طالب جديد

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT

Students Rise. We All Rise.

حزمة العودة إلى المدرسة

يُرجى إكمال حزمة العودة إلى المدرسة هذه إذا كنت طالباً مسجلًا جديداً في المنطقة التعليمية لمدراس
يدترويت المجتمعية العامة (DPSCD)للعام لادراسي 2024-2025. تحتوي حزمة العودة إلى لامدرسة على استمارات تكميلية مهمة يجب إكمالها قبل بداية لاعام لادراسي.

اسم المدرسة:_____

اسم الطالب:_____

تاريخ ميلاد الطالب:_____

العنوان:_____

اسم ولي الأمر:_____

رقم هاتف ولي الأمر:_____

هل يهمّك التطوع مع مدرستك أو المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD)؟
امسح رمز الاستجابة السريعة (QR) أو قم بزيارة الموقع أدناه.
bit.ly/DPSCDvolunteerapplication

للمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع مدرستك، أو زيارة الموقع detroitk12.org/backtoschool
أو الاتصال على الرقم 313.240.4377.

لا تمارس المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) أي تمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، التوجه الجنسي، الهوية الجنسية، الإعاقة، العمر، الدين، الطول، الوزن، المواطنة، الحالة الاجتماعية أو الأسرية، الحالة العسكرية، النسب، المعلومات الجينية، أو غيرها من الفئات المحمية بموجب القانون، في برامجها وأنشطتها التعليمية، بما في ذلك التوظيف والقبول. هل لديك أسئلة؟ أو مخاوف؟ تواصل مع منسق الحقوق المدنية على الرقم 4377-240 (313) أو البريد الإلكتروني dpscd.compliance@detroitk12.org او العنوان 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202.

مكتب التغذية في المدرسة

مجمع خدمات الدعم، المبنى ج • 1601 Farnsworth • Detroit, MI 48211
(313) 578-7220

detroitk12.org

1 تموز/ يوليو 2024

حضرة ولي الأمر أو الوصي:

يسعدنا أن نعلمك أن المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة تواصل مشاركتها في توفير الأهلية المجتمعية (CEP) كجزء من برامج الغداء المدرسي الوطني والفطور المدرسي للعام الدراسي 2024-2025.

تضمن مشاركتنا في توفير الأهلية المجتمعية (CEP) حصول كافة التلاميذ المسجّلين في المنطقة التعليمية على وجبتي فطور وغداء صحيتين يومياً **من دون أي تكلفة** تُفرض على أسرتك.

من أجل الحفاظ على حالة برنامجنا، يتعيّن على أولياء الأمور والأوصياء **ملء استمارة منافع التعليم**، *(المعروفة مسبقاً باسم تقرير معلومات الأسرة)* والتوقيع عليها. وتُعتبر هذه الاستمارة **أساسية** في تحديد مبلغ المال الذي تتلقاه مدرسة طفلك من مجموعة متنوعة من البرامج التكميلية الحكومية والفيدرالية مثل الباب الأول أ (Title I A)، والفقرة (31a) At-Risk، والباب الثاني أ (Title II A)، و E-Rate، إلخ.

يتيح التمويل من هذه البرامج التكميلية إمكانية تقديم الدعم والخدمات الإضافية لطلابنا بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر:

- الدعم التعليمي (الموظفون، واللوازم والمواد، إلخ)
- الإعفاءات من رسوم طلبات التقديم (طلبات التقديم إلى الكلية، اختبار الكلية الأميركية/اختبار القدرات الدراسية ACT/SAT، إلخ.)
- خصومات لخدمات الإنترنت
- بطاقات خصم لحافلات الطلاب
- مستلزمات وأنشطة لمشاركة الوالدين والمجتمع
- تكنولوجيا المدرسة

يُرجى إعادة استمارة منافع التعليم إلى مدرسة طفلك في أقرب وقت ممكن لضمان توفر التمويل الإضافي لتلبية احتياجات طلابنا.

