



# Early Head Start & Head Start

برنامج الرضع والأطفال الصغار

برنامج ما قبل المدرسة

## حول MCAA

MCAA هي منظمة غير ربحية ممولة فيدراليًا توفر رعاية مجانية للرضع والأطفال الصغار وخدمات ما قبل المدرسة المصممة لتعزيز الاستعداد للمدرسة للأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض.

يقدم برنامجنا:

- خدمات تعليمية شاملة وعالية الجودة لمرحلة الطفولة المبكرة
- فرص مشاركة الوالدين في الفصول الدراسية ، وتخطيط البرامج ، ولجان الآباء
- دعم الوالدين والتعليم
- المساعدة في ربط الآباء والأطفال بالخدمات والموارد الأخرى في المجتمع
- فحوصات الرؤية والسمع والأسنان للأطفال المسجلين بالإضافة إلى خدمات الصحة والصحة العقلية والتغذية الأخرى
- خدمات ما قبل الولادة
- و أكثر!

## ما هي المستندات التي يجب أن أقدمها؟

### وثائق الطفل المتقدم

- شهادة الميلاد
- سجل التطعيمات
- الحضانة والتبني والوصاية وأوامر الحماية (إن وجدت)
- وثائق الإعاقة أو ذوي الاحتياجات الخاصة بما في ذلك IEP / IFSP (إن وجدت)

### إثبات الاستحقاق

- TANF or SSI : خطاب المنفعة الذي يوضح المبلغ الجاري الذي يتم استلامه
- الأبناء بالتبني: خطاب التنسيب
- ظروف معيشية مؤقتة لفقدان السكن: توثيق كامل للوضع مدون خطيًا
- دخل الأسرة لأخر 12 شهرًا
- نموذج 1040 الضريبي الحالي للدخل الفردي بأمريكا W-2s
- آخر أربع 4 صكوك رواتب مع إجمالي السنة حتى تاريخه
- علي ان يكون المبلغ مدرجًا
- دعم الطفل لجميع الأطفال في المنزل
- نحن مطالبون بتوثيق آخر 12 شهرًا من دخل الأسرة من جميع المصادر. يختلف وضع دخل كل أسرة وقد يكون هناك مصادر دخل مختلفة أو أكثر. العناصر المذكورة أعلاه هي نقطة البداية للتحقق من الدخل. سيقوم فريق التسجيل لدينا بمراجعة الطلب وإبلاغك بالوثائق الأخرى المطلوبة إن وجدت.

## من هو المؤهل للحصول على الخدمات؟

## أسئلة ؟

- الأسر ذات الدخل المنخفض

- الحاصلون على TANF أو SSI أو SNAP

- الأطفال في رعاية التبني  
الشابات الحوامل

- الأسر التي تعيش حالة معيشية مؤقتة بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو ما شابه

اتصل بنا علي

615-742-1113

M-F

8:00 am –

4:30 pm

## أسئلة شائعة

هل يمكنني التقدم بطلب لطفلي المعاق؟

نعم ! نرحب بالأطفال ذوي الإعاقة أو ذوي الاحتياجات الخاصة ونشجع العائلات على التقدم بغض النظر عن الدخل.

كم من الوقت تستغرق العملية؟

نحن نبذل قصارى جهدنا للتحقق من الاستحقاق في أسرع وقت ممكن ويمكن للوالدين المساعدة من خلال ضمان توفير جميع عناصر الدخل / الاستحقاق المطلوبة بشكل كامل مع الطلب.

متى يجب أن أتقدم؟

نحن نقبل الطلبات ونسجل طوال العام ، لذا يرجى التقديم في أقرب وقت ممكن!

هل يحتاج طفلي إلى التدريب على استخدام الحمام؟

لا ، في الواقع ، نحن نعمل مع العائلات والأطفال للمساعدة في عملية التدريب على استخدام الحمام.

## كيف يمكنني تسليم طلبي؟

قم بتسليم طلبك في أي موقع تابع لـ MCAA  
EHS, HS, or PreK site.

