



Early Head Start & Head Start

برنامج الرضع ، والأطفال الصغار

برنامج ما قبل المدرسة

حول MCAA

MCAA هي منظمة غير ربحية ممولة فيدراليًا تقدم خدمات رعاية الأطفال والرضع ورياض الأطفال مجانًا للعائلات، وتهدف إلى تعزيز الاستعداد للمدرسة للأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض.

يقدم برنامجنا:

- خدمات تعليمية شاملة - عالية الجودة لمرحلة الطفولة المبكرة
- فرص لمشاركة أولياء الأمور، مثل التطوع في الفصول الدراسية، وتخطيط فعاليات المركز، والمشاركة في صنع القرار والقيادة من خلال لجان أولياء الأمور ومجلس السياسات
- خدمات تثقيف الوالدين ودعم للأسر
- المساعدة في ربط أولياء الأمور والأطفال بالخدمات والموارد الأخرى في المجتمع
- فحوصات للرؤية والسمع والأسنان للأطفال المسجلين، بالإضافة إلى خدمات صحية ونفسية وخدمات تغذية أخرى
- واكثر!

من هو المؤهل للحصول على الخدمات؟

أسئلة ؟

- الأسر ذات الدخل المنخفض
- المستفيدون من TANF أو SSI أو SNAP
- الأطفال في رعاية التبني
- المراهقين الحوامل
- الأسر التي تعاني من حالة معيشية مؤقتة بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية أو لاسباب مشابهة

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

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.

هل يحتاج طفلي إلى التدريب على استخدام الحمام؟

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

ما هي المستندات التي يجب أن أقدمها؟

وثائق الطفل المتقدم

- شهادة الميلاد أو اي إثبات آخر لتاريخ ميلاد الطفل
- سجل التطعيمات
- الحضانة والتبني والوصاية ، أوامر الحماية (إن وجدت)
- وثائق الإعاقة أو ذوي الاحتياجات الخاصة بما في ذلك IEP / IFSP (إن وجدت)

إثبات الاستحقاق

- TANF, SSI, SNAP : خطاب او نسخة مطبوعة توضح المبلغ الساري الذي يتم استلامه

- الأبناء بالتبني: خطاب التنسيب
- ظروف معيشية مؤقتة لفقدان السكن: يرجى اثبات الوضع بالكامل ومدون خطيًا
- دخل الأسرة لآخر 12 شهرًا
- نموذج 1040 الضريبي الحالي للدخل الفردي بأمريكا
- W-2s
- آخر أربع 4 صكوك رواتب تتضمن 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.

كيف يمكنني تسليم طلبي؟

قم بتسليم طلبك في أي مكان تابع
أو MCAA EHS, HS
في الصندوق الأزرق
الموجود في المبنى.

يمكنك طباعة الطلب عبر الإنترنت! قم بزيارة
موقعنا التالي :

<https://www.midcumberland.org>

Mid-Cumberland Community Action Agency
2026-2027 Head Start / Early Head Start Application
طلب هيد ستارت | هيد ستارت المبكرة 2026-2027

□ Early Head Start – Age 0-3 on 08/15/2026
08\15\ 2026 هيد ستارت المبكرة -العمر 0-3 في
□ Head Start – Age 3-4 on 08/15/2026
08\15\ 2026 هيد ستارت – العمر 3-4 في

Select the county of services: حدد مقاطعة الخدمات :	Cannon Rutherford	Cheatham Stewart	Dickson Sumner	Houston	Humphreys Trousdale	Robertson Wilson
هل أنت مهتم بخدمات رعاية الأطفال ليوم كامل لعام كامل ؟	□ Yes نعم □ No لا		□ Yes نعم □ No لا		□ Yes نعم □ 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 □ American Indian هندي امريكي □ White ابيض □ Asian آسيوي □ Pacific Islander جزر المحيط الهادي □ Black or African American أسود أو امريكي من أصل أفريقي □ Bi-Racial/Multi-Racial ثنائي العرق \ متعدد الأعراق □ Other: أخري: _____	Primary Language اللغة الأساسية □ English انجليزي □ Vietnamese فيتنامي □ Spanish إسباني □ Arabic عربي □ Other أخري _____
Gender نوع الجنس □ Male ذكر □ Female انثي	Limited English Proficiency? إجادة محدودة للغة الإنجليزية ؟ □ Yes نعم □ No لا	Hispanic/Latino اسباني/ لاتيني □ Yes نعم □ No لا

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 □ Foster Household اسرة بالتبني □ Non-Parent Guardian وصي غير الوالد □ One Parent Household اسرة يعولها والد واحد □ Two Parent Household أسرة ذات والدين	Child Custody حضانة الأطفال □ Mother الأم □ Father الأب □ Joint مشترك □ Other أخري
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 □ Own تملك □ Rent إيجار □ Public Housing/ Section 8 مسكن عامة □ Homeless بلا مأوي □ Live with relative/friend العيش مع قريب/صديق	Are there custody papers? هل توجد أوراق حضانة ؟ □ Yes نعم □ No لا

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

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

Section C: Primary Adult: Information about adult responsible for applying child القسم C: البالغ الأساسي: معلومات حول الشخص البالغ المسؤول عن تقديم الطفل. يرجى فقط إدراج البالغين المسؤولين عن الدعم المالي عن الطفل المتقدم بالطلب وتربطهم صلة قرابة فقط.

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

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 □ American Indian هندي امريكي □ White ابيض □ Asian آسيوي □ Pacific Islander جزر المحيط الهادي □ Black or African American أسود 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 _____-_____-_____ (أسوي)
Gender نوع الجنس □ Male ذكر □ Female انثي		Email address الايمل : _____

Primary Language اللغة الأساسية □ English الإنجليزية □ Vietnamese فيتنامي □ Spanish إسباني □ Arabic عربي □ Other أخري _____	Limited English Proficiency? إجادة محدودة للغة الإنجليزية ؟ □ Yes نعم □ No لا	Hispanic/ Latino اسباني/ لاتيني □ Yes نعم □ No لا	Relationship to child صلة القرابة للطفل □ Biological parent الوالد البيولوجي □ Step parent زوجة/ زوج آخر □ Adoptive parent والد بالتبني □ Foster parent والد حاضن □ Grandparent/Relative الجد/ قريب □ Other أخري _____	Military Status: الوضع العسكري □ Active نشط □ Veteran محارب □ Deployed منتشر □ N/A لا يوجد
Lives in the household: يعيش في المنزل □ Yes نعم □ No لا				

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	How long have you been employed? منذ متى وانت تعمل ؟
--	---

□ Expectant Mother الأم الحامل	Due date? الموعد المحدد ____/____/____	Have you seen a doctor regarding this pregnancy? هل رايت طبيب بخصوص هذا الحمل ؟ □ Yes نعم □ 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.

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 أنثي	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"/> Step parent زوجة/ زوج آخر <input type="checkbox"/> Foster parent والد حاضن <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 -إدراج 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.
 * 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 حرف من الأوسط ، الاسم الأخير	Relationship to applying child صلة القرابة بالطفل	Date of Birth تاريخ الميلاد	Gender النوع
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثي
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثي
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثي
		____/____/____	<input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثي

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
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	If yes, please describe: يرجى التوضيح :
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 HS طفلي مسجل حالياً في برنامج HS
 My child was in a different HS/EHS كان طفلي في نظام مختلف HS / EHS
 Sibling is currently enrolled is HS/EHS الأخوة مسجلون حالياً HS / EHS
 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 سابقاً 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 أيضاً 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 657 S. Water Ave. Gallatin, TN 37066
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: