

Del Paso Manor		ښوونځی چی پکی زده کوونکی شامل دی	
نوم:		تخلص:	
د سرک آدرس	ښار	ایالت	زیپ کوډ
د ماشوم آدرس		د زیږون نېټه	
جنسیت		نارینه	ښځینه
یو هم نه		تولگی/ښوونکی	
پروگرام		مخکی له ښوونځي (YMCA)	
په ډیل پسو منور کی د بریجیز پروگرام کی زده کوونکی		هو نه هغه ژبی چی پری خبری کوی:	
د خوبنی پروگرام		یوازی مخکی له ښوونځي یوازی وروسته له ښوونځي دواړه وروسته او مخکی له ښوونځي	
مور یا پلار/سرپرست:		د زده کوونکي سره اړیکه:	
تلیفون:		ایمیل آدرس:	
مور یا پلار/سرپرست:		د زده کوونکي سره اړیکه:	
تلیفون:		ایمیل آدرس:	
په YMCA یا Bridges پروگرام کی خور یا ورور؟ هو نه د خور یا ورور نوم او ښوونځی:			

د لومړیتوب نوم لیکنه: لومړیتوب به هغو زده کوونکو ته ورکړل شي چې د مک کینی-وینتو بی کوره مرستې قانون لاندې، د ځوانانو پالنه، انگلیسي زده کوونکي، او هغه زده کوونکي چې د وړیا یا کم قیمت خوارو لپاره وړ وي. که ستاسو زده کوونکی د کوم لومړیتوب گروپ لپاره وړ وي، مهرباني وکړئ دلته په ښه کړئ: ☐

پرخه اخیستنه: د پراخ شوي زده کړې فرصتونو پروگرام د ټولو هغو زده کوونکو لپاره خلاص دی چې غواړي ګډون وکړي او د لومړیتوب غوښتنه کولو وروسته د لومړي راشن، لومړی خدمت په اساس وړاندې کيږي. د پروگرام ګډون د ټولو پالیسیو او لارښوونو اطاعت ته اړتیا لري لکه څنګه چې لاندې تشریح شوي.

والدين / سرپرستان اړ دي چې د ښوونیز کال په پیل کې د والدینو د لارښوونې په غونډه کې ګډون وکړي.

حاضري: که چېرې یو زده کوونکی غیر حاضر وي، مور او پلار اړ دي چې د دودیز ښوونځي د ورځې کارمندانو سره پیر د ELO-P د پروگرام کارمندانو ته هم خبر ورکړي. 10 بی عذره غیرحاضریو درلودل خورا ډیر ګڼل کیدی شي. زده کوونکي ممکن یوازي د برنامې وخت پای ته رسېدو دمخه کور ته لاړ شي که چېرې د ELO-P پروگرام د وخته رخصتېدو د پالیسی سره سم وي.

د زده کوونکي بېرته کور ته بول: زده کوونکي باید د ELO-P وروسته د ورځې په پای کې ژر تر ژره کور ته لاړ شي. که چېرې یو زده کوونکی د پروگرام په پای کې نه وي بول شوی، د ELO-P کارمندان به د مور او پلار/سرپرست او د بیرنیو اړیکو په توګه ټاکل شوي اشخاصو سره اړیکه ونیسي. د ELO-P پروگرام کولی شي یو زده کوونکی د 3 ناوخته پورته کولو وروسته له برنامې څخه ګوښه یا لری کړي.

د زده کوونکي چلند: ټول زده کوونکي باید د سن و آن یونیفایډ ښوونیزې حوزې د ښوونځي مقررات او د ELO-P پروگرام نورې اضافي پالیسی تعقیب کړي. د ګډوډۍ باعث چلند، د نورو زده کوونکو یا کارمندانو په وړاندې د بې احترامې چلند یا چلند چې د خوندیتوب اندیښنه رامنځته کوي د ګوښه کیدو لامل دی. د ELO-P پروگرام کارمندان به خبرتیا ورکړي او/یا والدین/سرپرست د چلند په مداخلو کې چې پېښېږي شامل کړي. دا هڅول کيږي چې والدین/سرپرست د ELO-P د کارمندانو سره د هر ډول چلند او اندیښنو په اړه د پروگرام د کورډیناتور سره موضوع شریک او پری بحث وکړي. * د ELO-P پروگرام به تاوتریخوالی، نشه یي توکي، نژادي سپکاوی، جنسي ځورونه، نامناسب لمس کول یا د نورو په وړاندې د شخصي فشارونو زغم نه نلری. که چېرې د دې پېښو څخه کومه پېښه رامنځ ته شي، په سمدستي توګه به انضباطي اقدام وشي او پایله یی د پروگرام 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 ELO-P ټولو پالیسیو او لارښوونو ته غاړه کېږدم او زما د زده کوونکي ماشوم سره به مرسته وکړم چې د ELO-P پروگرام لارښوونو باندې پوه او تعقیب یی کړي.

ELO-P پروگرام د تمویل لپاره 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 هیڅ معلومات ندې راپور شوي. د والدینو نومونه، د زده کوونکو نومونه او د پیژندنې ټول معلومات به پټ ساتل کيږي او د مطالعې په کوم چاپ شوي راپور کې به نه وي.

د نوم لیکنې لپاره د ELO-P پروگرام 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 _____

Pashto

د ماشوم بشپړ نوم: _____ د زېږېدو نېټه: _____

کورنی تېلفون: _____ موبایل شمېره: _____ د بل تېلفون شمېره: _____

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

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

وظیفه ورکوونکی: _____ د کاروبار شمېره: _____

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

وظیفه ورکوونکی: _____ د کاروبار شمېره: _____

پېرني 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 پېرني ستونزه ولري او له والدينو یا قانوني سرپرست سره اړیکه ونه نیول شي، نو ستاسو ماشوم ممکن ټاکل شوي پېرني اړیکې ته وسپارل شي. د پېرني اړیکې لپاره ټاکل شوی کس باید لږ تر لږه ۱۶ کاله عمر ولري. والدين/قانوني سرپرستان اړ دي چې د پېرني تغيړاتو په صورت کې معلومات تازه کړي.

پېرني 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 پېرني 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 اړينه 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 پورتنی قضیې په پایله کې ټول لګښتونه تادیه کړم.
۲. زه پورتنی وینا نه غوره کوم او د پېرني حالت په صورت کې د لاندې عمل غوښتنه کوم:

د ډاکټر نوم _____ د تېلفون شمېره: _____

روغتیايي بیمه: _____ د پېژند پانې یا آیدې نمبر: _____

لید یا نظر ☐ عینکې استفاده کوي ☐ لیز 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. ذکر شوی حالتونه لري ☐ د سا بندیل ☐ عصبي ناروغي ☐ بې هوښه کېدل ☐ د شکر ناروغي ☐ میګر ☐ ADHD ☐ میګرین

د مچیدو 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 کېدونکی 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 ګټو تادیه کولو غوښتنه کولو لپاره. شریک شوي معلومات به یوازې د روغتیا خدماتو اسنادو پورې محدود وي."

د والدينو /سرپرست لاسلیک: _____ نېټه: _____

چاپي نوم: _____ د ماشوم سره اړیکه: _____