بريد إلي: MCAAHS/EHS:

PO Box 1999

Mt. Juliet , TN 37121

يمكنك طباعة الطلب عبر الإنترنت ! قم  
بزيارة موقعنا علي :

<https://www.midcumberland.org>



Mid-Cumberland Community Action Agency  
2024-2025 Head Start / Early Head Start Application  
طلب هيد ستارت | هيد ستارت المبكرة 2024-2025

- Early Head Start – Age 0-3 on 08/15/2024  
08\15\2024 هيد ستارت المبكرة -العمر 0-3 في
- Head Start – Age 3-4 on 08/15/2024  
08\15\2024 هيد ستارت – العمر 3-4 في

Select the county of services: حدد مقاطعة الخدمات :	Cannon Cheatham Robertson Rutherford Sumner Trousdale Wilson Williamson Are you interested in full day/full year child care services? <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا هل أنت مهتم بخدمات رعاية الأطفال ليوم كامل   لعام كامل ؟
--	--

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

<b>Child's Last Name</b> اسم الطفل الأخير	<b>Child's First Name</b> اسم الطفل الأول	<b>Child's Middle Name</b> اسم الطفل الأوسط		
<b>Date of birth</b> تاريخ الميلاد ____/____/____	<b>Race</b> العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> White أبيض <input type="checkbox"/> Asian آسيوي <input type="checkbox"/> Pacific Islander جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> Black or African American أسود أو امريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق   متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> Other: أخرى: _____	<b>Primary Language</b> اللغة الأساسية <input type="checkbox"/> English الإنجليزية <input type="checkbox"/> Vietnamese الفيتنامية <input type="checkbox"/> Spanish إسباني <input type="checkbox"/> Arabic عربي <input type="checkbox"/> Other: أخرى: _____	<b>Limited English Proficiency?</b> إجادة محدودة للغة الإنجليزية ؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<b>Hispanic/Latino</b> اسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
<b>Gender</b> نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي				

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

<b>Living Address:</b> عنوان السكن _____ <b>Address</b> العنوان _____ <b>City</b> المدينة <b>State</b> الولاية <b>Zip Code</b> الرمز البريدي	<b>Family Status</b> الوضع العائلي <input type="checkbox"/> Foster Household الأسرة الحاضنة <input type="checkbox"/> Non-Parent Guardian وصي غير الوالد <input type="checkbox"/> One Parent Household أسرة يعولها والد واحد <input type="checkbox"/> Two Parent Household أسرة ذات والدين	<b>Child Custody</b> حضانة الأطفال <input type="checkbox"/> Mother الأم <input type="checkbox"/> Father الأب <input type="checkbox"/> Joint مشترك <input type="checkbox"/> Other أخرى
<b>Mailing Address:</b> (if different from living address) العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن عنوان السكن) _____ <b>Address</b> العنوان _____ <b>City</b> المدينة <b>State</b> الولاية <b>Zip Code</b> الرمز البريدي	<b>Housing</b> المسكن <input type="checkbox"/> Own تملك <input type="checkbox"/> Rent إيجار <input type="checkbox"/> Public Housing/ Section 8 مساكن عامة <input type="checkbox"/> Homeless بلا مأوي <input type="checkbox"/> Live with relative/friend العيش مع قريب/صديق	<b>Are there custody papers?</b> هل توجد أوراق حضانة ؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا

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

<input type="checkbox"/> Salary/Wage الراتب / الأجور	<input type="checkbox"/> Child Support دعم الطفل	<input type="checkbox"/> Unemployment البطالة	<input type="checkbox"/> Self-Employed العامل لحسابه الخاص
<input type="checkbox"/> Alimony/Pension النفقة / المعاش	<input type="checkbox"/> Social Security الضمان الاجتماعي		<input type="checkbox"/> SSDI تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/> SSI دخل تأميني إضافي	<input type="checkbox"/> WIC برنامج تغذية الصحة العامة		<input type="checkbox"/> Food Stamps/SNAP برنامج المساعدة الغذائية
<input type="checkbox"/> TANF/Families First مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة			<input type="checkbox"/> No income بدون دخل
<input type="checkbox"/> 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  
\*يرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً ومرتبطين بالطفل.

