



Early Head Start & Head Start

برنامج الرضع ، والأطفال الصغار

Cannon, Cheatham, Robertson,
Rutherford, Sumner, Trousdale, Wilson

برنامج ما قبل المدرسة

Cannon, Cheatham, Houston, Robertson,
Rutherford, Stewart, Sumner, Trousdale, Wilson

حول MCCA

MCCA 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 - عالية 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 النفسية والعقلية والتغذية الأخرى
- خدمات ما قبل الولادة
- و أكثر!

من هو المؤهل للحصول على الخدمات؟

- الأسر ذات الدخل المنخفض
- المستفيدين من TANF أو SSI أو SNAP
- الأطفال في رعاية التبني
- الشباب الحوامل
- الأسر التي تعاني من حالة معيشية مؤقتة بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو ما شابه

أسئلة ؟

اتصل بنا علي :
615-742-1113
Ext.
M-F
7:00am –3:30pm

ما هي المستندات التي يجب أن أقدمها؟

وثائق الطفل المتقدم

- شهادة الميلاد
- سجل التطعيمات
- الحضانه والتبني والوصاية ، أو امر 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 الساري الذي يتم استلامه
- الأبناء بالتبني: خطاب التنسيب
- ظروف معيشية مؤقتة لفقدان السكن: توثيق كامل للوضع مدون خطيًا
- دخل الأسرة لآخر 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

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.

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 أو مكان تابع لـ MCCA EHS أو HS أو PreK في الصندوق الأزرق الموجود على المبنى.

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 Stewart (Head Start only)	Cheatham هيد ستارت فقط	Houston (Head Start only) هيد ستارت فقط	Sumner	Trousdale	Robertson	Rutherford Wilson
هل أنت مهتم بخدمات رعاية الأطفال ليوم كامل لعام كامل ؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا							

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

Child's Last Name اسم الطفل الأخير	Child's First Name اسم الطفل الأول	Child's Middle Name اسم الطفل الأوسط
---------------------------------------	---------------------------------------	---

Date of birth تاريخ الميلاد ____/____/____	Race العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> Asian آسيوي <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: _____	Primary Language اللغة الأساسية <input type="checkbox"/> English انجليزي <input type="checkbox"/> Spanish إسباني <input type="checkbox"/> Other أخرى: _____	Limited English Proficiency? إجادة محدودة للغة الإنجليزية ؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	Hispanic/Latino اسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
Gender نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي				

Section B: Family Information القسم B : معلومات الأسرة

Living Address: عنوان السكن Address العنوان City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي	Family Status الوضع العائلي <input type="checkbox"/> Foster Household أسرة مؤقتة <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 الوالدين	Child Custody حضانة الأطفال <input type="checkbox"/> Mother الأم <input type="checkbox"/> Father الأب <input type="checkbox"/> Joint مشترك <input type="checkbox"/> Other أخرى
Mailing Address: (if different from living address) العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن عنوان السكن) Address العنوان City المدينة State الولاية Zip Code الرمز البريدي	Housing المسكن <input type="checkbox"/> Own تملك <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	Are there custody papers? 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) أنواع الدخل التي تحصل عليها أسرتك: الخدمات / أنواع الدخل التي تحصل عليها أسرتك: (حدد كل ما ينطبق)

Salary/Wages الراتب / الأجور Unemployment البطالة Self-Employed عامل لحسابه الخاص Annuity/Pension النفقة / المعاش
 Supplemental Security Income دخل اضافي من الضمان الاجتماعي Food Stamps/SNAP برنامج المساعدة الغذائية بدون دخل No income
 WIC مساعدة التغذية للأم والطفل TANF/Families First مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة Military Pay راتب عسكري

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 فقط إدراج البالغين المسؤولين ماليًا عن دعم الطفل أو الأم الحامل .

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

Date of birth تاريخ الميلاد ____/____/____	Race العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> Asian آسيوي <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: _____	Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة (____) - ____ - ____
Gender نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female انثي	Email address : الايمل	

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

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

<input type="checkbox"/> Expectant Mother الأم الحامل	Due date? الموعد المحدد ____/____/____	Have you seen a doctor regarding this pregnancy? 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. **يُرجى إدراج البالغين فقط في الأسرة المسؤولين عن إعالة الطفل مالياً ومرتبطين به.**

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

Date of birth تاريخ الميلاد ____/____/____	Race العرق <input type="checkbox"/> American Indian هندي امريكي <input type="checkbox"/> Asian أسوي <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 _____	Contact number - (circle one) Home, Cell, Work, Message رقم الاتصال - (ضع دائرة واحدة) المنزل ، هاتف خلوي ، العمل ، رسالة (____) - _____ - _____
Gender نوع الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى		Email address الإيميل :

Primary Language اللغة الأساسية <input type="checkbox"/> English إنجليزية <input type="checkbox"/> Spanish أسباني <input type="checkbox"/> Other أخرى _____	Limited English Proficiency? أجادة محدودة للغة الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	Hispanic/ Latino اسباني/ لاتيني <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	Relationship to child 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 آخر _____	Military Status العسكرية <input type="checkbox"/> Active نشط <input type="checkbox"/> Veteran محارب <input type="checkbox"/> Deployed منتشر <input type="checkbox"/> N/A لا يوجد
Lives in the household: يعيش في المنزل <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا				

Employment Status 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	How long have you been employed? 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 - الاخوة**

*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	Relationship to applying child	Date of Birth	Gender
	صلة القرابة بالطفل	تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى
			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى
			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى
			<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى

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 <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	Does the primary caregiver have a diagnosed disability? هل تم تشخيص إعاقة مقدم الرعاية الأساسي؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا If yes, please describe: : يرجى التوضيح :
2. Type of special need or disability نوع الاحتياجات الخاصة أو الإعاقة _____	
3. Has the disability been professionally diagnosed? هل تم تشخيص الإعاقة مهنيًا؟ If yes, what age? إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو العمر؟ _____ By whom? بواسطة من؟ _____	
4. Does your child receive an IEP or IFSP? هل لدى طفلك IEP أو IFSP؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	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) <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا If yes, please describe: يرجى التوضيح :
5. Is your child receiving special services for the disability? هل يتلقى طفلك خدمات خاصة للإعاقة؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا If yes, please explain: يرجى التوضيح :	

1. Is your family currently experiencing problems with housing? هل عائلتك تعاني حالياً من مشاكل في السكن؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	5. Has a household member been incarcerated during the lifetime? هل تم سجن أحد أفراد الأسرة خلال حياة الطفل؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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 شهراً الماضية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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 شهراً الماضية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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 مهاجراً خلال الـ 24 شهراً الماضية؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> 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
 Applicant/ Sibling was previously enrolled is HS/EHS مقدم الطلب / 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
 Walk-in دخلت المكان
 Radio الراديو
- Former Parent والد سابق
 Social Media وسائل التواصل الاجتماعي
 Local Agency Referral إحالة وكالة محلية
- Community Event حدث مجتمعي
 Mailings المراسلات
 Other اخري _____
- Flyer نشرة إعلانية
 Public Advertisement اعلانات عامة

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
أو تسليمها إلى مركز هيد ستارت/هيد ستارت المبكرة المحلي الخاص بك

Staff use Only

استخدام الموظفين فقط

Date Received ____/____/____
Staff initials: