

Mid-Cumberland Community Action Agency

2023-2024 Head Start / Early Head Start Application

طلب هيد ستارت \ هيد ستارت المبكرة 2024-3202

□ Early Head Start – Age 0-3 on 08/15/2023

□ هيد ستارت المبكرة – العمر 0-3 في 23 20\15\08

□ Head Start – Age 3-4 on 08/15/2023

□ هيد ستارت – العمر 3-4 في 2023 \15\08

Cannon Cheatham Robertson Rutherford Sumner Trousdale Wilson Williamson

Are you interested in full day/full year child care services? □ Yes نعم □ No لا

هل أنت مهتم بخدمات رعاية الأطفال ليوم كامل \ لعام كامل ؟

Select the county of services:

حدد مقاطعة الخدمات :

**Section A: Child Applicant: Information about the child who is applying** الطفل مقدم الطلب: معلومات عن الطفل المتقدم: A القسم

**Child’s Last Name اسم الطفل الأخير Child’s First Name اسم الطفل الأول Child’s Middle Nameاسم الطفل الأوسط**

**Hispanic/ Latino**

**اسباني/ لاتيني**

□ Yes نعم □ No لا

**Limited English Proficiency?**

إ**جادة محدودة للغة الإنجليزية ؟**

□ Yes نعم

□ No لا

**Primary Language** **اللغة الأساسية**

□ English الإنجليزية □ Vietnameseالفيتنامية

□ Spanish إسباني □ Arabic عربي

□ Otherأخري: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Race** **العرق**

□ American Indian هندي امريكي

□ White أبيض

□ Asian أسيوي

□ Pacific Islanderجزر المحيط الهادي

□ Black or African Americanأسود أو امريكي من أصل أفريقي

□ Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق

□ Other أخري: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of birth** تاريخ الميلاد

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Genderنوع الجنس**

□ Maleذكر

□ Female انثي

**Section B: Family Information**: معلومات الأسرة Bالقسم

**Child Custody**

**حضانة الأطفال**

□ Mother الأم

□ Father الأب

□ Joint مشترك

□ Other أخري

**Are there custody papers?**

**هل توجد أوراق حضانة ؟**

□ Yes نعم

□ Noلا

**Family Status** **الوضع العائلي**

□ Foster Household الأسرة الحاضنة

□ Non-Parent Guardian وصي غير الوالد

□ One Parent Household اسرة يعولها والد واحد

□ Two Parent Householdأسرة ذات والدين

**Living Address: عنوان السكن**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address** **العنوان**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**City** **المدينة** **State** **الولاية** **Zip Code** **الرمز البريدي**

**Mailing Address**: (if different from living address**) العنوان البريدي ( أإذا كان مختلفا عن عنوان السكن** )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address** **العنوان**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي**

**Housing المسكن**

□ Own تملك □ Rentإيجار

□ Public Housingمساكن عامة

□ Homelessبلا مأوي

□ Live with relative/friend العيش مع قريب/صديق

**Services/types of income your family receives: (check all that apply)** **الخدمات / أنواع الدخل التي تحصل عليها أسرتك: (حدد كل ما ينطبق)**

□ Salary/Wageالراتب / الأجور □ Child Support دعم الطفل □ Unemployment البطالة □ Self-Employed العامل لحسابه الخاص

□ Alimony/Pension النفقة /المعاش □ Social Security الضمان الأجتماعي □ SSDI تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي

□ SSI دخل تأميني إضافي □ WIC برنامج تغذية الصحة العامة □Food Stamps/SNAP برنامج المساعدة الغذائية

□ TANF/Families First مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة □ No income بدون دخل

□ Child Care Certificate from DHS شهادة رعاية الطفل من وزارة الأمن الداخلي

**Section C: Primary Adult or Prenatal Mother: Information about adult responsible for applying child or expectant mother**

**\*Please only list adults in the household responsible for financially supporting applying child and are related to the child.**

**القسم C : البالغ الأساسي أو الأم قبل الولادة: معلومات حول الشخص البالغ المسؤول عن وضع الطفل أو الأم الحامل**

**\* يُرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً ومرتبطين بالطفل.**

**مالياً ومرتبطين بالطفل.**

**Parent/Guardian Last Name** **الاسم الأخير لولي الأمر/ الوصي \_\_\_\_\_ Parent/Guardian First Nameالاسم الأول لولي الأمر / الوصي**

**Date of birth** تاريخ الميلاد

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Race العرق**

□ American Indian هندي امريكي

□ White أبيض

□ Asian أسيوي

□ Pacific Islanderجزر المحيط الهادي

□ Black or African Americanأسود أو امريكي من أصل أفريقي

□ Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق

□ Other أخري: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message**

رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Email address الايميل** :

**Gender نوع الجنس**

□ Male ذكر

□ Femaleانثي

**Primary Language اللغة الاساسية**

□ English الإنجليزية □ Vietnamese فيتنامي

□ Spanish أسباني □Arabic عربي

□ Otherاخري \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Military Status**:

**الوضع العسكري**

□ Active نشط

□ Veteranمحارب

□ Deployed منتشر

□ N/A لا يوجد

**Hispanic/ Latino**

**اسباني/ لاتيني**

□ Yes نعم □ No لا

**Limited English Proficiency?**

**أجادة محدودة للغة الإنجليزية ؟**

□Yesنعم □ No لا

**Relationship to child صلة القرابة للطفل**

□ Biological parent الوالد البيلوجي □ Step parent زوجة/ زوج اخر

□ Adoptive parent والد بالتبني□ Foster parent والد حاضن

□ Grandparent/Relativeالجد/ قريب □ Otherاخر \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lives in the household يعيش في المنزل □ Yesنعم □ Noلا**

**Employment Status الحالة الوظيفية**

□ Full-timeبدوام كامل □ Stay at home parent رب منزل □ Training or in school تدريب أو في المدرسة

□ Part-timeبدوام جزئي □ Self-employed موظف حر □ Retired متقاعد

□ Unemployed عاطل □ Seasonal Employee موظف موسمي □ Disabledمعاق

**How long have you been employe****d** **منذ متي وانت تعمل ؟**

**□ Expectant Mother الأم الحامل**

**Due date? الموعد المحدد \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/****\_\_\_\_\_**

**Have you seen a doctor regarding this pregnancy?** □ Yes نعم □ Noلا

**هل رايت طبيب بخصوص هذا الحمل؟**

**Section D: Secondary Adult: Information about the secondary adult responsible for applying child: البالغ الثانوي : معلومات عن البالغ الثانوي المسئول عن تقديم الطفل D القسم**

\*Please only list adults in the household responsible for financially supporting applying child and are related to the child. يُرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً ومرتبطين بالطفل \*

**Parent/Guardian Last Name\_ الاسم الأخير لولي الأمر/ الوصي \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parent/Guardian First Name الاسم الأول لولي الأمر / الوصي**

**Race العرق**

□ American Indian هندي امريكي

□ White أبيض

□ Asian أسيوي

□ Pacific Islanderجزر المحيط الهادي

□ Black or African Americanأسود أو امريكي من أصل أفريقي

□ Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق

□ Other أخري: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message**

رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email address:

**Date of birth تاريخ الميلاد**

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gender نوع الجنس**

□ Male ذكر

□ Femaleانثي

**Hispanic/ Latino**

**اسباني/ لاتيني**

□ Yes نعم □ No لا

**Limited English Proficiency?**

**أجادة محدودة للغة** **الإنجليزية** **؟**

□ Yes نعم

□ No لا

**Primary Language اللغة الاساسية**

□ English الإنجليزية □ Vietnamese فيتنامي

□ Spanish أسباني □Arabic عربي

□ Otherاخري \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Military Status:**

**الوضع العسكري**

□ Active نشط

□ Veteranمحارب

□ Deployed منتشر

□ N/A لا يوجد

**Relationship to child صلة القرابة للطفل**

□ Biological parent الوالد البيلوجي □ Step parent زوجة/ زوج اخر

□ Adoptive parent والد بالتبني□ Foster parent والد حاضن

□ Grandparent/Relativeالجد/ قريب □ Otherاخر \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Employment Status الحالة الوظيفية**

□ Full-time بدوام كامل □ Stay at home parent رب منزل □ Training or in school تدريب أو في المدرسة

□ Part-time بدوام جزئي □ Self-employed موظف حر □ Retired متقاعد

□ Unemployed عاطل □ Seasonal Employee موظف موسمي □ Disabled معاق

**Lives in the household يعيش في المنزل □ Yesنعم □ Noلا**

**How long have you been employed?**

منذ متي وانت تعمل ؟

**Section E: Other children and family members supported by guardian’s income : الأطفال الآخرون وأفراد الأسرة المعولون من دخل ولي الأمر E القسم**

\*Please only list adults in the household responsible for financially supporting applying child and are related to the child by blood, marriage, adoption, or guardianship.

\* يُرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المعيشية المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً والمرتبطين بالطفل عن طريق الدم أو الزواج أو التبني أو الوصاية

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **First Name, Middle Initial, Last Name**  **الاسم الأول ، أول الاسم الأوسط ، الاسم الأخير** | **Relationship to applying child**  **صلة القرابة للطفل** | **Date of Birth**  **تاريخ الميلاد** | **Gender**  **جنس تذكير او تانيث** |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Male ذكر □ Female انثي |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Male □ Female |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Male □ Female |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Male □ Female |

**Section** **F: Family Services Information: معلومات عن خدمات الأسرة F القسم**

**Total # of adults in household إجمالي عدد البالغين في الأسرة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total # of children in household إجمالي عدد الأطفال في الأسرة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Does your child have a disability? (If no, please go to question #6) □ Yes نعم □ No لا

هل طفلك يعاني من إعاقة؟ (إذا كانت الإجابة لا ، يرجى الانتقال إلى السؤال رقم 6) لا

2. Type of special need or disability نوع الاحتياجات الخاصة أو الإعاقة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Has the disability been professionally diagnosed? هل تم تشخيص الإعاقة مهنيا؟□ Yes نعم □ Noلا

If yes, what age? إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو العمر؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

By whom? بواسطة من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Does your child have an IEP or IFSP?؟ IEP أو IFSP هل لدى طفلك □ Yes نعم □ No لا

5. Is your child receiving special services for the disability? هل يتلقى طفلك خدمات خاصة للإعاقة؟

□ Yes نعم □ No لا \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. In your opinion, does your child have a special need or disability that has not yet been diagnosed?

برأيك هل لدى طفلك حاجة خاصة أو إعاقة لم يتم تشخيصها بعد؟

□ Yes نعم □ Noلا If yes, please explain: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Does the primary caregiver have a diagnosed disability?

هل تم تشخيص إعاقة مقدم الرعاية الأساسي؟

□ Yes نعم □ No لا

If yes, please describe: : إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Does the primary caregiver have a chronic health issue that affects daily living?

هل يعاني مقدم الرعاية الأساسي من مشكلة صحية مزمنة تؤثر على الحياة اليومية؟

□ Yes نعم □ No لا

If yes, please describe: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Is your family currently experiencing problems with housing?

هل عائلتك تعاني حاليا من مشاكل في السكن؟ □ Yes نعم □ No لا

2. Has your family been impacted by a natural disaster within the past 24 months?

هل تأثرت عائلتك بكارثة طبيعية خلال الـ 24 شهرًا الماضية؟□ Yes نعم □ No لا

3. Are you or have you been a migrant or seasonal worker within the past 24 months?

هل أنت مهاجر أو عامل موسمي أو كنت مهاجرًا خلال الـ 24 شهرًا الماضية؟ □ Yes نعم □ No لا

4. Have any members of the household been diagnosed with depression or other mental health condition?

؟ هل تم تشخيص إصابة أي فرد من أفراد الأسرة بالاكتئاب أو غيره من حالات الصحة العقلية

□ Yes نعم □ No لا

5. Has a household member been incarcerated during the lifetime?

هل تم سجن أحد أفراد الأسرة خلال حياة الطفل؟ □ Yes نعم □ No لا

6. Has there been a death of a household member within the last 24 months?

هل توفي أحد أفراد الأسرة خلال الـ 24 شهرًا الماضية؟ □ Yes نعم □ No لا

7. Are there any abuse concerns at home (child, neglect, spousal) or has the child been abused or neglected?

هل هناك أي مخاوف من سوء المعاملة في المنزل (طفل ، إهمال ، زوج) أو هل تعرض الطفل للإساءة أو الإهمال؟

□ Yes نعم □ No لا

8. Has a family member struggled with substance abuse or been impacted by opioid abuse?

هل عانى أحد أفراد الأسرة من تعاطي المخدرات أو تأثر بتعاطي المواد الأفيونية؟

□ Yes نعم □ No لا

Please check all that apply يرجى التحقق من كل ما ينطبق

□ My child is currently enrolled in EHS EHSطفلي مسجل حاليا في برنامج □ My child is currently enrolled in HS HS طفلي مسجل حاليًا في

□ My child was in a different HS/EHS HS / EHS كان طفلي في نظام مختلف □ My child is enrolled in EHS, applying for HS HS ، ويتقدم بطلب ل EHS طفلي مسجل في

□ Sibling is currently enrolled is HS/EHS HS / EHS الأخوة مسجلون حاليًا □ Sibling was previously enrolled is HS/EHS HS / EHS كان الأخوة مسجلين سابقًا في

□ Family or friend العائلة أو الأصدقاء □ Former Parent والد سابق □ Community Event حدث مجتمعي □ Flyer نشرة إعلانية

□ Walk-in دخلت المكان □ Social Mediaوسائل التواصل الاجتماعي □ Mailings المراسلات □ Public Advertisement اعلانات عامة

□ Radio الراديو □ Local Agency Referral إحالة وكالة محلية □ Other اخري \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Section G: How did you hear about us? : كيف سمعت عنا؟ G القسم**

**Section H: Signature : التوقيع H القسم**

I certify that the information given is true to the best of my knowledge. I further understand that falsification of information could result in the dismissal of my child from this program. I am attaching the required documents to this application.

أشهد أن المعلومات المقدمة صحيحة على حد علمي. أفهم أيضًا أن تزوير المعلومات قد يؤدي إلى فصل طفلي من هذا البرنامج. أرفق المستندات المطلوبة بهذا الطلب

This application may be mailed to:يمكن إرسال هذا الطلب بالبريد إلي

MCCAA HS/EHS Post Office Box 1999 Mt. Juliet, Tn 37122

or dropped off at your local HS/EHS center

Staff use Only

**استخدام الموظفين فقط**

Date Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Staff initials:

**Parent/Guardian Signature: توقيع ولي الأمر /الوصي Date: التاريخ\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**