

لاستخدام الموظفين فقط:

مبادرة رؤى  
الخدمة



استمارة تقديمية ورقية خاصة بـ Link2Feed – يرجى الكتابة بوضوح

معلومات شخصية

* اسم العائلة: _____ * الاسم: _____	
* تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ (شهر/يوم/سنة) تاريخ الميلاد المقدر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
* هل أنت ملتحق بهذه المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الصف؟ _____	
* الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> متحول جنسياً <input type="checkbox"/> غير معن <input type="checkbox"/> أخرى	
* الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> غير معن <input type="checkbox"/> زواج عرفي	
* العنوان: _____ العنوان (السطر2): _____	
* المدينة: _____ * الولاية: _____ * الرمز البريدي: _____ <input type="checkbox"/> لا يوجد عنوان ثابت	
* نوع السكن: <input type="checkbox"/> مأوى لحالات الطوارئ / بيت البعثة / مقرّ انتقالي <input type="checkbox"/> استئجار خاص <input type="checkbox"/> مع العائلة/الأصدقاء <input type="checkbox"/> مُبعد <input type="checkbox"/> دار/مأوى للشباب <input type="checkbox"/> إسكان عام (اجتماعي) <input type="checkbox"/> سكن عسكري <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> منزل خاص <input type="checkbox"/> غير معن <input type="checkbox"/> مشرد	
عنوان (عناوين) البريد الإلكتروني: _____ رقم (أرقام) الهاتف: _____	
اللغة (اللغات) المحكيّة: <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> أخرى: _____	
* العرق / الإثنية (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> أبيض / أنجلو <input type="checkbox"/> أمريكي أسود / من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> هسباني / لاتيني <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإفصاح عنه <input type="checkbox"/> هندي أمريكي / أمريكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> سكان ألاسكا الأصليين / الأوت/إسكيمو <input type="checkbox"/> شرق أوسطي / شمال أفريقي <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معن	
التحديد الذاتي للهوية: <input type="checkbox"/> الخدمة العسكرية – لم يخدم أبداً في الجيش <input type="checkbox"/> الخدمة العسكرية – الآن في الخدمة الفعلية <input type="checkbox"/> الخدمة العسكرية - فقط في قوات الاحتياط أو الحرس الوطني <input type="checkbox"/> إعاقة <input type="checkbox"/> مهاجر جديد <input type="checkbox"/> محارب قديم <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> مُبعد <input type="checkbox"/> مرض عقلي <input type="checkbox"/> حامل <input type="checkbox"/> نفاس <input type="checkbox"/> رضاعة طبيعية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> غير معن	

التعليم	
<input type="checkbox"/> درجة الماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه <input type="checkbox"/> غير معطن	<input type="checkbox"/> مرحلة ما بعد الثانوية (بعض) <input type="checkbox"/> شهادة التأهيل المهني / مدرسة التجارة <input type="checkbox"/> درجة الدراسة لمدة سنتين <input type="checkbox"/> درجة الدراسة لمدة أربع سنوات
<input type="checkbox"/> الصفوف من الروضة إلى 8 <input type="checkbox"/> الصفوف من 9 إلى 11 <input type="checkbox"/> شهادة المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> التنمية التربوية العامة (GED)	
<input type="checkbox"/> * أعلى مستوى تعليمي تم تحصيله:	
دخل الأسرة الشهري	
<input type="checkbox"/> العمل بدوام كامل <input type="checkbox"/> العمل بدوام جزئي <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> لا يوجد دخل <input type="checkbox"/> غير معطن <input type="checkbox"/> أخرى: _____	<input type="checkbox"/> المبلغ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
<input type="checkbox"/> * مصادر دخلك:	
<input type="checkbox"/> الخدمة الاجتماعية التي تم تلقّيها:	
<input type="checkbox"/> مساعدة مستمرة مقدمة من مستشارين مرخص لهم في مجال الإدمان السريري (LCAC) <input type="checkbox"/> مستحقات مقدمة من الضمان الاجتماعي للناجين <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) <input type="checkbox"/> مساعدة TANF (المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة) <input type="checkbox"/> مساعدة المحاربين القدامى ومعاش تقاعدي للحضور <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة في الطاقة في ولاية ماريلاند (MEAP) <input type="checkbox"/> برنامج ميديكيد (Medicaid) <input type="checkbox"/> برنامج ميديكير (Medicare) <input type="checkbox"/> برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال (WIC) <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> تقديم المساعدة إلى المسنين أو المكفوفين أو ذوي الاحتياجات الخاصة <input type="checkbox"/> برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) <input type="checkbox"/> برنامج الخدمة الكهربائية الشاملة (EUSP) <input type="checkbox"/> وجبة إفطار مدرسية مجانية أو مخفضة السعر <input type="checkbox"/> * SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية) <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي للمعوقين <input type="checkbox"/> برنامج الضمان الاجتماعي للمتقاعدين <input type="checkbox"/> وجبة غداء مدرسية مجانية أو بأسعار مخفضة <input type="checkbox"/> برنامج مساعدة الأطفال من عائلات ذات دخل محدود <input type="checkbox"/> المساعدة السكنية (القسيمة، القسم 8، أو الإعانات الأخرى)
الاعتبارات الغذائية	
<input type="checkbox"/> حساسية على مشتقات الألبان <input type="checkbox"/> مرض السكري <input type="checkbox"/> حساسية على البيض <input type="checkbox"/> حساسية على الغلوتين <input type="checkbox"/> نباتي صرف	<input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> كوشر <input type="checkbox"/> حساسية على الفول السوداني <input type="checkbox"/> نباتي
<input type="checkbox"/> حساسية على لحم الخنزير <input type="checkbox"/> حساسية على الأطعمة البحرية <input type="checkbox"/> حساسية على الكبريت <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)	<input type="checkbox"/> ملاحظات <input type="checkbox"/> (قم بتضمين أي معلومات تريد أن نعرفها. مثال: "نحن لا نأكل اللحوم". "نحتاج إلى حفاضات".)

## أفراد أسرتك في المنزل

(معلومات حول أفراد الأسرة و/أو الأصدقاء الذين يعيشون معك في منزلك)

\* الاسم:

\* اسم العائلة:

\* تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (شهر/يوم/سنة) تاريخ الميلاد المقدر؟  نعم  لا

\* هل يتحققون بهذه المدرسة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الصّف؟

\* جنسهم:

أنثى  متحول جنسيًا  غير معلن  أخرى

\* صلة القرابة بي:

زوجة  ابن  والد  أخ  حفيد  جد  غير ذلك من الأقارب  
 صديق/صديقة  شريك بزواج عرفي  رفيق  غير معلن  أخرى

\* إنثيتهم:

أبيض/أنجلو  أمريكي أسود/من أصل أفريقي  هسباني/لاتيني  من سكان ألaska الأصليين / الألو / إسكيمو  
 أمريكي هندي/ أمريكي أصلي  آسيوي  لا شيء  
 شرق أوسطي / شمال أفريقي  من سكان جزر المحيط الهادئ  لا شيء  
 أخرى  غير معلن

\* هل ينطبق أي مما يلي على هذا الشخص:

الخدمة العسكرية - أبداً  الخدمة العسكرية - الآن في الخدمة  الخدمة العسكرية - في الخدمة الفعلية فقط خدم في الجيش  
 إعاقة  حامل  نفاس  للتدريب في قوات الاحتياط أو الحرس الوطني  
 رضاعة طبيعية  مهاجر جديد  محارب قديم  مرض عقلي  
 لاجئ  مُبعد  مرض عقلي  
 أخرى  لا شيء  غير معلن

\* الاسم:

\* اسم العائلة:

\* تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (شهر/يوم/سنة) تاريخ الميلاد المقدر؟  نعم  لا

\* هل هم ملتحقون بهذه المدرسة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الصّف؟

\* جنسهم:

أنثى  متحول جنسيًا  غير معلن  أخرى

\* صلة القرابة بي:

