف ذیل است: نفس تنگی صرع (epilepsy) fainting spells شکر hyperactive (ADHD) migraines مشکل قلبی حساسیت به زنبور گزیدگی حساسیت دارد (شرح دهید): _____ سایر انواع مشکلات صحتی: _____

۲. داروهای تجویز شده را بنویسید: _____ مقدار مصرف فعلی: _____
برای (تشخیص) _____ تجویز شده توسط: داکتر. _____ شماره تلفن _____

۳. آیا دارای مشکل فیزیکی که اشتراک وی را در برنامه محدود سازد، هست نخیر بلی (توضیح دهید) _____

۴. نیازهای خاص دارد نخیر بلی (توضیح دهید) _____
"من به حوزه تعلیمی و ارایه کننده خدمات اجازه می هم تا اطلاعات صحتی فرزندم را با مراجع زیر شریک سازند: ۱. نماینده تهیه کننده صورت حساب. ۲. اداره بیمه برای رسیدگی به ادعای مصارف یا درخواست مزایای کمک های صحتی. اطلاعات شریک شده محدود به اسناد خدمات صحتی می گردد."

امضای والدین/سرپرست: _____ تاریخ _____

نام: _____ قرابت _____



San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Fee Policy and Agreement 2023-24
ل پښخت ادر ډ هزښه ن و موافقتنامه 2023-2024



Persian

اطلاعات در مورد مکتب	مکتب:	صنف:	شماره کارت شاگرد:
اطلاعات در مورد شاگرد	تخلص:	نام:	

هزینه‌ها (فیس) برنامه

- به مجرد تایید ثبت نام، باید ۳۰ دلار هزینه ثبت نام پرداخت گردد. این مبلغ قابل بازپرداخت نمی‌باشد.
- نرخ تمام هزینه‌ها شامل روزهای پنج‌شنبه که مکتب زودتر رخصت می‌شود، و سایر روزهای کوتاه درسی، می‌باشد.
- هزینه‌ها با نظرداشت روزهای رخصتی مکتب (به شمول رخصتی‌های عمومی) در جریان سال تحصیلی، محاسبه گردیده است.
- هزینه‌ها باید تا تاریخ ۱۰ هر ماه (سپتامبر- می)، پرداخت گردد.
- هزینه‌های ماهانه با نظرداشت عاید خانواده و توانایی آن‌ها برای پرداخت فیس، مشخص می‌گردد.

با نظرداشت عاید خانواده و توانایی تان برای پرداخت هزینه‌ها، لطفاً مقدار فیس مناسب را از جدول زیر انتخاب کنید. در صورتی که شاگرد مطابق قانون کمک به افراد بی‌خانمان و جوانان پرورش‌گاهی (McKinney-Vento Homeless Assistance Act or Foster Youth)، یا برای دریافت غذای مکتب بصورت رایگان / به قیمت تخفیف یافته واجد شرایط شناخته شود، هزینه‌ها معاف می‌گردد. برای تشخیص واجد شرایط بودن شاگرد به دریافت غذای رایگان / به قیمت تخفیف یافته به سایت <https://www.cde.ca.gov/ls/nu/rs/scales2122.asp> مراجعه نمایید.

درخواست کمک هزینه	میزان واجد شرایط بودن را انتخاب کنید	جدول قابل تطبیق با درآمد افراد
برم ای □ در قی به پرداخت تمام بمسای از هزید پائس ن ترین نخ (lowest)، نیستم. من تا 5 روز زمان اوخر هیرست نامه، ریافت هک کزید به راشه 5933 - 971، به ش ساتوم. (rate)	□ ماهانه 50 دالر - من قادر به پرداخت تمام هزینه (فیس) می‌باشم.	
ریافت هک کزید به راشه 5933 - 971، به ش ساتوم.	□ ماهانه 40 دالر - من قادر به پرداخت هزینه (فیس) تخفیف یافته می‌باشم.	
م □ مو افقت نامه کمک هزید برای سال 2023-2022 را تکمیل نموده ام خو واهم این مو افقت نامه را برای هر سانیل 2024-2023 نبرن ۱۰ کیتم.	□ ماهانه 30 دالر - من قادر به پرداخت هزینه (فیس) به قیمت پائین می‌باشم.	
	□ هزینه معاف می‌گردد - شاگرد من مطابق قانون کمک به افراد بی‌خانمان و جوانان تحت پرورش (McKinney-Vento Homeless Assistance Act or Foster Youth)، یا دریافت غذای مکتب بصورت رایگان / به قیمت تخفیف یافته، واجد شرایط می‌باشد.	

پرداخت هزینه توسط چک یا حواله پولی (Money Order):

- چک وحواله پولی را به حوزه تحصیلی سن هوان قابل پرداخت بسازید. نام شاگرد و نام مکتب را در محل مخصوص یادداشت ذکر نموده و آن را به آدرس زیر بفرستید:
- Bridges After-School Programs/San Juan Unified School District, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608
- همچنان می‌توانید هزینه‌ها را به یکی از دفاتر ساحوی برنامه بریز برای پس از زمان رسمی مکتب در آدرس‌های زیر تسلیم نمایید:
 - Arden Arcade Region – 1500 Dom Way, Sacramento 95864/ Room 20, 979-8324
 - Carmichael Region – 4640 Orange Grove Ave, Sacramento 95841/ Room G3, 971-7386
 - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H7, 979-8399
- هزینه‌ها را به دفاتر محلی برنامه متذکره تسلیم ننمایید.

پرداخت هزینه‌ها از طریق کدیت کارت:

می‌توانید از طریق ماستر کارت یا ویزا کارت بصورت آنلاین در وب سایت www.myschoolbucks.com نیز هزینه‌ها را بپردازید.

وجوه ناکافی (NSF):

- چک‌هایی که توسط بانک برگشتانده می‌شوند، 25 دالر جریمه می‌گردند. برای جایگزینی چک‌های ناکافی به حواله پول (money order) نیاز است.
- در صورت رد شدن چک برای دوبار، نمی‌توان از چک به عنوان گزینه پرداخت هزینه استفاده نمود.

برای ثبت نام، به جوانان بی‌خانمان و پرورش‌گاهی (Homeless and Foster Youth) و شاگردان واجد شرایط برای دریافت غذای مکتب بصورت رایگان یا به قیمت تخفیف یافته، حق اولویت داده می‌شود.

من پالیسی هزینه‌های برنامه بریز پس از زمان رسمی مکتب (Bridges After-School Program fee policies) را خواندم و قبول دارم.

امضای والدین/سرپرست: _____ تاریخ: _____