إذا كان بإمكاننا تقديم أي مساعدة إضافية، فيرجى الاتصال بنا على الرقم 7220-578 -(313).

مع التقدير،

المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة

لا تقوم المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة (DPSCD) بالتمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، الإعاقة، و/أو الدين. اتصل بقسم الامتثال للحصول على المزيد من المعلومات على الرقم 4377-240 (313) أو على detroitk12.org/admin/compliance.

تعليمات إكمال
استمارة منافع التعليم

تُستخدم هذه الاستمارة لتحديد الأهلية للحصول على منافع الولاية التي قد تكون مدرسة طفلك (أطفالك) مؤهلة للحصول عليها. يرجى إكمال هذه الاستمارة وتوقيعها وإعادتها إلى مدرسة طفلك.

إذا تلقى أي فرد من أفراد أسرتك برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على المحميات الهندية (FDPIR)، الرجاء اتباع التعليمات التالية:

الجزء أ: معلومات الطالب - لكل طالب ضمن أفراد الأسرة من مرحلة ما قبل الروضة حتى الصف الثاني عشر، اذكر الشهرة والاسم، والمرحلة الدراسية، والمدرسة، وحدد بحرف H إذا كان بلا مأوى، M إذا كان مهاجراً، R إذا كان هارباً أو F إذا كان طفلاً بالتبني.

الجزء ب: المنافع المستلمة - إذا تلقى أي فرد من أفراد الأسرة، بما في ذلك البالغين، برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR)، فقم بتوفير الاسم ورقم الملف. ليست أرقام بطاقات البريدج كارد (Bridge Card) والتأمين الصحي أو الميديكيد (Medicaid) أرقاماً مقبولة لرقم الملف.

الجزء ج: عدد أفراد الأسرة - ضع علامة في المربع لإجمالي عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلك. يجب أن يشمل ذلك جميع الأطفال والبالغين، سواء كانوا من ذوي القرابة أم لا، الذين يعيشون في مسكن واحد ويتقاسمون الدخل والنفقات.

الجزء د: الدخل السنوي لأفراد الأسرة - تخطى هذا الجزء

الجزء هـ: الشهادة - وقّع على الاستمارة. أكتب اسمك والتاريخ.

إذا <u>لم يحصل</u> أفراد أسرتك على منافع من برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على المحميات الهندية (FDPIR)، فيرجى اتباع التعليمات التالية:

الجزء أ: معلومات الطالب - لكل طالب ضمن أفراد الأسرة من مرحلة ما قبل الروضة حتى الصف الثاني عشر، اذكر الشهرة والاسم، والمرحلة الدراسية، والمدرسة، وحدد حرف H إذا كان بلا مأوى، M إذا كان مهاجراً، R إذا كان هارباً أو F إذا كان طفلاً بالتبني.

الجزء ب: المنافع المستلمة - تخطى هذا الجزء

الجزء ج: عدد أفراد الأسرة - ضع علامة في المربع لإجمالي عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلك. يجب أن يشمل ذلك جميع الأطفال والبالغين، سواء كانوا من ذوي القرابة أم لا، الذين يعيشون في مسكن واحد ويتقاسمون الدخل والنفقات.

الجزء د: الدخل السنوي لأفراد الأسرة - بالانتقال على مستوى الصف نفسه لمربع اختيار عدد أفراد الأسرة، اختر المربع الذي يعرض نطاق الدخل السنوي لجميع أفراد أسرتك.
تأكد من تضمين جميع مصادر الدخل التالية: العمل، الرعاية الاجتماعية، نفقة الطفل، النفقة، المعاشات التقاعدية، التقاعد، الضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي (SSI)، ومنافع المحاربين القدامى (VA)، دخل الطفل و/أو جميع أنواع الدخل الأخرى.
يجب أن يكون المبلغ قبل أي استقطاعات للضرائب، التأمين، النفقات الطبية، دعم الطفل و إلى آخرهِ.

الجزء هـ: الشهادة - وقّع على الاستمارة. اكتب اسمك والتاريخ ومعلومات الاتصال الخاصة بك.

