SALEM-KEIZER
PUBLIC SCHOOLS

د کورنۍ چمتووالی

معلومات او منابع

د اپدیټ شوو منابعو لپاره شا ته وګورئ

د اوریګان قانون مرکز او لاتینو شبکې لخوا راټول شوي
معلومات، نسخه *2.0* | جون *2025*

دننه څه شی دی

- د هغه څه لنډیز چې زده کوونکي به یې زده کړي
- د زده کړې موخې او د زده کوونکي د ښوونې موخې
- د ولي/سرپرست د ځان د ټاکلو ګټې (که نه وي)
- د زده کړې فعالیتونه او د کور دندې
- د ارزونې میتودونه
- د زده کړې منابع او مواد
- د ParentVUE په کارولو سره د زده کوونکي د زده کړې څارنه

د مهمو اسنادو چک‌لیست

هره کورنۍ باید د بیړني حالت لپاره چمتو وي. میندې او پلرونه ممکن وغواړي د خپلو ماشومانو د پالنې پلان جوړ کړي که چیرې دوی ونیول شي، له هېواده وشړل شي، معذور شي، یا د کوم بل دلیل له امله د یوې مودې لپاره نه وي موجود.

د باوري شخص نوم: _____

اوس دا اسناد راټول کړئ، په یوه خوندي ځای کې یې وساتئ، او محرمیت ته یې پاملرنه وکړئ

- O د ماشوم د اپدیت شوي -وونیز بیړني اړیکو معلومات
- O د ماشوم درمل او ځای
- O د ماشوم د واکسینیشن ریکارډونه
- O د ماشوم د زیږون تصدیق نامه (د متحده ایالاتو یا بل هیواد څخه)
- O د ماشوم پاسپورټ (د پای ته رسیدو نېټه ومومئ او موجوده وساتئ)
- O د ماشوم د ټولنیزې امنیت کارت (سوشیل سیکروتی کارت)
- O د والدینو/سرپرست ځواکمنې سپارنه
- O د اړوند پالونکي شاهدنامه
- O مهم ټیلیفون شمیرې او نور اړیکو معلومات
- O والدین باید یو بریښنالیک ادرس یا بل ټولنیز رسنۍ حساب فعال کړي چې د نړۍ په هر ځای کې لاسرسی ورته وشي

نور توکي چې راټول او خوندي وساتل شي

- O اضافي کلیزې د کور، موټر(ونو)، خونې، او پوستي بکس لپاره
- O مالي معلومات
- O د بانک حسابونو ته د لاسرسي لپاره شاهدنامه
- O طبي اسناد
- O د موټر اسناد
- O د کور سرلیک
- O د ژوند امانتونه (Living Trusts)

نور سپارښتنې

- O د خوندي ایډنټ ځای لپاره پته وټاکئ
- O د کورنۍ کوډ کلمه یا جمله وټاکئ
- O د ماشوم ټیلیفون کې د بیړني اړیکو شمیرې اضافه کړئ

د دایرکټري معلوماتو د خوشې کولو پر ضد اعتراض

فقط هغه صورت کې بشپړ کړئ که تاسو غواړئ د دایرکټري معلوماتو افشا کول محدود کړئ

دایرکټري معلومات د شخصي پېژندنې وړ معلومات دي چې په تعلیمي ریکارډ کې موجود وي او عمومًا که خوشې شي، دا به نه د زیان رسوونکې ډول کېږي او نه د شخصي حریم سرغړونه وي. د ښوونځي په توګه د زده کونکي نوم؛ د والدین/سرپرست نوم، برېښنالیک او تلیفون نمبر؛ د زده کونکي برېښنالیک؛ او انځور. دغه فورمه یوازې د اوسنۍ ښوونیز کال لپاره د ننوړځې څخه پر مخ اعتبار لري.

اختیارات (انتخابونه) - هیڅ محدودیت نه دی

د ولسوالۍ لپاره د دایرکټري معلومات خوشې کول ممکن دي. تاسو اړتیا نه لرئ چې دغه فورمه بشپړه کړئ.

محدود محدودیت

د ولسوالۍ لپاره د دایرکټري معلومات خوشې کول ممکن دي، مګر پرته له دې چې ټول هغه څه چې تطبیق کېږي چیک کړئ):

☐ **هیڅ ښوونیزه ډایرکټري/ښوونیزې اړیکې سازمانونه – زه نه غواړم** زما نوم، زما د زده کونکي نوم یا کومه د کورنۍ اړیکه د ښوونیزو سازمانونو لکه PTA او بوډټر کلبونو ته خوشې شي. زه پوهیږم چې دې معنا لري چې زما زده کونکی به په ښوونیزه ډایرکټري کې شامل نه شي.

☐ **د کال کتاب/ټولګي انځورونه نه کارول– زه نه غواړم** زما د زده کونکي انځور یا نوم په کال کتاب یا په رسمي ټولګي انځورونو کې ونه کاروه شي.

☐ **هیڅ تبلیغات – زه نه غواړم** زما د زده کونکي انځور، ویډیو یا نوم د ښوونځي، یا ولسوالۍ ویب پاڼې/ټولنیزو رسنیو، یا په کومه ولسوالۍ خپرونه کې چې د ولسوالۍ لخوا جوړ شوی او د خلکو لپاره لاسرسي ته وړاندې شوی، وکارول شي. د دې پورې چې ولسوالۍ ښوونیزو پروګرامونو او موضوعاتو په اړه د خبرې رسنیو لخوا د لاسرسي کنټرول لري، زه نه غواړم چې خبرې رسنۍ زما زده کونکی د نوم، مرکې، انځور، یا ویډیو له لارې وپېژني.

مکمل محدودیت

☐ **هیڅ معلومات – ولسوالۍ نه شي کولی** د زما زده کونکي په اړه هیڅ دایرکټري معلومات خوشې کړي. زه پوهیږم چې دې معنا لري چې د زما زده کونکي په اړه معلومات او انځورونه به په هیڅ ښوونیزه خپرونه کې چې د خلکو لپاره خپرېږي لکه کال کتابونه، رسمي ټولګي انځورونه، سپورټونه، موسیقي، ډرامه یا فارغ التحصیلۍ پروګرامونه، او د ویاړ لیستونه ونه ښکاري. دا هم معنا لري چې زما نوم او اړیکه معلومات، او د زما زده کونکي نوم، ښوونیز PTO یا نور والدین/سرپرستګروپ ته نه ورکول کېږي، چې ممکن د زده کونکي ډایرکټري خپره کړي. دا هم معنا لري چې زما د زده کونکي انځور او غږ به د ښوونځي ویب پاڼې، ښوونکي ویب پاڼې یا په کومه خپرونه کې چې د ولسوالۍ لخوا تولید شوي او د خلکو لپاره لاسرسي ته وړاندې شوي ونه ښکاري.

دا ټولو محدود انتخاب دی. که تاسو غواړئ چې ستاسو زده کونکي په کال کتاب یا ټولګي انځور کې شامل شي، په موسیقي یا ډرامه پروګرام کې پېژندل شي یا په ټیم راټیر کې لیست شي، نو مهرباني وکړئ دغه انتخاب ومنئ. بلکه، پورته محدود انتخابونه انتخاب کړئ.

مهرباني وکړئ لاسليک وکړئ او يوازې که تاسو پورته اختيارات لوستي او پوه شئ، دښوونځي دفتر ته يې ېپرته راواستوئ.

د زده کونکي نوم: _____ د زيږون نېټه: _____

د والدين/سرپرست نوم: _____ښوونځی: _____

د والدين/سرپرست لاسليک: _____ **نېټه:** _____

Office: Record in Synergy and file in student's cumulative file

OBJECTION TO RELEASE OF DIRECTORY INFORMATION

Complete only if you wish to restrict the disclosure of directory information

Directory information is personally identifiable information in an education record which generally would not be considered harmful or an invasion of privacy if released. Examples include student name; parent/guardian name, email and telephone number; student email; and photograph. This form is valid from this day forward for the present school year only.

OPTIONS - NO RESTRICTION

The district may release directory information. You do not need to complete this form.

LIMITED RESTRICTION

The district MAY RELEASE directory information, EXCEPT (check all that apply):

☐ **No School Directory / School-Related Organizations – I do not** want my name, my student's name or any family contact information released to school-related organizations such as the PTA and booster clubs. I understand that this means my student will not be included in a school directory.

☐ **No Yearbook / Class Photos Use** – I **do not** want my student's photograph or name to appear in the yearbook or in official class photos.

No Publicity – do not want my student's photograph, video or name to be used on the school, or district website, social media, or in any district publication produced by and made available to the public by the district. To the extent that the district controls access by news media reporting on school programs and topics during school hours, I do not want the news media to identify my student by name, interview, photograph, or video.

COMPLETE RESTRICTION

No Information the district **may not release** any directory information about my student. I understand that this means that information about and pictures of my student will not appear in any school publications that are made public such as yearbooks, official class photos, athletics, music, drama or graduation programs, and honor lists. It also means that my name and contact information, and my student's name, will not be provided to the school PTO or other parent/guardian group, which may publish a student directory. It also means that my student's image and voice will not appear on the school website, a teacher website or in any publication produced by and made available to the public by the district.

This is the most restrictive option. Selecting this option restricts the school and district from releasing any personally identifiable directory information about a student, including basic details like their name or photo. DO NOT select this option if you wish your student to be in the yearbook or class photo, identified in a music or drama program or listed in a team roster. Instead, check one or more of the Limited Opt Out options above.

Please sign and return to the school office only if you have read and understand the options above.

