

مدارس محافظة جيلفورد
استبيان ماكينني-فينتو/العائلات في مرحلة انتقالية للإسكان واستمارة الإحالة
(استخدم استمارة منفصلة لكل طالب على حدة)

هل تعاني من عدم الاستقرار السكني؟

تساعد الإجابة على الأسئلة التالية في تحديد الخدمات التعليمية التي قد يكون الطالب مؤهلاً لتلقيها بموجب قانون ماكينني-فينتو 42 US.C. 11435. يوفر قانون ماكينني-فينتو الخدمات والدعم للأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد. يرجى كتابة اسم الطالب ومدرسته في أسفل كل صفحة.

التاريخ _____

اسم الطالب: _____

اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم المتوسط
الجنس: _____ ذكر _____ انثى	تاريخ الميلاد _____	العمر _____
رقم الطالب بـ GCS: _____	المدرسة الحالية _____	الصف (2024-25) _____

504 IEP _____ هل لدى الطالب IEP أو 504 لاتيني/ليس اسباني لاتيني/اسباني (يجب اختيار واحد): الأصل الإثني

سكان آلاسكا الأصليين/هندي أمريكي أبيض آسيوي أفريقي أمريكي/أسود (يجب تحديد واحد على الأقل): العرق

سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ

ضع علامة في المربعات التي تصف بشكل أفضل مع من يقيم الطالب: (ملاحظة: لا يجوز منح الوصاية القانونية إلا من قبل المحكمة)

الشباب غير المصحوبين بذويهم مقدمي الرعاية من غير الأوصياء القانونيين الوصي القانوني الوالد(الوالدين)

معلومات الوالد/ولي الأمر (إذا كان الطالب غير مصحوب بذويه، تخطي اسم الوالد/ولي الأمر ولكن أكمل معلومات العنوان)

اسم الشخص الذي يقيم معه الطالب (الاسم الأول والأخير) _____

العنوان الحالي _____ المدينة _____ الرمز البريدي _____

منذ متى تعيش بهذا العنوان؟ _____

هل هذا مأوى أو سكن انتقالي أو فندق؟ _____ نعم _____ لا. إذا نعم يرجى كتابة الاسم. _____

Student Name: _____ School Name: _____

عنوان البريد الإلكتروني _____ رقم الهاتف _____
العنوان _____ المدينة _____ الرمز البريدي _____
الطريقة المفضلة للتواصل (بإمكانك اختيار أكثر من طريقة) _____ اتصال هاتفي _____ بريد _____ ايميل _____ رسالة نصية
هل أنت بحاجة لمترجم؟ إذا نعم ما هي اللغة؟ _____

يُرجى تقديم المعلومات التالية عن أي أطفال آخرين في المنزل غير ملتحقين بمدرسة GCS تتراوح أعمارهم من سن الولادة إلى 21 عامًا

اسم المدرسة/ برنامج هيد ستارت	العرق	الجنس	تاريخ الميلاد	العمر	اسم الطالب

* يرجى إكمال إحالة طفلي إلى برنامج البداية المبكرة/برنامج البداية (هيد ستارت) نعم _____ لا _____

اختيار المدرسة:

- أرغب في استمرار طفلي في مدرسته الحالية للعام الدراسي 2024-2025
المدرسة الحالية (المدرسة الأصلية) _____
- أرغب في تسجيل طفلي في المدرسة الجديدة للعنوان الذي أقيم فيه حالياً
مدرسة محل الإقامة الجديد _____
- لقد أصبحت مقيمًا بشكل دائم بعد اليوم الأول من المدرسة وأرغب في أن يكمل طفلي العام الدراسي في
المدرسة الحالية _____

Student Name: _____ School Name: _____

2024-2025
STATE OF NORTH CAROLINA
GUILFORD COUNTY

مدرسة محل الإقامة الجديد _____

يندرج الطالب تحت الأسر التي تمر بمرحلة انتقالية بسبب (ضع اشارة على مل ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> تقاسم السكن مع الأسرة أو الأصدقاء نتيجة لفقدان السكن بسبب ضائقة اقتصادية أو حريق، إلخ (R1)	<input type="checkbox"/> العيش في سيارة، أو موقف، أو مبنى مهجور، أو مسكن دون المستوى، أو محطة حافلات أو قطار، إلخ (R4)
<input type="checkbox"/> العيش في موتيل أو فندق أو موقف مقطورات أو أرض تخيم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة (R2).	<input type="checkbox"/> الشباب غير المصحوبين بذويهم أو الهارين (R6)
<input type="checkbox"/> العيش في مأوى طارئ أو سكن انتقالي أو مهجور في مستشفى (R3)	<input type="checkbox"/> سبب آخر (الرجاء التوضيح) <input type="checkbox"/> سكن دائم

ملاحظات عن السكن:

(ضع اشارة على ما ينطبق) احتياجات الطالب:

<input type="checkbox"/> مواد مدرسية	<input type="checkbox"/> مواصلات للمدرسة
<input type="checkbox"/> ملابس	<input type="checkbox"/> استشارة/ صحة نفسية
<input type="checkbox"/> تدريس اضافي	<input type="checkbox"/> احالة طبية، تطعيمات، أسنان، بصر
<input type="checkbox"/> مساعدة للأعياد	<input type="checkbox"/> النظافة الشخصية/ احتياجات اساسية
<input type="checkbox"/> احالة لبنك الطعام	<input type="checkbox"/> آخر

ملاحظات تتعلق بالاحتياجات:

Student Name: _____ School Name: _____

2024-2025
STATE OF NORTH CAROLINA
GUILFORD COUNTY

طلب نقل الطلاب في المرحلة الانتقالية:

اسم الطالب: _____

الرقم المدرسي للطالب: _____

اسم المدرسة: _____

ابني ليس بحاجة لوسيلة نقل.

سيحتاج الطالب إلى وسيلة نقل من وإلى العنوان (العناوين) التالية. (إذا كان الطفل في منشأة رعاية أطفال، قم بتضمين الاسم (العنوان ورقم هاتف المنشأة)

عنوان الاستلام بالصبح: _____

عنوان التوصيل بعد الظهر: _____

و بمجرد إرسال هذا الطلب إلى قسم النقل، سيتم بذل كل جهد ممكن لترتيب النقل في غضون خمسة أيام عمل

3. ضع علامة للإشارة إلى استلام المعلومات الخاصة بقانون مساعدة المشردين في ماكيني-فينتو في هذا التاريخ عن طريق إرفاق هذه الاستمارة، والذي يوجد أيضًا على www.gcsnc.com موقع المقاطعة على الإنترنت على

قد يكون الطلاب الذين يعيشون في بعض الحالات الانتقالية **مؤهلين** كمشردين. يتم تحديد الأهلية من قبل موظفي مكتب برنامج تعليم المشردين في GCS ويجب تجديدها كل عام دراسي.

هل تقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين هذه الولاية بأن المعلومات التي قدمتها هنا صحيحة ودقيقة وبأنها من معلوماتك الشخصية؟
التاريخ _____ موظف GCS _____ توقيع الوالد؟ الطالب بالأحرف الأولى لا نعم

توقيع ولي الأمر أو الوصي أو الشاب غير المصحوب بذويه: _____ التاريخ _____

***** تذكير: أكمل التسجيل بسكول منت للطلاب الجدد في موقع GCS*****

لمزيد من المعلومات اتصل بمكتب خدمات المشردين والدعم المجتمعي على الرقم 336-621-4042.

Student Name: _____ School Name: _____

2024-2025
STATE OF NORTH CAROLINA
GUILFORD COUNTY



يجب إرسال الإستمارة المستكملة بالفاكس إلى مكتب خدمات المشردين ودعم المجتمع على الرقم 336-375-2564 أو إرسالها بالإيميل إلى homeless_services@gcsnc.com

سيتم إرسال خطاب بالأهلية/الرفض إلى ولي الأمر/ولي الأمر/الطالب غير المصحوب عبر خطاب من الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة بعد مقابلة المتابعة. كما سيتم الاحتفاظ بنسخة **

لمتثالاً للقوانين الفيدرالية، تدير مدارس مقاطعة جيلفورد جميع البرامج التعليمية وأنشطة التوظيف والقبول دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو السن أو الخدمة العسكرية أو الإعاقة أو الجنس، إلا في الحالات التي يكون فيها الإعفاء مناسباً ويسمح به القانون. ارجع إلى سياسة البيئة الخالية من التمييز لمجلس التعليم للحصول على بيان كامل. يجب توجيه الاستفسارات أو الشكاوى إلى 120 شارع فرانكلين، جرينزبورو، نورث كارولينا 27401.

*****FOR SCHOOL USE ONLY*****

Social Worker:

Student Residency Survey/Intake Completed on: (Date) _____

Is the student eligible for MV services? Yes No If not, why ?

Data Manager: Student Program code entered in PowerSchool on: (Date) _____

*****FOR HEP USE ONLY*****

Date student was entered in the Federal Data Base: _____

Date student was added to HEP Tracking Tool _____

Has transportation screen been updated/verified? Yes No

Date sent to transportation (if needed): _____

- School Selection: School of Origin in Attendance Zone
 School of Origin Out of Attendance Zone
 School in New Attendance Zone

Date eligibility letter was sent to attending school: _____

Commented [CS1]: Which office completes this form? Your office or the school-based liaison? What role do they play in this form? Where can I find the process outlined for the full roll out for use of this form?

Commented [CS2]: Which office completes this form? Your office or the school-based liaison? What role do they play in this form? Where can I find the process outlined for the full roll out for use of this form?

Student Name: _____ **School Name:** _____