زوجة  ابن  والد  أخ  حفيد  جد  غير ذلك من الأقارب  
 صديق/صديقة  شريك بزواج عرفي  رفيق  غير معلن  أخرى

\* إنثيتهم:

أبيض/أنجلو  أمريكي أسود/من أصل أفريقي  هسباني/لاتيني  من سكان ألaska الأصليين / الألو / إسكيمو  
 أمريكي هندي/ أمريكي أصلي  آسيوي  لا شيء  
 شرق أوسطي / شمال أفريقي  من سكان جزر المحيط الهادئ  لا شيء  
 أخرى  غير معلن

\* هل ينطبق أي مما يلي على هذا الشخص:

الخدمة العسكرية - أبداً  الخدمة العسكرية - الآن في الخدمة  الخدمة العسكرية - في الخدمة الفعلية فقط خدم في الجيش  
 إعاقة  حامل  نفاس  للتدريب في قوات الاحتياط أو الحرس الوطني  
 رضاعة طبيعية  مهاجر جديد  محارب قديم  مرض عقلي  
 لاجئ  مُبعد  مرض عقلي  
 أخرى  لا شيء  غير معلن

\* اسم العائلة:

\* الاسم:

\* تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (شهر/يوم/سنة) تاريخ الميلاد المقدر؟  نعم  لا

\* هل هم ملتحقون بهذه المدرسة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الصف؟ \_\_\_\_\_

جنسهم:

\*  ذكر  أنثى

\* صلة القرابة بي:

\*  زوجة  ابن  والد  أخ  متحول جنسيًا  غير مععلن  أخرى

\*  صديق/صديقة  شريك بزواج عرفي  رفيق  حفيد  جد  غير ذلك من الأقارب  أخرى

\* إنثيتهم:

\*  أبيض/أنجلو  أمريكي هندي/ أمريكي أصلي

\*  أمريكي هندي/ أمريكي أصلي  أسبوي  أمريكي أسود/من أصل أفريقي

\*  شرق أوسطي / شمال أفريقي  من سكان جزر المحيط الهادئ  هسباني/لاتيني

\*  أخرى  لا شيء

\* هل ينطبق أي مما يلي على هذا الشخص:

\*  الخدمة العسكرية -  الخدمة العسكرية - الآن في الخدمة  الخدمة العسكرية - في الخدمة الفعلية فقط خدم في الجيش

\*  لم يخدم أبدًا في الجيش  حامل

\*  إعاقة  مهاجر جديد

\*  رضاعة طبيعية  مُبعد

\*  لاجئ  لا شيء

\*  أخرى  غير مععلن

\* اسم العائلة:

\* الاسم:

\* تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (شهر/يوم/سنة) تاريخ الميلاد المقدر؟  نعم  لا

\* هل هم ملتحقون بهذه المدرسة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الصف؟ \_\_\_\_\_

جنسهم:

\*  ذكر  أنثى

\* صلة القرابة بي:

\*  زوجة  ابن  والد  أخ  متحول جنسيًا  غير مععلن  أخرى

\*  صديق/صديقة  شريك بزواج عرفي  رفيق  حفيد  جد  غير ذلك من الأقارب  أخرى

\* إنثيتهم:

\*  أبيض/أنجلو  أمريكي هندي/ أمريكي أصلي

\*  أمريكي هندي/ أمريكي أصلي  أسبوي  أمريكي أسود/من أصل أفريقي

\*  شرق أوسطي / شمال أفريقي  من سكان جزر المحيط الهادئ  هسباني/لاتيني

\*  أخرى  لا شيء

\* هل ينطبق أي مما يلي على هذا الشخص:

\*  الخدمة العسكرية -  الخدمة العسكرية - الآن في الخدمة  الخدمة العسكرية - في الخدمة الفعلية فقط خدم في الجيش

\*  لم يخدم أبدًا في الجيش  حامل

\*  إعاقة  مهاجر جديد

\*  رضاعة طبيعية  مُبعد

\*  لاجئ  لا شيء

\*  أخرى  غير مععلن

