

የቅድመ-መ-አለ ህፃናት/ሄድ ስታርት ማመልከቻ

የቅድመ-መ-አለ ህፃናት/ሄድ ስታርት ፕሮግራሞች(መርሐግብሮች)
የሞንትጎመሪ ካውንቲ ፕብሊክ ስኩልስ
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS ቅጽ 335-8
ጃኑዋሪ 2020

የተማሪ ስም (አያት፣ መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም) _____ የተወለደ(ች)በት ቀን ____/____/____

ለመጠሪያነት የሚመረጥ/ተመራጭ ስም _____

አዋቂ(ዎች) ለተማሪው/ዋ ኃላፊነት ያለበት(ት) ሰው _____

<p>በተማሪው/ዋ ወቅታዊ የመኖርያ አድራሻ ሃላፊ የሆነ/የሆነች አዋቂ ስም¹</p> <p>ዝምድና (ግንኙነት):- <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> ሞግዚት እድሜ <input type="checkbox"/> ተማሪ <input type="checkbox"/> ተማሪ ከሆነ/ሽ: በዚህ አመት ለመመረቅ አቅደሃል/ሻል የትምህርት አመታት <input type="checkbox"/> ስራ ላይ ያለ/ች የጦር አባል/ወታደር <input type="checkbox"/> አርበኛ በሚመለከተው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ <input type="checkbox"/> ሙሉ ጊዜ <input type="checkbox"/> ከፊል ጊዜ <input type="checkbox"/> ስራ የለኝም <input type="checkbox"/> አካል ጉዳተኛ</p>	<p>በተማሪው/ዋ ወቅታዊ የመኖርያ አድራሻ ሃላፊ የሆነ/የሆነች አዋቂ ስም²</p> <p>ዝምድና (ግንኙነት):- <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> ሞግዚት እድሜ <input type="checkbox"/> ተማሪ <input type="checkbox"/> ተማሪ ከሆነ/ሽ: በዚህ አመት ለመመረቅ አቅደሃል/ሻል የትምህርት አመታት <input type="checkbox"/> ስራ ላይ ያለ/ች የጦር አባል/ወታደር <input type="checkbox"/> አርበኛ በሚመለከተው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ <input type="checkbox"/> ሙሉ ጊዜ <input type="checkbox"/> ከፊል ጊዜ <input type="checkbox"/> ስራ የለኝም <input type="checkbox"/> አካል ጉዳተኛ</p>
---	---

በቤት ውስጥ ሌሎች ጥገኞች

የአዋቂ ስም(ዎች)	መለያ	ወንድማማች/እህትማማች/ልጆች (ከ18 እድሜ በታች) ስም	የትውልድ ቀን
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

የመቀበያ እና መመለሻ ኢንፎርሜሽን

የመቀበያ እና መመለሻ አድራሻ ለት/ቤት ምደባ የቤተሰብ የህጻናት እንክብካቤ መኖሪያ ቤት ማህበሌ ያልታወቀ/መደበኛ ያልሆነ መኖሪያ ቤት ሌላ

የህጻናት እንክብካቤ ማዕከል (ወይም) ኃላፊነት ያለበት/ባት ሰው ስም _____
አድራሻ _____ ከተማ _____ ስቴት _____ ዚፕ ኮድ _____