Print Student Name: _____ Date of Birth: _____

Print Parent/Guardian Name: _____ School: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Office: Record in Synergy and file in student's cumulative file

د والدینو/سرپرست دHواکمذ I (واک) سپارنه

دا سپارنه یو بل شخص (چې "حقوقي استازی" بلل کېږي)Lاکي ترHو د یو کوچني ماشوم/ماشومانو په اړه د والدین یا قانوني سرپرست پر 8ای پرېکړې وکړي. **"حقوقي استازی" هر باوري شخص کېدلی شي او اړتیا نشته چې حتماً یو وکیل وي**. دا د محکمې حکم نه دی، خو ډېری خلک او اداري دا د منلو وړMاي، کهHه همLول یې نه مني، چې دا شخص د ماشوم/ماشومانو لپاره قانوني پرېکړې کولی شي.

د والدین/سرپرست واکونو د سپارلو او لغوه کولو لپاره، د راتلونکو پاMو د ډکولو وړ فورمونه Mاوړئ.

د والدين واکونو د سپارلو فورمه

د دې فورم ترلاسه کوونکي ته يادونه :د ORS 109.056له مخې، د يوه کوچني ماشوم والدين يا سرپرست کولی شي د شپږو مياشتو لپاره)او يا د =وونځي مدير په حالت کي د ۱۲ مياشتو لپاره (د والدين واکونه بل شخص ته وسپاري .که تاسو د دې فورم يو لاسليک شوی کاپي ترلاسه کړئ، بايد په دې فورم کي نومول شوي شخص ته اجازه ورکړئ چې د ماشوم لپاره پرېکړې وکړي .که تاسو د خپلو مسوولیتونو په اړه پو=تنې لرئ، مهرباني وکړئ له يوه وکيل سره مشوره وکړئ .

د والدين يا سرپرست تصديق

زه تصديق کوم چې زه)بشپړ قانوني نوم): _____د لاندې ذکر شويو کوچني ماشومانو قانوني والدين يا سرپرست يم:

ماشوم #1بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه
ماشوم #2بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه
ماشوم #3بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه

د واک سپارل

د ORS 109.056له مخې، زه د پورته ذکر شويو ماشومانو د والدين واکونه لاندې شخص ته سپارم:

بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه
برې=نالیک (ايميل)	د تليفون شمېره

العنوان

زه پورته ذکر شوی شخص د خپل "حقوقي استازي "په توh]اکم .دا شخص کولای شي د دې فورم له مخې د ماشومانو لپاره لاندې واکونه ترسره کړي *)ټول مناسبه اختیارونه وټاکئ :(*

☐ **طبي واک :**نومول شوی شخص کولی شي د ماشومانو لپاره ټول طبي پرېکړې وکړي، پشمول د منظمې طبي پاملرنې، غا=ونو پاملرنې، بيړني طبي خدماتو او نورو اړوندو طبي پرېکړو .دا شخص به د ماشومانو د]ولو طبي او غا=ونو اسنادو ته لاسرسی ولري .

☐ **تعليمي واک :**نومول شوی شخص کولی شي د ماشومانو لپاره ټولې تعليمي پرېکړې وکړي، پشمول د =وونځي داخله، د =وونځي فعاليتونو کيhدون، او د ماشوم د تعليمي اسنادو ترلاسه کول .

☐ **حکومتي اسنادو ته لاسرسی :**نومول شوی شخص کولی شي د ماشومانو حکومتي ادارو او د قانون پلي کولو ادارو اسناد وoپړي او

ترلاسه کړي، لکه oپه چې یو والدین یا قانوني سرپرست کولی شي .

☐ **نور واکونه** :زه نومول شوي شخص ته لاندې حانpړي واکونه هم ورکوم)*ولیکئ* :(*ولته*

دا سپارنه نومول شوي شخص ته اجازه نه ورکوي چې د ماشوم واده یا فرزندیتوب ته رضایت ورکړي .

د واک موده

زه نومول شوي شخص ته اجازه ورکوم چې پورته ذکر شوي پرېکړې د لاندې مودې لپاره وکړي (*یو انتخاب و[اکئ*):

☐ له نن ورځې oخه شپږ میاشتې

☐ د داسې پې=ې پر وخت چې زه ونیول شم، جلا وطنه شم، یا ناتوانه شم، د شپږو میاشتو لپاره .زه دا واک هر وخت لغوه کولی شم .

☐ زما د فعال پوځي خدمت پر مهال، جمع ۳۰ ورځې .

☐ د ۱۲ میاشتو لپاره، **که** دا فورمه یوازې د =وونځي مدیر ته د تعلیمي پرېکړو واک ورکولو لپاره وي .

.زه دا حق لرم چې دا واک هر وخت لغوه کړم

_____

نیټه

_____ _____

د والدین یا سرپرست نوم د والدین یا سرپرست لاسلیک

زه، لاندې نومول شوی شخص، د دې فورم له مخې راته سپارل شوی واک قبلوم او ژمنه کوم چې د نومول شوي ماشوم لپاره د "حقوقي استازي "په تو۸ه عمل وکړم .

_____ _____

د حقوقي استازي نوم د حقوقي استازي لاسلیک

Delegation of Parental/Guardian Power

The Delegation designates another person (called the “attorney-in-fact”) to make decisions regarding a minor child/ren in lieu of the child/ren’s parent or legal guardian. **The “attorney-in-fact” can be any reliable person and does not have to be a lawyer.** It is not a court order. It is accepted by many, but not all, people or organizations as proof that the person has the legal right to make decisions for the child/ren.

Go to the next pages for the fillable forms for Delegation and Revocation of Parental / Guardian Powers.

Delegation of Parental Powers Form

Notice to person receiving this form: ORS 109.056 allows a parent or guardian of a minor child to delegate parental powers to another person for six months (or 12 months if the person is a school administrator) using a delegation of parental authority. If you receive a signed copy of this form, you must allow the person named in this form to make decisions for the minor named in this form. If you have questions about your responsibilities upon receiving this form, please talk to a lawyer.

Parent or Guardian Certification

I certify that I (full legal name): _____am the legal parent or guardian of the following minor children:

_____ _____
Child #1's full legal name Date of birth

_____ _____
Child #2's full legal name Date of birth

_____ _____
Child #3's full legal name Date of birth

Delegation of Powers

Pursuant to ORS 109.056, I delegate parental powers for the above-named children to:

_____ _____
Full legal name Date of birth

_____ _____
Email Phone number

_____
Address

I designate the above-named person to be my attorney-in-fact. This person may exercise the following parental powers for the children named in this form (*select all that apply*):

☐ **Medical authority.** The person named in this form may make all medical decisions, including routine care, dental care, emergency care, and other medical decisions, for the children named in this form. This person shall have access to all medical and dental records for the minor children named in this form.

☐ **Educational authority.** The person named in this form may make all educational decisions, including enrolling the children in school and attending school activities, for the children named in this form. This person shall have access to all educational records for the minor children named in this form.

☐ **Access to government records.** The person named in this form may inspect and receive governmental agency and law enforcement records concerning the children named in this form to the same extent as the parent or guardian.

☐ **Other authority.** I also grant the person named in this form the following specific powers *(write-in)*:

This delegation does not include the power or authority of the person named in this form to consent to the minor child/ren's marriage or adoption.

Length of Authority

I give permission for the person named in this form to make the above decisions for my child for (*choose one)*:

☐ Six months from the date this form is signed.

☐ For a period not to exceed six months, beginning upon the occurrence of arrest, deportation, incapacity, or similar event that renders the above-mentioned minor child/ren without an available parent or legal guardian, and ending six months from that date. I reserve the right to revoke this authority at any time.

☐ Through my active military duty period, plus 30 days.

☐ For 12 months from the date this form was signed, IF this form is only being used to give a school administrator permission to make educational decisions for the minors named above.

I reserve the right to revoke this authority at any time.

_____
Date

_____ _____
Name of parent or guardian Signature of parent or guardian

I hereby accept the powers granted to me in this form and agree to act as attorney-in-fact for the minor named in this form.

_____ _____
Name of attorney-in-fact Signature of attorney-in-fact

د والدين واک لغوه کولو فورمه

د دې فورم ترلاسه کوونکي ته يادونه :که تاسو دا فورم ترلاسه کړئ، نو پدې معنا ده چې نومول شوي حقوقي استازی نور نشي کولای د ماشومانو لپاره پرېکړې وکړي .دا شخص نشي کولای نور د ماشومانو معلومات يا اسناد ترلاسه کړي .که تاسو دې شخص ته له ان]رنې]ي سايې]ونو، اپليکېشنونو، يا نورو وسايلو له لارې لاسرسی ورکړی وي، مهرباني وکړئ د دې شخص اجازي بيا وoېړئ ترoو ډاډ ترلاسه کړئ چې نور د ماشومانو معلوماتو ته لاسرسی نه لري .که تاسو د دې فورم ترلاسه کولو وروسته کومې پو=تنې لرئ، مهرباني وکړئ له يوه وکيل سره مشوره وکړئ .

زه، (د *والدين يا سرپرست نوم*) : _____په رسمي ډول

(د *حقوقي استازي نوم*)ته ورکړل شوی د والدينو د واک سپارنه لغوه (لغو)کوم

_____للأطفال د لاندې

کوچني ماشومانو لپاره:

ماشوم #1بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه
ماشوم #2بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه
ماشوم #3بشپړ قانوني نوم	د زيږون نې]ه

د پورته نومول شوي شخص واک چې د حقوقي استازي په تoه زما لپاره عمل وکړي، په لاندې ذکر شوي نېټه لغوه کيږي .

_____

نيټه

د والدين يا سرپرست نوم	د والدين يا سرپرست لاسليک

Revocation of Parental Authority Form

Notice to person receiving this form: If you receive this form, the attorney-in-fact named in this form may not continue to make decisions for the minor children named below. This person may not continue to receive information or records related to the children. If you previously gave this person access to records through a website, app, or online portal, please review this person's permissions to ensure they no longer have access to the children's private information and records. If you have questions about your obligations upon receiving this form, please talk to a lawyer.

I *(name of parent or guardian):* _____hereby

revoke (cancel) the delegation of parental authority granted to *(name of attorney-in-fact):*

_____for the following minor children:

_____	_____
Child #1's full legal name	Date of birth
_____	_____
Child #2's full legal name	Date of birth
_____	_____
Child #3's full legal name	Date of birth

The above-named person's authority to act as attorney-in-fact for me is revoked on the date listed below.

_____
Date

_____	_____
Name of parent or guardian	Signature of parent or guardian

د ماشوم مهم معلومات

Child's Important Information

دا معلومات وساتئ ترڅو هغه کسان چې ستاسو د نه موجودیت پر مهال د ماشوم پاملرنه کوي،ټول اړین معلومات ولري. د هر ماشوم لپاره یو فورم ډک کړئ. که اړتیا وي، نورې کاپیانې جوړې کړئ.

Keep this information so those you designate to care for your child in your absence have all the information they need. Fill out one for every child. Make more copies as needed.

Primary Information لومړني معلومات	
د ماشوم نوم Child's Name	
د ماشوم د زیږون نېټه او عمر Child's Date of Birth and Age	
د ماشوم موبایل شمیره Child's Cell Phone	
د ماشوم پته Child's Address	
د ماشوم وروڼه/خویندې او د هغوی ښوونځي Child's Siblings and Their School(s)	
د ماشوم ښوونځی Child's School	
د تلیفون شمېره او پته Phone and Address	
د تلیفون شمیره Phone	
مدیر/پرنسپل Principal	
ښوونکي Teacher(s)	
ټولګي شمیره Classroom Number	
ټولګي کچه Grade Level	

د زده کوونکي د پیژندنې شمېره Student ID Number	
ایا ماشوم IEP یا 504 پلان لري؟ دښوونځي د ملاتړ پلانونو کاپي شامل کړئ. Does the child have an IEP or 504? Include copies of school support plans.	
ایا ماشوم د ELL یا نورو خدماتو اړتیا لري؟ دښوونځي د ملاتړ پلانونو کاپیاني شاملې کړئ. Does the child have ELL or other services? Include copies of school support plans.	.
دښوونځي له پای وروسته برنامه After School Program	
پته Address	
د پروګرام د اړیکې کس نوم After School Program Contact Name	
د تلیفون شمېره Phone	
نور کمپ/لوبې/برنامې Other Camp/Sports/Program	
د تلیفون شمېره Phone	

لومړني معلومات – دو Primary Information Continued	
ماشوم ښوونځي او فعاليتونو ته څنګه ځي او ېږته راځي؟ How does child get to/from school and activities?	
څوک دښوونځي او/يا بس تمځي څخه د ماشوم د اخيستو اجازه لري؟ Who is authorized to pick up child from school and/or bus stop?	
الرژي (حساسيتونه) Allergies	
غذايي اړتياوې (د خوړو اړتياوې) Dietary Needs	
طبي شرايط يا حالتونه Medical Conditions	
طبي پروتوکولونه او لارښوونې Medical Protocols and Instructions	
درمل او دوزونه Medications and Dosages	
د طبي صلاحيت واک Medical Power of Attorney	
ډاکټر Doctor	
د تليفون شمېره Phone	
پته Address	
درملتون Pharmacy	
د دماغي روغتيا مشاور يا معالج Mental Health Therapist	

د روغتیا بیمې شرکت Health Insurance Company	
د روغتیا بیمې شرکت ګروپ شمېره Health Insurance Company Group Number	
د غاښونو ډاکټر Dentist	
د تلیفون شمېره Phone	
پته Address	
د غاښونو بیمې شرکت Dental Insurance Company	
د غاښونو بیمې شرکت ګروپ شمېره Dental Insurance Company Group Number	

د کورنۍ معلومات – د هرې کورنۍ لپاره یو فورم

Family Information – One per Family

د بیړني حالت شمیرې او مهم د اړیکې معلومات Emergency Numbers and Important Contact Information	
مور/والدین/سرپرست نوم Mother/Parent/Guardian Name	
د کور تلیفون (د هیواد کود سره) Home Phone (with Country Code)	
د موبایل شمېره (د هیواد کود سره) Cell Phone (with Country Code)	
د وټس اپ شمېره WhatsApp Number	
د فېسبوک مېسنجر نوم Facebook Messenger Name	
د کار پته Work Address	
د کار شمېره Work Phone	
پلار/والدین/سرپرست نوم Father/Parent/Guardian Name	
د کور تلیفون (د هیواد کود سره) Home Phone (with Country Code)	
د موبایل شمېره (د هیواد کود سره) Cell Phone (with Country Code)	
د وټس اپ شمېره WhatsApp Number	
د فېسبوک مېسنجر نوم Facebook Messenger Name	
د کار پته Work Address	
د کار شمېره Work Phone	

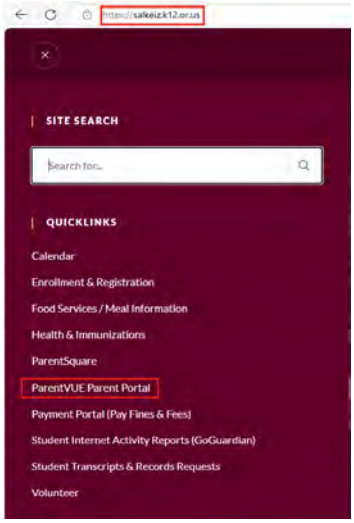
ژوندي نيکه او نيا (نيکونه) Living Grandparents	
د تليفون شمېره او پته Phone and Address	
د پاملرنې اړتياوې Care Needs	
نور د بيړني حالت اړيکې او اړيکه (نسبت) Other Emergency Contact and Relationship	
د تليفون شمېره او پته Phone and Address	
د بيړني حالت کې بله اړيکه Other Emergency Contact	
د تليفون شمېره او پته Phone and Address	
په متحده ايالاتو کې بله د بيړني حالت اړيکه Other Emergency Contact in United States	
د تليفون شمېره او پته Phone and Address	
په اصلي هيواد کې بله د بيړني حالت اړيکه Other Emergency Contact In Origin Country	
د تليفون شمېره (د هيواد کود سره) او پته Phone (with Country Code) and Address	

نور متفرق معلومات Miscellaneous Information	
د موټر کمپنی / ماډل Car Make / Model	
د جواز پلیټ نمبر License Plate Number	
د موټر بیمې شرکت Car Insurance Company	
د موټر بیمې شرکت د اجنټ نوم Car Insurance Company Agent Name	
د موټر بیمې شرکت اجنټ تلیفون Car Insurance Company Agent Phone	
د بیمې د پالیسۍ شمیره Insurance Policy Number	
وکیل / غیر انتفاعي حقوقي خدماتو چمتو کونکی Attorney/Non-Profit Legal Services Provider	
پته Address	
تلیفون Phone	
د ژوند بیمې پالیسي شمیره / معلومات Life Insurance Policy Number / Information	
ګټه اخیستونکي Beneficiaries	
د کورنیو څارویو معلومات – نوم(ونه)، وترنر ډاکټر، او نور Pet Information - Name(s), veterinarian, etc.	
د پستی صندوق شمېره، کیلي، او ځای P.O. Box Number, Keys, and Location	
د پن کوډ (مالي) PIN Code (Financial)	

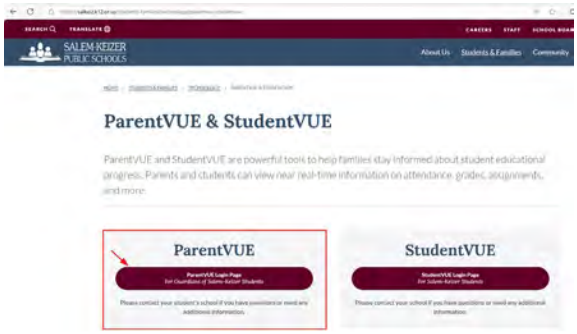
د موبایل/تلیفون پن کوډ(ونه) PIN Code for Phone(s)	
د SNAP کارت معلومات / ځای SNAP Card Information / Location	
د TANF کارت معلومات / ځای TANF Card Information / Location	
د ماشوم خوښی خواړه، لوبتکی، او نور Child's Favorite Food, Toy, etc.	
د کورنۍ عکسونه Family Photos	

په ParentVUE کې د آنلاین راجستریشن په کارولو سره د اړیکو معلوماتو تازه کول

1. د سیلم-کیزر ولسوالۍ ویب پاڼې ته لاړ شئ: https://salkeiz.k12.or.us
   a. د لټون ډګر (Search) کلیک کړئ او ParentVUE Parent Portal وټاکئ.

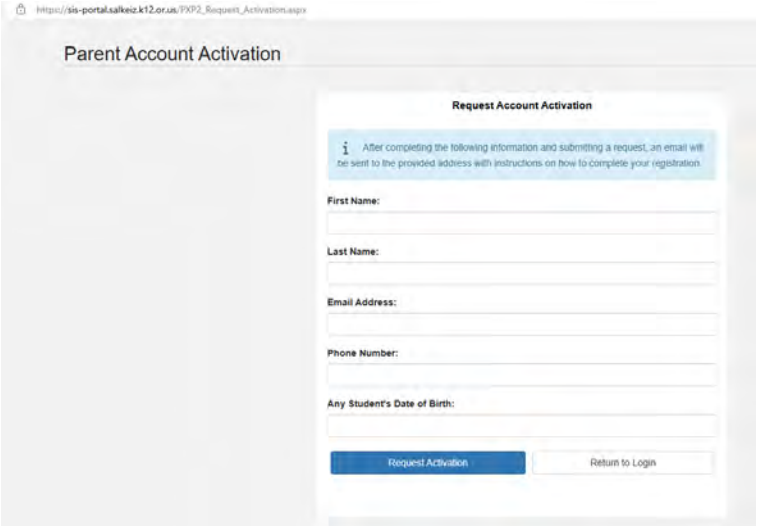


2. **ParentVUE** غوره کړئ او خپل حساب ته ننوځئ.



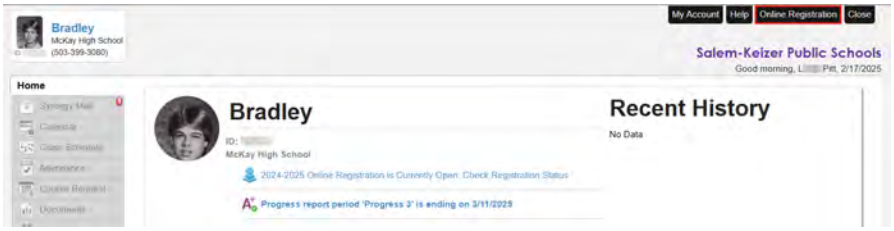
3. خپل کارنوم (Username) او رمز (Password) دننه کړئ.
   a. که تاسو خپل حساب نه وي فعال کړی او د فعالولو کیلي (Activation Key) نه لرئ، "Existing Parent Request Activation Key" وټاکئ.

b. د **حساب فعالولو غوښتنه (Request Account Activation)** ډکه او وسپارئ.

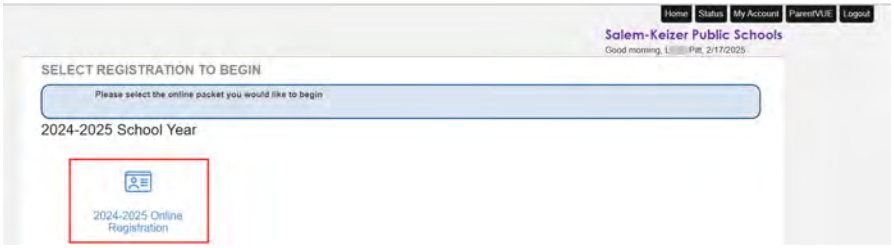


c. تاسو ته به د برېښنالیک له لارې لارښوونې واستول شي ترڅو خپل حساب بشپړ کړئ.

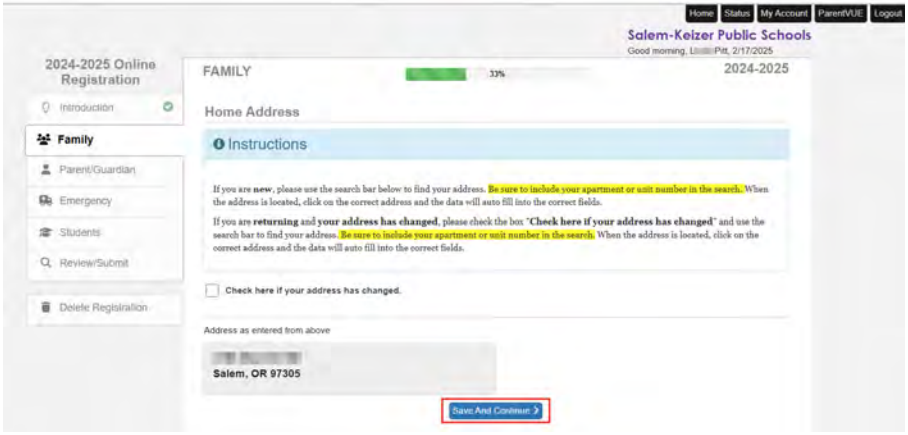
4. کله چې تاسو ParentVUE ته ننوځئ، په **آنلاین راجستریشن (Online Registration)** کلیک کړئ.



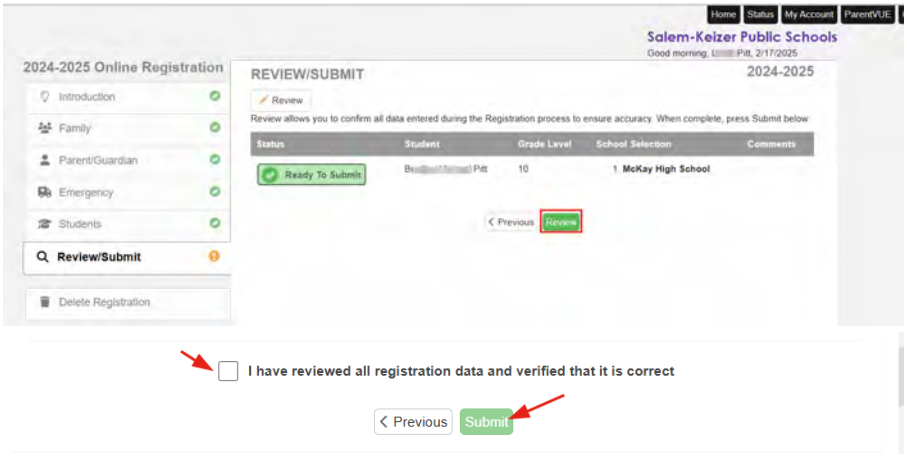
5. دښوونیز کال **Online Registration** لینک کلیک کړئ.



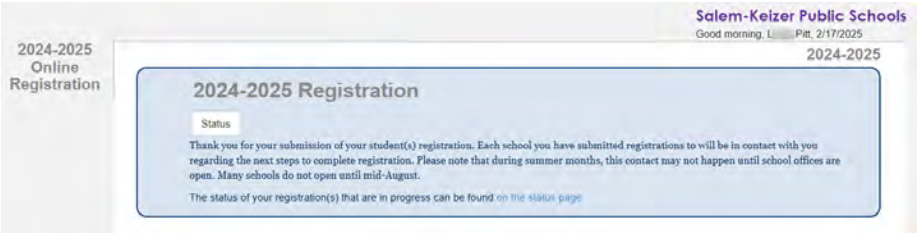
6. هره پاڼه بیا وڅېړئ، **Save and Continue** کلیک کړئ ترڅو بله پاڼه ته لاړ شئ.



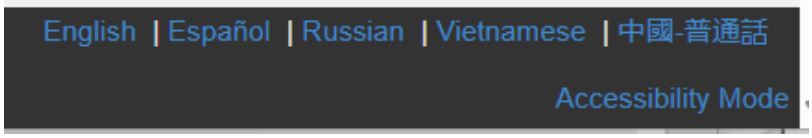
7. د **بیاکتنې/سپارلو (Review/Submit)** برخه باید بشپړه کړئ ترڅو بدلونونه وسپارل شي.

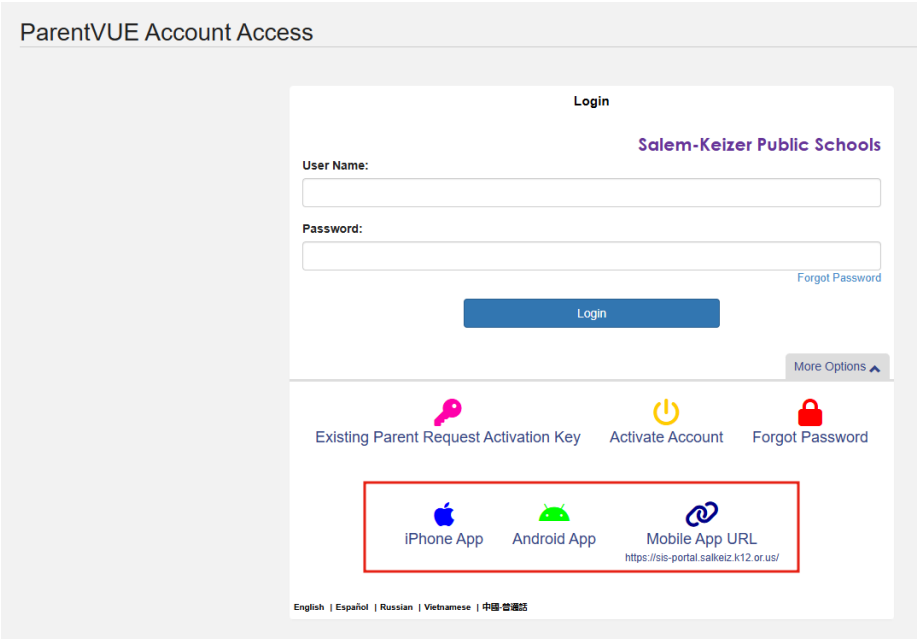


8. که ستاسو بدلونونه بریالي وسپارل شي، تاسو به د تایید پیغام ترلاسه کړئ.



9. ParentVUE په څو ژبو کې لیدل کیدای شي.
   a. خپله غوره ژبه‌وټاکئ او که اړتیا وي، د لاسرسي **(Accessibility Mode)** حالت فعال کړئ.



   b. د اضافي ژبني ملاتړ لپاره، د ژبني خدماتو څانګې سره اړیکه ونیسئ: 399-3456 (503).

10. د ParentVUE اپلیکیشن په دواړو iPhones او Android وسیلو کې شتون لري