

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

**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 از 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 شدن والدین، 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 نامناسب، 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 \_\_\_\_\_

نام مکمل طفل \_\_\_\_\_ 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 پیرامون حالت اضطرار: شاگرد تنها با امضای والدین/سرپرست و یا فردی که در زیر تعیین شده باشد، می تواند از برنامه مرخص گردد. اگر فرزندتان مریض باشد یا یک حالت اضطرار داشته باشد ووالدین/سرپرست قابل دسترس نباشد، فرزندتان به شخص تعیین شده برای حالت اضطرار، تسلیم داده می شود. شخص تعیین شده برای حالت اضطرار باید ۱۶ سال یا بیشتر سن داشته باشد. والدین/سرپرستها مکلف هستند تا هرگونه تغییر در اطلاعات حالت اضطرار را تجدید نمایند.

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

والدین/سرپرستها باید یک گزینه را انتخاب کنند

۱۰. در حالات اضطرار، زمانی که والدین یا سرپرست قابل دسترس نباشد، من به کارمندان مکتب اجازه می دهم تا برای ارائه خدمات صحتی/ مراقبت در شفاخانه به فرزندم، به شمول حمل و نقل وی در صورت نیاز، تدابیر لازم اتخاذ نمایند. اقدامات متذکره باید عادلانه صورت گیرد. من به داکتری که نامش در پائین ذکر گردیده است اجازه می دهم تا تمام مراقبت و خدمات صحتی ضروری را فراهم نماید. هرگاه داکتر قابل دسترس نباشد، من اجازه می دهم تا مراقبت و درمان توسط یک داکتر یا جراح دارای مجوز صورت گیرد. من موافقت 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 زنبورگزیدگی 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 مشکل جسمی دارد که اشتراک وی را در برنامه محدود سازد  نخیر  بلی (توضیح دهید) \_\_\_\_\_

۴. نیازهای خاص دارد  نخیر  بلی (توضیح دهید) \_\_\_\_\_  
 "من به حوزه تعلیمی و ارائه 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 مصارف یا درخواست مزایای کمک های صحتی. اطلاعات شریک شده محدود به اسناد خدمات صحتی می گردد."

امضای والدین/سرپرست: \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_ قرابت \_\_\_\_\_

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 تعلیمی، 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 پرورش‌گامی (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/scales2324.asp> مراجعه نمایید.

میزان واجد شرایط بودن را انتخاب کنید	درخواست کمک‌هزینه	جدول قابل تطبیق با درآمد افراد
<input type="checkbox"/> ماهانه 50 دالر - من قادر به پرداخت تمام هزینه (فیس) می‌باشم. <input type="checkbox"/> ماهانه 40 دالر - من قادر به پرداخت هزینه (فیس) تخفیف یافته می‌باشم. <input type="checkbox"/> ماهانه 30 دالر - من قادر به پرداخت هزینه (فیس) به قیمت پائین می‌باشم. <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> من قادر به پرداخت تمام یا قسمتی از هزینه پائین ترین نرخ (lowest rate)، نیستم. من تا 5 روز از زمان ارایه درخواست‌نامه، برای دریافت کمک هزینه به شماره 971 - 5933، به تماس می‌شوم. <input type="checkbox"/> من موافقت‌نامه کمک‌هزینه برای سال ۲۴-۲۳ را تکمیل نموده ام و می‌خواهم این موافقت‌نامه را برای هزینه سال ۲۵-۲۴ نیز تمدید کنم.	

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

- چک و حواله پولی را به حوزه تعلیمی 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, 575-2434
  - Carmichael Region - 4640 Orange Grove Ave, Sacramento 95841/ Room G3, (916) 971-7386
  - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H7, 725-6499
- 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](http://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 دوبر، نمی‌توان از چک به عنوان گزینه پرداخت هزینه استفاده نمود.

**برای ثبت‌نام، به شاگردان واجد شرایط طبق قانون مکین وینتو برای بی‌خانمان‌ها، جوانان پرورش‌گامی (Foster Youth)، شاگردان زبان آموز انگلیسی 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: \_\_\_\_\_