<b>Parent/Guardian Last Name</b> الاسم الأخير لولي الأمر / الوصي	<b>Parent/Guardian First Name</b> الاسم الأول لولي الأمر / الوصي
--	--

<b>Date of birth</b> تاريخ الميلاد ____/____/____	<b>Race</b> العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> White أبيض <input type="checkbox"/> Asian أسوي <input type="checkbox"/> Pacific Islander جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> Black or African American أسود أو امريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> Other: أخرى: _____	<b>Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message</b> رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة ____ - ____ - ____ (____) - ____ - ____ _____ <b>Email address</b> الايميل : _____
<b>Gender</b> نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي		

<b>Primary Language</b> اللغة الأساسية <input type="checkbox"/> English الإنجليزية <input type="checkbox"/> Spanish أسباني <input type="checkbox"/> Other اخري _____	<b>Limited English Proficiency?</b> أجادة محدودة للغة الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<b>Hispanic/Latino</b> اسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<b>Relationship to child</b> صلة القرابة للطفل <input type="checkbox"/> Biological parent الوالد البيولوجي <input type="checkbox"/> Adoptive parent والد بالتبني <input type="checkbox"/> Grandparent/Relative قريب/ الجد/ <input type="checkbox"/> Other اخر _____ <input type="checkbox"/> Step parent زوجة/ زوج اخر <input type="checkbox"/> Foster parent والد حاضن <input type="checkbox"/> Other اخر _____	<b>Military Status:</b> الوضع العسكري <input type="checkbox"/> Active نشط <input type="checkbox"/> Veteran محارب <input type="checkbox"/> Deployed منتشر <input type="checkbox"/> N/A لا يوجد
			<b>Lives in the household</b> يعيش في المنزل <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	

<b>Employment Status</b> الحالة الوظيفية <input type="checkbox"/> Full-time بدوام كامل <input type="checkbox"/> Part-time بدوام جزئي <input type="checkbox"/> Unemployed عاطل	<input type="checkbox"/> Stay at home parent رب منزل <input type="checkbox"/> Self-employed موظف حر <input type="checkbox"/> Seasonal Employee موظف موسمي	<input type="checkbox"/> Training or in school تدريب أو في المدرسة <input type="checkbox"/> Retired متقاعد <input type="checkbox"/> Disabled معاق	<b>How long have you been employed</b> منذ متي وانت تعمل؟
--	---	---	---

<input type="checkbox"/> <b>Expectant Mother</b> الأم الحامل	<b>Due date?</b> الموعد المحدد ____/____/____	<b>Have you seen a doctor regarding this pregnancy?</b> هل رايت طبيب بخصوص هذا الحمل؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
--	--	--

**Section D: Secondary Adult: Information about the secondary adult responsible for applying child** القسم D: البالغ الثانوي : معلومات عن البالغ الثانوي المسئول عن تقديم الطفل  
 \*Please only list adults in the household responsible for financially supporting applying child and are related to the child. يرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً ومرتبطين به

<b>Parent/Guardian Last Name</b> الاسم الأخير لولي الأمر/ الوصي _____	<b>Parent/Guardian First Name</b> الاسم الأول لولي الأمر / الوصي _____
---	--

<b>Date of birth</b> تاريخ الميلاد ____/____/____	<b>Race</b> العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> White أبيض <input type="checkbox"/> Asian أسوي <input type="checkbox"/> Pacific Islander جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> Black or African American أسود أو امريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> Other: أخرى: _____	<b>Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message</b> رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة ____ - ____ - ____ (____) - ____ - ____ _____ <b>Email address:</b> الايميل _____
<b>Gender</b> نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي		

<b>Primary Language</b> اللغة الأساسية <input type="checkbox"/> English الإنجليزية <input type="checkbox"/> Spanish أسباني <input type="checkbox"/> Other اخري _____	<b>Limited English Proficiency?</b> أجادة محدودة للغة الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<b>Hispanic/Latino</b> اسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	<b>Relationship to child</b> صلة القرابة للطفل <input type="checkbox"/> Biological parent الوالد البيولوجي <input type="checkbox"/> Adoptive parent والد بالتبني <input type="checkbox"/> Grandparent/Relative قريب/ الجد/ <input type="checkbox"/> Other اخر _____ <input type="checkbox"/> Step parent زوجة/ زوج اخر <input type="checkbox"/> Foster parent والد حاضن <input type="checkbox"/> Other اخر _____	<b>Military Status:</b> الوضع العسكري <input type="checkbox"/> Active نشط <input type="checkbox"/> Veteran محارب <input type="checkbox"/> Deployed منتشر <input type="checkbox"/> N/A لا يوجد
			<b>Lives in the household</b> يعيش في المنزل <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	

