

بنوونکی چی پکی زده کوونکی شامل دی		بنوونکی:	
د زده کوونکي نوم		تخلص:	
د ماشوم آدرس		د سرک آدرس	
د زیږون نیټه		جنسیت	
تولگی/بنوونکی		بنځینه	
بایلینګول/په دوه ژبو تسلط		هغه ژبی چی پری خبری کوی:	
د خوښی پروگرام		یوازی مخکی له بنوونکي یوازی وروسته له بنوونکي دواړه وروسته او مخکی له بنوونکي	
مور یا پلار/سرپرست:		د زده کوونکي سره اړیکه:	
تلفون:		ایمیل آدرس:	
مور یا پلار/سرپرست:		د زده کوونکي سره اړیکه:	
تلفون:		ایمیل آدرس:	
په YMCA پروگرام کی شامل خور یا ورور؟ هو نه د خور یا ورور نوم او بنوونکی:			

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 وریا یا کم قیمت خوارو لپاره وړ وي. که ستاسو زده کوونکی د کوم لومړیتوب گروپ لپاره وړ وي، مهرباني وکړئ دلته په نښه کړئ: ☐ **پرخه اخیستنه:** د پراخ شوي زده کړې فرصتونو پروگرام د ټولو هغو زده کوونکو لپاره شتون لري چې غواړي ګډون وکړي او د لومړیتوب غوښتنه کولو وروسته د لومړي راشی، لومړی خدمت په اساس وړاندې کيږي. د پروگرام ګډون د ټولو پالیسیو او لارښوونو اطاعت ته اړتیا لري لکه څنګه چې لاندې تشریح شوي. والدین / سرپرستان اړ دي چې د بنوونکي کال په پیل کې د والدینو د لارښوونې په غونډه کې ګډون وکړي.

حاضري: که چیرې یو زده کوونکی غیر حاضر وي، مور او پلار اړ دي چې د دودیز بنوونکي د ورځې کارمندانو سره بېره د ELO-P د پروگرام کارمندانو ته هم خبر ورکړي. 10 بی عذره غیرحاضریو درلودل خورا ډیر ګڼل کیدی شي او د دی له امله په پروگرام کې د زده کوونکي نوم لیکنه لغوه کیدی شي. زده کوونکي ممکن یوازې د برنامې وخت پای ته رسېدو دمخه کور ته لاړ شي که چیرې د ELO-P پروگرام د وخته رخصتیدو 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 چیرې 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 وآن یونیفایډ بنوونکي حوزې د بنوونکي مقررات او د ELO-P پروگرام نورې اضافي پالیسی تعقیب کړي. د ګډوډۍ باعث چلند، د نورو زده کوونکو یا کارمندانو په وړاندې د بی احترامی چلند یا چلند چې د خوندیتوب اندېښنه 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 پېښیږي شامل کړي. دا هڅول کيږي چې والدین/سرپرست د ELO-P د کارمندانو سره د هر ډول چلند او اندېښنو 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 خورونه، نامناسب لمس کول یا د نورو په وړاندې د شخصي فشارونو زغم نه نلری. که چیرې 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: _____ نیټه: _____

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 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 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 ☐ لیږ 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 ☐ مېرګي ☐ 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: _____