

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة
التسجيل للحصول على خدمات الرعاية النهارية

اسم البرنامج:		العنوان:		رقم الهاتف:	
اسم الطفل بالكامل:		تاريخ الميلاد:		الجنس:	
الإسم المفضل/الكنية (اللقب):		عنوان منزل الطفل:		صورة للطفل (اختياري)	
اسم الشخص القائم على تسجيل الطفل:		العلاقة بالطفل:		من الأقارب _____	
رقم الشخص القائم على تسجيل الطفل:		عنوان الشخص القائم على تسجيل الطفل (إن كان مختلفاً عن ذلك الخاص بالطفل):		إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>	
البريد الإلكتروني:		رقم هاتف / بريد إلكتروني آخر		رقم الهاتف الرئيسي	
أسماء / عناوين جهات الاتصال في حالات الطوارئ		مسموح له/لها باصطحاب الطفل ونقله		جهة الاتصال الرئيسية:	
إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>	
إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>	
إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		إرسال / استقبال الرسائل مسموح <input type="checkbox"/>	
يستخدم لأغراض البرنامج فقط		يستخدم لأغراض البرنامج فقط		تاريخ الالتحاق/التسجيل: / /	
تاريخ إلغاء التسجيل: / /					

اسم الطفل بالكامل:		تاريخ الميلاد: / /	
ضع علامة في المربعات أدناه لتحديد ما إذا كان طفلك من ذوي الاحتياجات الخاصة أو بحاجة إلى تلقي أي خدمات خاصة: <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/>			
التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة		العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/>	
أمراض الحساسية (برجاء ذكرها)		المخاطبة/اللغة <input type="checkbox"/>	
أخرى		المعالجة المهنية <input type="checkbox"/>	
برجاء تسجيل المعلومات هنا ومناقشتها مع مقدم الرعاية الخاص بطفلك:			
اسم/مجموعة طبيب الرعاية الصحية الأولية الخاص بطفلك:		رقم الهاتف: () -	
المستشفى المفضلة:		رقم الهاتف: () -	
حالة أسنان الطفل:		رقم الهاتف: () -	
المعلومات الخاصة بالرعاية الصحية للطفل متاحة عبر الاتصال بالرقم المجاني 1-800-698-4543 أو الموقع الإلكتروني الخاص بسوق الرعاية الصحية لولاية نيويورك (https://nystateofhealth.ny.gov): (NYS Health Marketplace)			
الموافقات			
● أوافق على تقديم خدمات العلاج الطبي في حالات الطوارئ لطفلي.....			
● أوافق على مشاركة طفلي في الرحلات داخل الحي (مثل زيارة المكتبة والمنزه والملعب) بعيداً عن البرنامج تحت إشراف مناسب.....			
● أقر بأن البرنامج قد يحتاج إلى الحصول على أدونات إضافية في مواقف ما كالتنقل وتلقي الأدوية وتقديم المعلومات والرحلات الميدانية.....			
● لقد قدمت معلومات خاصة بالاحتياجات الخاصة لطفلي إلى المسؤولين عن البرنامج للمساعدة في رعاية طفلي.....			
● أقر بأن على البرنامج أن يقدم للوالدين - في وقت تسجيل الطفل - بياناً مكتوباً يوضح السياسة العامة كما هو مطلوب بموجب اللائحة.....			
● أوافق على مراجعة هذه المعلومات وتحديثها عند حدوث تغيير مرة واحدة على الأقل كل عام.....			
التوقيع - لولي الأمر أو الشخص (الأشخاص) المسؤول وفقاً للقانون:		التاريخ: / /	