

دائرة خدمات الوظائف والأسر في أوهايو
الدائرة التعليمية في أوهايو
أداة فحص الأهلية لخدمات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة

<ul style="list-style-type: none">• أكمل نموذج أداة الفحص، JFS 01121.• قَدِّم هذا النموذج إلى مقدم الخدمة الخاص بك.• لا تقدم هذا النموذج إلى الدائرة التعليمية بأوهايو.• سيُعلمك مقدم الخدمة الخاص بك ما إذا كنت مؤهلاً للخدمة.	<p>كيف أقدم طلبًا للحصول على "خدمات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة" (ECE)؟</p>
<ul style="list-style-type: none">• أكمل نموذج أداة الفحص، JFS 01121، ونموذج الطلب التكميلي JFS 01122 للحصول على "رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام"، مع الإجابة عن أكبر قدر ممكن من الأسئلة. احرص على التوقيع على كلا النموذجين.• قَدِّم كلاً من النموذجين JFS 01121 و JFS 01122 إلى الهيئة المحلية في مقاطعتك.• أرفق الإثباتات بالنموذج JFS 01122 (انظر متطلبات التحقق أدناه).• سوف تُرسل إليك قائمة مراجعة الإثباتات عبر البريد في غضون 10 أيام من تاريخ تقديمك للطلب، في حالة الحاجة إلى معلومات إضافية من أجل اتخاذ قرار بشأن حالتك.• سيكون أمامك 30 يومًا من تاريخ تسلّم المقاطعة لطلبك لتقديم كل المعلومات اللازمة.	<p>كيف أقدم طلبًا للحصول على "رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام"؟</p>
<ul style="list-style-type: none">• إثبات الدخل: تشمل وثائق إثبات الدخل -على سبيل المثال لا الحصر- كشوفات الرواتب، والسجلات الضريبية، وخطابات المنح، وقرارات دعم الأطفال، وغيرها.• إثبات أي مبالغ تم دفعها لدعم الأطفال.• إثبات المواطنة أو حالة "الأجنبي المؤهل" بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون إلى الرعاية: إذا تحققت هيئة المقاطعة من أنك قد قدمت بالفعل إثباتًا على المواطنة يؤهلك للحصول على OWF، فلن تضطر إلى تقديمه مرة ثانية.• إثبات على نشاط مؤهل لجميع القائمين على الرعاية في الأسرة: يشمل إثبات النشاط المؤهل -على سبيل المثال لا الحصر- جدول مواعيد مدرسي رسمي، أو جدول مواعيد العمل، أو إثبات وظيفة، أو عقد اكتفاء ذاتي، أو غير ذلك.• اكتب اسم مقدم رعاية أطفال مؤهل يتم اختياره لكل طفل يحتاج إلى الرعاية، وعنوان مقدم الرعاية هذا. (انظر أدناه للاطلاع على نصائح بشأن كيفية اختيار مقدم الرعاية).	<p>ما الإثباتات التي أحتاج إليها للحصول على "رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام"؟</p>
<p>يساعد نظام Step Up To Quality الأسر على تحديد برامج رعاية الأطفال التي تقدم أكثر من المعايير الدنيا للترخيص. وتشير البرامج الحاصلة على تقييم بالنجوم إلى مستويات جودة أعلى بصور شتى. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لرعاية الأطفال ODJFS على http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm وانقر فوق "Step Up To Quality".</p>	<p>ما هو نظام Step Up To Quality (الارتقاء نحو الجودة)؟</p>
<p>ECE: إذا كنت تريد عرض خريطة توضح مقدمي خدمة التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة، يُرجى زيارة http://education.ohio.gov/Topics/Early-Learning/Early-Childhood-Education-Grant</p> <p>رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام: يجوز للوالدين اختيار أي برنامج معتمد لتقديم "رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام". وتشمل هذه البرامج: المراكز، والمنازل الأسرية لرعاية الأطفال، ووسائل المساعدة داخل المنزل المنتشرة في أنحاء ولاية أوهايو.</p> <ul style="list-style-type: none">• إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة فيما يتعلق باختيار مقدم رعاية أطفال ممول من القطاع العام، يمكنك الاتصال بجهة الموارد والإحالة المحلية الخاصة برعاية الأطفال. تفضل بزيارة http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm للحصول على معلومات الاتصال.• يجوز لك استخدام دليل رعاية الأطفال ODJFS في البحث عن برامج تناسب احتياجاتك من خدمات رعاية الأطفال من خلال http://childcaresearch.ohio.gov. يتيح لك هذا الدليل البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، والخدمات التي يقدمها، وأيام العمل وساعاته. كما تتوفر معلومات عن كل برنامج؛ بما في ذلك تصنيفه على نظام Step Up To Quality، وأي اعتماد إضافي أو انتساب لجهة، والتفتيشات على الترخيص، والشكاوى المثبتة بالأدلة.	<p>كيف أختار مقدم الرعاية؟</p>

يتبع في الصفحة التالية

رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام: تتحدد أهليتك لبرنامج "رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام" في غضون 30 يومًا من تاريخ تلقي المقاطعة للطلب الموقَّع عليه. إذا تمت الموافقة على هذا الطلب، وأصبحت مؤهلاً للحصول على مزايا رعاية الأطفال، فإن هيئة المقاطعة قد تصرِّح لك بمبلغ يُدفع من أجل رعاية طفلك بدءًا من تاريخ تلقي المقاطعة لهذا الطلب.

كيف أحصل على مساعدة فيما يخص استكمال هذا الطلب؟

ECE: إذا كنت تحتاج إلى مساعدة فيما يخص هذا الطلب، فاطلب المساعدة من مقدم الخدمة الخاص بك. رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام: إذا لم تكن اللغة العربية لغتك الأساسية، فإن هيئة المقاطعة ستوفر لك شخصًا يساعدك في فهم الأسئلة الواردة في هذا الطلب. إذا كنت مصابًا بإعاقة جسدية أو سمعية أو بصرية، فسوف تساعدك الهيئة التابعة للمقاطعة في إكمال هذا الطلب.

ماذا إذا كان طفلي يعاني من إعاقة أو إذا كنت أشك في أنه قد يكون مصابًا بتأخر النمو؟

● لمعرفة المزيد عن خدمات التدخل المبكر والفحوصات الصحية في Medicaid، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بدائرة خدمات الوظائف والأسر في أوهايو على <http://ifs.ohio.gov/CDC/childcare.stm> والنقر فوق "Families".
● رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام: قد تحقق المساعدة الإضافية لمقدم الرعاية لطفلك إذا تحتم عليه اتخاذ تدابير تيسيرية خاصة تلائم طفلك. ويجوز لمقدم الرعاية الاتصال بالهيئة التابعة لمقاطعتك من أجل الحصول على مزيد من المعلومات.

كيف أقدم شكوى بشأن مقدم الرعاية؟

ECE (ODE): إذا كان البرنامج مرخصًا من قبل ODE، فاتصل على رقم 614-466-0224.

رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام (ODJFS): إذا كان البرنامج مرخصًا من قبل ODJFS، فاتصل على رقم 1-877-302-2347، الخيار 4.

دائرة خدمات الوظائف والأسر في أوهايو
الدائرة التعليمية في أوهايو
أداة فحص الأهلية لخدمات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة

أخبرنا عن نفسك (مقدم الطلب)			
الاسم الأخير		اختصار الاسم الأوسط	الاسم الأول
تاريخ اليوم		العنوان	
الرمز البريدي	المقاطعة	الولاية	المدينة
عنوان البريد الإلكتروني		رقم هاتف إضافي ()	رقم الهاتف ()

أخبرنا عن الأشخاص الذين يعيشون في منزلك							
مواطن أمريكي نعم أم لا	النوع ذكر أم أنثى	تاريخ الميلاد	اللغة التي يتحدثها الشخص	من أصل إسباني أو لاتيني نعم أم لا	العرق	صلة قرابته بك (زوج أو زوجة، ابن، صديق، إلخ.)	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)
					<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان الاسكا الأصليين/هندي أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> من جزيرة هاواي/جزر المحيط الهادئ	أنا	
					<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان الاسكا الأصليين/هندي أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> من جزيرة هاواي/جزر المحيط الهادئ		
					<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان الاسكا الأصليين/هندي أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> من جزيرة هاواي/جزر المحيط الهادئ		
					<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان الاسكا الأصليين/هندي أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> من جزيرة هاواي/جزر المحيط الهادئ		
					<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان الاسكا الأصليين/هندي أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي <input type="checkbox"/> من جزيرة هاواي/جزر المحيط الهادئ		