<b>Employment Status</b> الحالة الوظيفية <input type="checkbox"/> Full-time بدوام كامل <input type="checkbox"/> Part-time بدوام جزئي <input type="checkbox"/> Unemployed عاطل	<input type="checkbox"/> Stay at home parent رب منزل <input type="checkbox"/> Self-employed موظف حر <input type="checkbox"/> Seasonal Employee موظف موسمي	<input type="checkbox"/> Training or in school تدريب أو في المدرسة <input type="checkbox"/> Retired متقاعد <input type="checkbox"/> Disabled معاق	<b>How long have you been employed?</b> منذ متي وانت تعمل؟
--	---	---	--

**Section E: Other children and family members supported by guardian's income** القسم E : الأطفال الآخرون وأفراد الأسرة المعولون من دخل ولي الأمر  
 \*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. يرجى 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 تاتيح
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

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

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

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

1. Does your child have a disability? (If no, please go to question #6) هل طفلك يعاني من إعاقة؟ (إذا كانت الإجابة لا ، يرجى الانتقال إلى السؤال رقم 6) لا  Yes نعم  No لا
2. Type of special need or disability نوع الاحتياجات الخاصة أو الإعاقة \_\_\_\_\_
3. Has the disability been professionally diagnosed? هل تم تشخيص الإعاقة مهنيًا؟  Yes نعم  No لا  
If yes, what age? إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو العمر؟ \_\_\_\_\_  
By whom? بواسطة من \_\_\_\_\_
4. Does your child have an IEP or IFSP? هل لدى طفلك IEP أو IFSP؟  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  No لا If yes, please explain: 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: يرجى التوضيح: \_\_\_\_\_

Does the primary caregiver have a chronic health issue that affects daily living?(cancer, high blood pressure,etc.) هل يعاني مقدم الرعاية الأساسي من مشكلة صحية مزمنة تؤثر على الحياة اليومية؟ (السرطان، ارتفاع ضغط الدم، الخ)  Yes نعم  No لا

If yes, please describe: يرجى التوضيح: \_\_\_\_\_

1. Is your family currently experiencing problems with housing? هل عائلتك تعاني حاليًا 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 طفلي مسجل حاليًا في برنامج EHS
- My child was in a different HS/EHS كان طفلي في نظام مختلف HS / EHS
- Sibling is currently enrolled is HS/EHS الأخوة مسجلون حاليًا HS / EHS

- My child is currently enrolled in HS طفلي مسجل حاليًا في HS
- My child is enrolled in EHS, applying for HS طفلي مسجل في EHS ، ويتقدم بطلب ل HS
- Sibling was previously enrolled is HS/EHS كان الأخوة مسجلين سابقًا في HS / EHS

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

- Family or friend العائلة أو الأصدقاء  Former Parent والد سابق  Community Event حدث مجتمعي  Flyer نشرة إعلانية
- Walk-in دخلت المكان  Social Media وسائل التواصل الاجتماعي  Mailings المراسلات  Public Advertisement اعلانات عامة
- Radio الراديو  Local Agency Referral إحالة وكالة محلية  Other اخري \_\_\_\_\_

### Section H: Signature القسم H : التوقيع

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

Parent/Guardian Signature: توقيع ولي الأمر/الوصي \_\_\_\_\_

Date: التاريخ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

This application may be mailed to: يمكن إرسال هذا الطلب بالبريد إلى:  
MCCAA HS/EHS Post Office Box 1999 Mt. Juliet, Tn 37121  
or dropped off at your local HS/EHS center

Staff use Only  
استخدام الموظفين فقط

Date Received: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Staff initials: