

**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program**

وروسته له ښوونځي د بريجيز پروگرام
د نوم ليکني لپاره غوښتنلیک 2026-2027



ښوونځی:	ښوونځی چې ماشوم پکې شامل دی		
نوم:	د زده کوونکي نوم		
زېږېدوځو:	ښار:	د سرک آدرس:	د ماشوم آدرس
د زېږون نېټه			
ټولگی/ښوونځی			
ژبې چې پری خبری کوي:	نه	بلې	باېلینګول 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-وینتو بی کرره مرستې قانون لاندې، د ځوانانو پالنه، انګلیسي زده کوونکي، او هغه زده کوونکي چې د وړیا 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.

حاضرې: 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 غیرحاضریو 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 خونديتوب 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 زیږیدو نیټه: _____

کورني تېلفون: _____ موبایل شمېره: _____ د بل تېلفون شمېره: _____

ادرس/پته: _____ هغه څوک چې ماشوم اوسېږي له: _____

والدين/قانوني سرپرست: _____ د ماشوم سره اړیکه: _____

وظیفه ورکونکي: _____ د کاروبار شمېره: _____

والدين/قانوني سرپرست: _____ د ماشوم سره اړیکه: _____

وظیفه ورکونکي: _____ د کاروبار شمېره: _____

بیرني معلومات: زده کوونکي به یوازې د والدينو/قانوني سرپرست یا د لاندې ټاکل شوي شخص په لاسلیک کولو سره له پروگرام څخه رخصت او دوي ته وسپارل شي. که ستاسو ماشوم ناروغه وي یا بیرني ستونزه ولري او له والدينو یا قانوني سرپرست سره اړیکه ونه نیول شي، نو ستاسو ماشوم ممکن ټاکل شوي بیرني اړیکې ته وسپارل شي. د بیرني اړیکې لپاره ټاکل شوی کس باید لږ لږ ۱۶ کاله عمر ولري. والدين/قانوني سرپرستان اړ دي چې د بیرني تغيرونو په صورت کې معلومات تازه کړي.

بیرني اړیکې: (لږ تر لږه دوه اړين دي)

نوم	رشته یا اړیکه	د کور د تېلفون شمېره	د کور د موبایل شمېره

مور او پلار / سرپرست باید یو په نښه کړي

۱. په بیرني حالت کې، کله چې مور او پلار یا 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 ترتیب کړي. ما لاندې نومول شوي ډاکټر ته اجازه ورکړه چې داسې پاملرنه او درملنه وکړي لکه څنګه چې اړینه ګڼل کېږي. په هغه حالت کې چې ډاکټر شتون نلري، زه اجازه ورکوم چې دا ډول پاملرنې او درملنه د جواز لرونکي ډاکټر یا جراح لخوا ترسره شي. زه موافق یم چې د پورتي قضيې په پایله کې ټول لګښتونه تادیه کړم.
۲. زه پورتي وینا نه غوره کوم او د بیرني حالت په صورت کې د لاندې عمل غوښتنه کوم:

د ډاکټر نوم _____ د تېلفون شمېره: _____

روغتیايي بیمه: _____ د پیژند پانې یا آیډی نمبر: _____

لید یا نظر عینکې استفاده کوی لینز استفاده کوی هر وخت د اغوستلو لپاره ترجیحي ناستې ته اړتیا لري د سترګو د وروستي ازموینې نیټه: _____

اوریدلن د اوریدلو ستونزه لري په غوږونو کې ټیوب لري د اوریدلو وسیله کاروي ترجیحي ناستې ته اړتیا لري _____

عمومي روغتیا: ۱. ذکر شوی حالتونه لري د سا بندیل عصبي ناروغي بې هوښه کېدل د شکر ناروغي میږکي 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 بیمې وړونکي ته د ادعا پروسس کولو یا د طبي مرستې کتو تادیه کولو غوښتنه کولو لپاره. شریک شوي معلومات به یوازې د روغتیا خدماتو اسنادو پورې محدود وي."

د والدينو/سرپرست لاسلیک: _____ نیټه: _____

چاپي نوم: _____ د ماشوم سره اړیکه: _____