أخبرنا عن الاحتياجات الخاصة بطفلك (أطفالك)

الطفل الأول	اسم مقدم الخدمة وعنوانه	احتياجات الطفل	ما الساعات/الأيام التي تحتاج إلى الخدمات خلالها؟ (مثل رعاية الأطفال أو فترة المدرسة) اختر جميع ما ينطبق
الاسم		هل لديك ثمة مخاوف تقلقك بشأن نمو طفلك أو تطوره، أو كليهما؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صف ذلك:	<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> فترات الصباح <input type="checkbox"/> فترات الظهر <input type="checkbox"/> فترات المساء <input type="checkbox"/> عطلات نهاية الأسبوع
اسم أم الطفل قبل الزواج			ما اسم الإدارة التعليمية التي تتبعها مدرسة الطفل؟
المدينة التي وُلد بها الطفل			
الطفل الثاني	اسم مقدم الخدمة وعنوانه	احتياجات الطفل	ما الساعات/الأيام التي تحتاج إلى الخدمات خلالها؟ (رعاية الأطفال أو فترة المدرسة) اختر جميع ما ينطبق
الاسم		هل لديك ثمة مخاوف تقلقك بشأن نمو طفلك أو تطوره، أو كليهما؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صف ذلك:	<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> ساعات الصباح <input type="checkbox"/> ساعات الظهر <input type="checkbox"/> فترات المساء <input type="checkbox"/> عطلات نهاية الأسبوع
اسم أم الطفل قبل الزواج			ما اسم الإدارة التعليمية التي تتبعها مدرسة الطفل؟
المدينة التي وُلد بها الطفل			
الطفل الثالث	اسم مقدم الخدمة وعنوانه	احتياجات الطفل	ما الساعات/الأيام التي تحتاج إلى الخدمات خلالها؟ (رعاية الأطفال أو فترة المدرسة) اختر جميع ما ينطبق
الاسم		هل لديك ثمة مخاوف تقلقك بشأن نمو طفلك أو تطوره، أو كليهما؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صف ذلك:	<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> ساعات الصباح <input type="checkbox"/> ساعات الظهر <input type="checkbox"/> فترات المساء <input type="checkbox"/> عطلات نهاية الأسبوع
اسم أم الطفل قبل الزواج			ما اسم الإدارة التعليمية التي تتبعها مدرسة الطفل؟
المدينة التي وُلد بها الطفل			

أخبرنا عن ظروفك المادية

هل ستتلقى أنت أو الأشخاص المقيمون في منزلك دخلاً هذا الشهر؟

نعم لا

يشير الدخل إلى كل الأموال التي تتلقاها أنت والأشخاص المقيمون في منزلك مثل أجور الوظائف، ودعم الطفل/الزوج/الزوجة/الدعم الطبي، ومخصصات ذوي الإعاقات، ومخصصات التقاعد، ومكافآت العمال، والضمان الاجتماعي، والدخل من التأمين التكميلي (SSI)، ومخصصات المحاربين القدامى، إلخ. إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إكمال الجدول أدناه.

الاسم	نوع الدخل	مبلغ الدخل (قبل احتساب الضرائب)	معدل الحصول على الدخل (أسبوعيًا، كل أسبوعين، إلخ)	تاريخ آخر مرة تم تلقي الدخل فيها	جدول العمل أو المدرسة (يُرجى إدراج الأوقات)
					<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت
					<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت
					<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت
					<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت
					<input type="checkbox"/> الأحد <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الأربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت

نعم لا

هل تدفع أنت أو أي شخص في أسرتك مقابل دعم الزوج/الزوجة أو الأطفال؟
كم يبلغ؟

توقيع مقدم الطلب

التاريخ