ዋና የስልክ ቁጥር _____ አማራጭ የስልክ ቁጥር _____

የገንዘብ/የፋይናንስ ሠንጠረዥ— ለሁሉም የቤተሰብ አባላት ጋራ ያካፍሉ/ጫሙ

አጠቃላይ ገቢ	ለቤት	ለቤት	ለቤት	ለቤት	ማረጋገጫ (ለምሳሌ:- 1040 ; W-2 ; Pay stubs/ የክፍያ ደረሰኝ; ወዘተ..)	የህክምና መድህን
ኃላፊነት ያለበት/ባት አዋቂ ሰው...	0	X	=			<input type="checkbox"/> MCHIP Provider/አቅራቢ:- _____
ኃላፊነት ያለበት/ባት አዋቂ ሰው..	0	X	=			<input type="checkbox"/> Care for Kids Provider/ህጻናት እንክብካቤ አቅራቢ:- _____
TCA.....	0	ወር	X	=		<input type="checkbox"/> ምንም የለም
የልጅ እርዳታ	0	ወር	X	=		<input type="checkbox"/> ወደ SEU ተመርቷል/ተልኳል
ተቆራጭ/መደገሚያ ክፍያ ..	0	ወር	X	=		የህክምና እርዳታ # _____
የማደጎ ፕሮግራም	0	ወር	X	=		ልዩ የመማር ስጋቶች _____
ጡረታ	0	ወር	X	=		
የማህበራዊ ዋስትና ጥቅሞች	0	ወር	X	=		በድንገተኛ/አስቸኳይ ጊዜ የሚገኙ ሰዎች:- ስም _____
SSI (አዋቂ/Adult)	0	ወር	X	=		ክልጁ/ልጅቱ ጋር ያለ ግንኙነት-ዝምድና _____
ደመወዝ	0	ወር	X	=		ስልክ ____/____/____
ሥራ አጥነት	0	በሚምንት	X	=		አማራጭ ____/____/____
የሠራተኞች ካሳ	0	ወር	X	=		ስም _____
የኪራይ ገቢ.....	0	ወር	X	=		ክልጁ/ልጅቱ ጋር ያለ ግንኙነት-ዝምድና _____
የገንዘብ እርዳታ	0	ወር	X	=		ስልክ ____/____/____
ገቢ ያለመኖሩ ማስረጃ/ሰነድ						አማራጭ ____/____/____
<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> HOC	የቤተሰብ ብዛት	ጠቅላላ የቤተሰብ ገቢ	ፈርጅ/ጎራ			በሚመለከት ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ:- <input type="checkbox"/> ቤት አልባ <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> የማደጎ ልጅ <input type="checkbox"/> ጨቅላ እና ድክ ድክ ባዮች <input type="checkbox"/> ቀዳሚ ሄድ ስታርት/Head Start

የምግብ ማሟያ/ድጎማ ፕሮግራም (የኬዝ ቁጥር)

Application taken by: _____ Title: _____ Date: ____/____/____
 ማመልከቻውን የተቀበለው/ችው:- _____ ሃላፊነት/ማዕረግ:- _____ ቀን:- _____

ገቢ የተረጋገጠው በ:- _____ ሃላፊነት/ማዕረግ:- _____ ቀን _____

የሁሉንም ገቢዎች ሪፖርት ጨምሮ: በዚህ ማመልከቻ እና በማናቸውም አባሪዎች ላይ የቀረቡት ሁሉም መረጃዎች እኔ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ: የተሟሉ: እና እውነት መሆናቸውን አረጋግጣለሁ። ይህ መረጃ የተሰጠው የፌዴራል: የስቴት: እና የካውንቲው ገንዘብ/ፈንድ ለመቀበል ነው: የት/ቤት መኮንኖች (ሠራተኞች) በማመልከቻው ላይ የቀረበውን መረጃ ሊያመለክቱ እንደሚችሉ: እና የቀረበ ማንኛውም የተጭበረበረ መረጃ ይህን ማመልከቻ ላለመቀበል: ወይም ከምደባ በኋላ ለልጁ/ቷ ከፕሮግራሙ መወገድ ምክንያት እንደሚሆን እረዳለሁ።
 የወላጅ/የሞግዚት ፈርማ _____ ቀን ____/____/____

FOR OFFICE USE ONLY
 Home School for Family Address _____ Home school for pick-up/drop-off address _____
 Assigned School/Location for Prekindergarten/Head Start _____ Date ____/____/____

የተማሪ ስም