

San Juan Unified School District  
Bridges After-School Program

وروسته له ښوونځي د بريجيز پروگرام  
د نوم ليکنې لپاره غوښتنلیک 2025-2026



ښوونځی:	ښوونځی چې ماشوم پکې شامل دی		
نوم:	د زده کوونکي نوم		
زېږېدوځو:	د سرک آدرس:	ښار:	ایالت:
د ماشوم آدرس			
د زیږون نېټه			
ټولگی/ښوونځی			
ژبې چې پری خبری کوي:	نه	بلې	بایلینګول یا په دوه ژبو تسلط
یو هم نه	ښځینه	نارینه	جنس
والدین/سرپرست:			
اریکه:			
تلیفون:			
ایمیل آدرس یا برېښنالیک:			
والدین/سرپرست:			
اریکه:			
تلیفون:			
ایمیل آدرس یا برېښنالیک:			
په بريجيز کې د شامل خور يا ورور نوم؟ هو نه د خور يا ورور نوم او ښوونځی:			

**د لومړیتوب نوم لیکنه:** لومړیتوب به هغو زده کوونکو ته ورکړل شي چې د مک کيني-وینټو بی کرره مرستې قانون لاندې، د ځوانانو پالنه، انګلیسي زده کوونکي، او هغه زده کوونکي چې د وریا یا کم قیمت خوارو لپاره وړ وي. که ستاسو زده کوونکی د کوم لومړیتوب ګروپ لپاره وړ وي، مهرباني وکړئ دا ځای په نښه کړئ:



**برخه اخیسته:** د ښوونځي وروسته د بريجيز پروگرام (Bridges After-School) د ټولو هغو زده کوونکو لپاره شتون لري چې غواړي ګډون وکړي او د لومړیتوب غوښتنه کولو وروسته د لومړي راشي، لومړی خدمت په اساس وړاندې کيږي. د پروګرام ګډون د ټولو پالیسيو او لارښوونو اطاعت ته اړتیا لري لکه څنګه چې لاندې تشریح شوي. والدین / سرپرستان اړ دي چې د ښوونیز کال په پیل کې د والدینو د لارښوونې په غونډه کې ګډون وکړي.

**حاضري:** پروګرام د ښوونځي د ورځې له پای څخه لږترلږه د ماښام تر 6:00 بجو پورې کار کوي. که چیرې یو زده کوونکی غیر حاضر وي، مور او پلار اړ دي چې د دودیز ښوونځي د ورځې کارمندانو سره خبره د بريجيز د پروګرام کارمندانو ته هم خبر ورکړي. د 10 ورځو بی عذره غیرحاضريو درلودل خورا ډیر ګڼل کیدی شي. زده کوونکي ممکن یوازې د برنامې وخت پای ته رسېدو دمخه کور ته لاړ شي که چیرې د بريجيز وروسته له ښوونځي پروګرام د وخته رخصتیږو د پالیسي سره سم وي.

**د زده کوونکي کور ته بول:** زده کوونکي باید د بريجيز وروسته له ښوونځي پروګرام د ورځې په پای کې ژر تر ژره کور ته لاړ شي. که چیرې یو زده کوونکی د پروګرام په پای کې نه وي بول شوی، د بريجيز کارمندان به د مور او پلار/سرپرست او د بېرنيو اړیکو په توګه ټاکل شوي اشخاصو سره اړیکه ونیسي. د بريجيز پروګرام کولی شي یو زده کوونکی د 3 ناوخته پورته کولو وروسته له برنامې څخه ګوښه/لری کړي.

**د زده کوونکي چلند:** ټول زده کوونکي باید د سن وان یونیفایډ ښوونیزې حوزې د ښوونځي مقررات او د بريجيز پروګرام نورې اضافي پالیسي تعقیب کړي. د ګډوډۍ باعث چلند، د نورو زده کوونکو یا کارمندانو په وړاندې د بی احترامی چلند یا چلند چې د خوندیتوب اندېښنه رامینځته کوي د ګوښه کیدو لامل دی. د بريجيز پروګرام کارمندان به خبرتیا ورکړي او/یا والدین/سرپرست د چلند په مداخلو کې چې پېښېږي شامل کړي. دا هڅول کيږي چې والدین/سرپرست د بريجيز د کارمندانو سره د هر ډول چلند په اړه او اندېښنو په اړه د پروګرام د کورډیناتور سره شریک او پری بحث وکړي. \* د بريجيز پروګرام په تاوتریخوالي، نشه یي توکي، نژادي سپکاوی، جنسي خورونه، نامناسب لمس کول یا د نورو په وړاندې د شخصي فشارونو زغم نه نلری. که چیرې د دې پېښو څخه کومه پېښه رامینځ ته شي، په سمدستي توګه به انضباطي اقدام وشي او پایله یې د پروګرام د لغوه کیدو باعث کیدی شي.

ما پورته ټول معلومات ولوستل او پوه شوم. په دې سند کې زما لاسلیک سره، زه موافق یم چې د بريجيز ټولو پالیسيو او لارښوونو ته غاړه کېږدم او زما د زده کوونکي ماشوم سره مرسته وکړم چې د بريجيز پروګرام لارښوونو باندې پوه او تعقیب یې کړي.

د بريجيز پروګرام لپاره تمویل ته اړتیا ده چې د برخه اخیستونکو زده کوونکو لپاره احصایوي معلومات راټول او راپور ورکړل شي. ارزونکي معلومات پټ ساتي او د انفرادي ماشومانو په اړه هېڅ معلومات ندي راپور شوي. د والدینو نومونه، د زده کوونکو نومونه او د پېژندنې ټول معلومات به پټ ساتل کيږي او د مطالعي په کوم چاپ شوي راپور کې به نه وي.

د نوم لیکنې لپاره د بريجيز پروګرام په غوښتنلیک کې زما لاسلیک سره، زه د دې سند تر لاسه کول منم او د احصایوي معلوماتو محرم راټولولو او راپور ورکولو سره موافق یم او خپل رضایت ښکاره کوم.

د مور پلار/سرپرست لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

**STAFF USE ONLY**

Returning ELO-P or 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 \_\_\_\_\_

د ماشوم بشپړ نوم: \_\_\_\_\_ د زېږېدو نېټه: \_\_\_\_\_

کورني تېلفون: \_\_\_\_\_ موبایل شمېره: \_\_\_\_\_ د بل تېلفون شمېره: \_\_\_\_\_

ادرس/پته: \_\_\_\_\_ هغه څوک چې ماشوم اوسېږي له: \_\_\_\_\_

والدين/قانوني سرپرست: \_\_\_\_\_ د ماشوم سره اړيکه: \_\_\_\_\_

وظیفه ورکونکي: \_\_\_\_\_ د کاروبار شمېره: \_\_\_\_\_

والدين/قانوني سرپرست: \_\_\_\_\_ د ماشوم سره اړيکه: \_\_\_\_\_

وظیفه ورکونکي: \_\_\_\_\_ د کاروبار شمېره: \_\_\_\_\_

**پېرني معلومات:** زده کوونکي به يوازې د والدينو/قانوني سرپرست يا د لاندې ټاکل شوي شخص په لاسليک کولو سره له پروگرام څخه رخصت او دوي ته وسپارل شي. که ستاسو ماشوم ناروغه وي يا بېرني ستونزه ولري او له والدينو يا قانوني سرپرست سره اړيکه ونه نيول شي، نو ستاسو ماشوم ممکن ټاکل شوي بېرني اړيکې ته وسپارل شي. د بېرني اړيکې لپاره ټاکل شوی کس بايد لږ لږ ۱۶ کاله عمر ولري. والدين/قانوني سرپرستان اړ دي چې د بېرني تغيرونو په صورت کې معلومات تازه کړي.

**بېرني اړيکې: (لږ تر لږه دوه اړين دي)**

نوم	رشته يا اړيکه	د کور د تېلفون شمېره	د کور د موبایل شمېره

**مور او پلار / سرپرست بايد يو په نښه کړي**

۱. په بېرني حالت کې، کله چې مور او پلار يا سرپرست شتون نلري، زه د ښوونځي پرسونل ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم لپاره د طبي / روغتون پاملرنې، د اړين ترانسپورت په شمول، د دوی د غوره قضاوت سره سم ترتيب کړي. ما لاندې نومول شوي ډاکټر ته اجازه ورکړه چې داسې پاملرنه او درملنه وکړي لکه څنګه چې اړينه ګڼل کېږي. په هغه حالت کې چې ډاکټر شتون نلري، زه اجازه ورکوم چې دا ډول پاملرنې او درملنه د جواز لرونکي ډاکټر يا جراحي لخوا ترسره شي. زه موافق يم چې د پورتي قضيې په پايله کې ټول لګښتونه ناديه کړم.
۲. زه پورتي وينا نه غوره کوم او د بېرني حالت په صورت کې د لاندې عمل غوښتنه کوم:

د ډاکټر نوم \_\_\_\_\_ د تېلفون شمېره: \_\_\_\_\_

روغتيايي بيمه: \_\_\_\_\_ د پېژند پانې يا آيډي نمبر: \_\_\_\_\_

**ليد يا نظر:**  عینکې استفاده کوي  ليز استفاده کوي  هر وخت د اغوستلو لپاره ترجیحي ناستې ته اړتیا لري  د سترګو د وروستي ازموینې نېټه: \_\_\_\_\_

اوریدل:  د اوریدلو ستونزه لري  په غوږونو کې ټیوب لري  د اوریدلو وسیله کاروي  ترجیحي ناستې ته اړتیا لري

**عمومي روغتیا:** ۱. ذکرشوی حالتونه لري:  د سا بندیل  عصبي ناروغي  بې هوښه کېدل  د شکر ناروغي  میړکي  ADHD  میګرین

د مجیو د چیچلو سره حساسیت، عکس العمل (وضاحت) \_\_\_\_\_ نور \_\_\_\_\_ د زړه تکلیف  حساسیت \_\_\_\_\_

۲. د وړاندیز شوو درملو لیست: \_\_\_\_\_ اوسنۍ ډوز: \_\_\_\_\_

د (تشخیص) لپاره: \_\_\_\_\_ د ډاکټر لخوا وړاندیز شوی: \_\_\_\_\_ د تېلفون شمېره: \_\_\_\_\_

۳. یو فزیکي حالت لري چې ګډون یې محدودوي  نه  هو (تشریح کړئ): \_\_\_\_\_

۴. ځانګړې اړتیاوې لري  نه  هو (تشریح کړئ): \_\_\_\_\_

"زه د خپل ماشوم د طبي معلوماتو د خپرولو اجازه ورکوم ۱. د ښوونځي ښوونیزې حوزې لخوا او د بلینګ اجنټ ته د خدماتو چمتو کونکي او ۲. د ښوونیزې حوزې لخوا زما د بيمې وړونکي ته د ادعا پروسس کولو يا د طبي مرستې کتو تادیه کولو غوښتنه کولو لپاره. شریک شوي معلومات به يوازې د روغتیا خدماتو اسنادو پورې محدود وي."

د والدينو/سرپرست لاسليک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

چاپي نوم: \_\_\_\_\_ د ماشوم سره اړيکه: \_\_\_\_\_