استمارة منافع التعليم للسنة الدراسية 2025-2024

المنطقة التعليمية: المدرسة:

القسم أ: معلومات الطالب - أكملها لكل طالب من الروضة حتى الصف الثاني عشر

شهرة الطالب	اسم الطالب	المرحلة الدراسية	المدرسة	التعريف H إذا كان بلا مأوى M إذا كان مهاجراً R إذا كان هارباً F إذا كان طفلاً بالتبني

الجزء ب: المنافع المستلمة (إن وُجدت)

إذا تلقى أي فرد من أفراد أسرتك برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على المحميات الهندية (FDPIR)، فقم بتوفير الاسم ورقم الملف للشخص الذي يتلقى المنافع. ليست أرقام بطاقات البريدج كارد (Bridge Card) والتأمين الصحي أو الميديكيد (Medicaid) أرقاماً مقبولة لرقم الملف.

الاسم: _____ رقم الملف: _____

الجزء ج: عدد أفراد الأسرة	الجزء د: دخل أفراد الأسرة السنوي - اختر النطاق المناسب للدخل السنوي المجموع لجميع أفراد الأسرة (أدرج الدخل الكامل قبل الضرائب)		
❑ 1 ⟵	❑ عند مبلغ $19,578 أو أقل منه	❑ ما بين $19,579 و$27,861	❑ عند مبلغ $27,862 أو أكثر منه
❑ 2 ⟵	❑ عند مبلغ $26,572 أو أقل منه	❑ ما بين $26,573 و$37,814	❑ عند مبلغ $37,815 أو أكثر منه
❑ 3 ⟵	❑ عند مبلغ $33,566 أو أقل منه	❑ ما بين $33,567 و$47,767	❑ عند مبلغ $47,768 أو أكثر منه
❑ 4 ⟵	❑ عند مبلغ $40,560 أو أقل منه	❑ ما بين $40,561 و$57,720	❑ عند مبلغ $57,721 أو أعلى منه
❑ 5 ⟵	❑ عند مبلغ $47,554 أو أقل منه	❑ ما بين $47,555 و$67,673	❑ عند مبلغ $67,674 أو أكثر منه
❑ 6 ⟵	❑ عند مبلغ $54,548 أو أقل منه	❑ ما بين $54,549 و$77,626	❑ عند أمبلغ $77,627 أو أكثر منه
❑ 7 ⟵	❑ عند مبلغ $61,542 أو أقل منه	❑ ما بين $61,543 و$87,579	❑ عند مبلغ $87,580 أو أكثر منه
❑ 8 ⟵	❑ عند مبلغ $68,536 أو أقل منه	❑ ما بين $68,537 و$97,532	❑ عند مبلغ $97,533 أو أكثر منه

*** تعليمات خاصة للأسر التي تضم أكثر من 8 أشخاص: لا تضع علامة في المربعات أعلاه. بدلاً من ذلك، املأ البنود أدناه:**

عدد أفراد الأسرة (عدد الأشخاص): _____ إجمالي الدخل السنوي: _____

الجزء هـ: الشهادة - يجب على رب الأسرة أو الشخص الذي ينوب عنه البالغ الذي أكمل هذه الاستمارة إكمال قسم الشهادة هذا

أنا أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وتم الإبلاغ عن جميع الدخل على حد علمي. أفهم أن هذه الاستمارة قد تؤثر على مبلغ التمويل الفيدرالي أو تمويل الولاية المخصص للمنطقة التعليمية المحلية. أنا أفهم أن المعلومات التي قدمتها قد يتم التحقق منها.

_____ _____ _____

(التوقيع) (الاسم مطبوعاً) (التاريخ)

_____

(العنوان) (المدينة) (الرمز البريدي)

_____

(عنوان البريد الإلكتروني) (هاتف المنزل) (هاتف العمل)

لا تملأ هذا القسم. هذه الاستمارة لاستخدام المدرسة فقط.

الحالة: F_____ R_____ N_____ توقيع المسؤول النهائي: _____ التاريخ: _____