

**Completely KIDS 2020/2021**

"كل ما يتعلّق بالأطفال"

بناء المجتمعات للأطفال والعوائل

معلومات عن البرنامج والتسجيل، 2020-2021

2566 St. Mary's Avenue – Omaha, Nebraska 68105

إستمارة تسجيل الطلبة (form continued on back) Registration Form

**Student Information** معلومات الطالب

First Name \_\_\_\_\_: الأسم الأول:

Last Name \_\_\_\_\_: اللقب:

Preferred Name/Nickname \_\_\_\_\_: الأسم المفضّل (الكنية):

Preferred Pronouns \_\_\_\_\_: الضمانر التي قد يفضّل إستخدامها قبل الأسم:

Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_: تاريخ الولادة:

Age \_\_\_\_\_: العمر:

Gender: Male  Female  ذكر  أنثى

Nationality/Country of Origin \_\_\_\_\_: الجنسية/ بلد الأصل:

Participation: New  (لأول مرة) جديد

Returning  مشاركة متجددة أخرى

School \_\_\_\_\_: المدرسة:

Grade \_\_\_\_\_: الصف:

رقم بطاقة الطالب التعريفية الخاصة بمدارس أوماها العامة (OPS) وهي متكونة من 6 أرقام

OPS 6-Digit Student ID \_\_\_\_\_

هل يتوفّر لطفلك لطفلك جهاز إلكتروني للإستعمال (كوميبيوتر، آي باد ... الخ): نعم  لا

Does your child have access to an electronic device? Yes  No

هل يتوفّر لطفلك إنترنت للإستعمال: نعم  لا

Does your child have internet access? Yes  No

Student Email \_\_\_\_\_: عنوان البريد الإلكتروني للطالب:

Teacher Name \_\_\_\_\_: أسم المعلم (المعلمة):

Teacher Email \_\_\_\_\_: عنوان البريد الإلكتروني للمعلم (المعلمة):

الأطفال الآخرون المسجّلون ببرنامج Completely Kids (يرجى ذكر الأسم الأول واللقب) :

Other children in Completely KIDS program (list first and last names)

الغداء المدرسي (إختر أحد الإختيارات):  مجاني  مخفّض  غيرمستحق   
School Lunch (select one): Free \_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_ Not Eligible \_\_\_\_

العرق (الأثنية) أختَر واحد من الإختيارين: Ethnicity (select one)  
من العرق الهسباني (اللاتيني)  Hispanic or Latino  
ليس من العرق الهسباني (اللاتيني)  Not Hispanic or Latino

العرق (أختَر العرق الأساسي): Race (select primary):  
أبيض/قوقازي (WH)  White/Caucasian (WH)  
آسيوي (AS)  Asian (AS)  
أسود/أفريقي أمريكي (BL)  Black/African American (BL)  
من سكان الهاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين (HI)   
Native Hawaiian/Pacific Islander (HI)  
الأمريكان الهنود (السكان الأصليين) (AM)  American Indian/Native American (AM)

يسمح لطفلي المشي الى البيت، وأني على معرفة كاملة وموافقة بأن (Completely Kids)   
غيرمسؤولة عن طفلي (طفلتي) بعد أن يغادر (تغادر) البرنامج: نعم  لا   
My child has permission to walk home, and I understand that Completely KIDS is not responsible for my child after he/she has left program: Yes  No

أن طفلي يستقل الحافلة (الباص) للمواصلات: نعم  لا   
My Child takes the bus: Yes ---- No ----

طفلي يستخدم الأدوية: نعم  لا   
My child takes medication: Yes  No   
(أذكر أسماء الأدوية): (List medications):

---

---

لدى طفلي الاحتياجات الخاصة التالية:

My child has the following special needs:

الحالات الطبية، الحساسيات، حالات عدم التحمل لما يلي، (يرجى إعطاء تعليمات واضحة في حالة حصول حالة صحية أو نوبة حساسية):

Medical Conditions, allergies or intolerances (Please give clear instructions in the event of medical episode or reaction).

هل هناك أي أوامر للحضانة أو التقييدات القانونية تخص الطفل وعلينا معرفتها؟ إذا كانت الإجابة نعم فيرجى شرح ذلك:  
Are there any restraining or custody orders involving your child that we need to be aware of? If yes, please explain. \_\_\_\_\_

لا يسمح للأشخاص التالية أسمائهم أستلام أطفالتي:

The following people **ARE NOT** authorized to pick up my children:

يسمح للأشخاص المدرجة معلوماتهم أدناه إستلام أطفالتي من البرنامج:

The following emergency contact **ARE AUTHORIZED** to pick up my children:

الأسم: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
علاقته بالطفل: \_\_\_\_\_  
Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
الأسم: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
علاقته بالطفل: \_\_\_\_\_  
Relationship to Child: \_\_\_\_\_

المعلومات الطبية الخاصة بطفلي: MY CHILD'S MEDICAL INFORMATION

أسم الطبيب: \_\_\_\_\_  
Doctor's Name: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

أسم شركة التأمين الصحي: \_\_\_\_\_  
Name of Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

رقم بوليصة التأمين الصحي: \_\_\_\_\_  
Policy #: \_\_\_\_\_

أسم طبيب الأسنان: \_\_\_\_\_  
Dentist's Name: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

أسمح ل(Completely Kids) بالاتصال بالطبيب أو طبيب الأسنان في الحالات الإضطرابية □

I give consent to (Completely Kids) to contact my child's physician/dentist in the case of emergency.

ملاحظة: ستقوم Completely Kids باتخاذ الإجراءات اللازمة في حالات الطوارئ أوإذا ما دعت الضرورة.  
Completely Kids will arrange for emergency medical care if necessary.

تصريح باستلام والموافقة على الوثائق:

**Documentation & Authorization Release:**

أنا أخوّل مدرسة طفلي بإعطاء نسخة من أحدث سجل التطعيمات والسجلات الطبية والتقارير الفيزيائية التي تخص طفلي الى  
 (Kids Completely)

**I authorize my child's school to release to Completely KIDS a copy of my child's most recent immunization and/or physical records.**

أرسم دائرة حول: (أسمح) (لا أسمح) ل (Kids Completely) وشركائها المعتمدون باستخدام صور والتسجيلات  
والتصريحات من طفلي حسب الحاجة.

**Completely KIDS, and approved partners, has permission to use my child's images, recordings and statements as set forth in the Publication Consent or DECLINE (circle if decline.**

أسمح لبرنامج Completely Kids بالاتصال بطفلي عبر البريد الإلكتروني (الايمل)   
**I give Completely KIDS permission to contact my child via email.**

لقد تسلّمت وأنا موافق على الضوابط والشروط في كتيب "الأهالي والطلبة"، والمعلومات المدرجة في منشور وزارة  
الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS) الخاص بالأباء والأمهات.

**I have received and agree to the Terms and Conditions in the Parent and Student Handbook, and DHHS Parent Information Brochure.**

قد تم إعلامي بإجراءات وتكاليف والتوقعات الخاصة ب (Title XX)   
**I have been informed of Title XX Procedures, Rates and Expectations.**

بموجب هذا التصريح، لا أحمل برنامج (Completely KIDS) أية مسؤولية عن مشاركة طفلي بالنشاطات التي تخص  
البرنامج.

**I wish to enroll my child in the Completely KIDS program and hereby release Completely KIDS from any and all liabilities resulting from said child participating in program activities.**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ الأب، الأم / ولي الأمر:

Date: \_\_\_\_\_ التاريخ:

تحويل السماح بالمشاركة وعدم تحميل المسؤولية:

### **Release of Liability and Consent to Participation:**

#### **المشاركة في جميع الفعاليات**

أنا أسمح بمشاركة طفلي (أطفالي) بجميع النشاطات والفعاليات في البرنامج بما في ذلك (ولا تقتصر على): المساعدة التعليمية والبرامج الترفيهية، الرحلات الميدانية وحضور المناسبات خارج موقع البرنامج، استخدام المواصلات من وإلى مكان المناسبات والفعاليات سواء كانت مواصلات خاصة أو عن طريق شركة، كل البرامج التي يترأى برنامج ( Completely Kids) استخدامها مع التأكيد انها بغاية الأهمية لتنمية وتطوير مهارات السلامة والتعليم ومهارات الحياة الشخصية للطفل.

#### **PARTICIPATION IN ALL ACTIVITIES**

I give permission for my child(ren) to participate in all the program activities including but not limited to: academic assistance and recreational programs, off-site events and/or field trips, transportation to and from all events whether private or agency provided, all programs which Completely KIDS deems vital to the safety, academic and personal life skill development of my child.

#### **الحضور المنتظم والسلوك المهذب**

أني على معرفة بأن مشاركة طفلي (أطفالي) ببرنامج ( Completely Kids) هي طوعية واختيارياً، وأن نجاحه (نجاحها) يعتمد على الحضور المنتظم والألتزام بضوابط السلوك. وإني على علم بأنه قد تتم إزالة طفلي من البرنامج بسبب عدم الحضور المنتظم أو مشاكل في السلوك والتعليمات المنصوص عليها في كتيب "الأهالي والطلبة" والذي تسلمت نسخة منه.

#### **CONSISTENT ATTENDANCE & APPROPRIATE BEHAVIOR**

I understand that my child(ren)'s participation in Completely KIDS is voluntary and his/her success depends on consistent attendance and adherence to behavior guidelines, as set forth in the Parent and Student Handbook, a copy of which I have received. I understand that my child may be removed for attendance or behavior issues.

#### **الإستبيانات**

أني على معرفة بأن طفلي (أطفالي) قد يتم أخذ رأيهم في الإستبيانات التي يتم إجرائها بين حين وآخر في البرنامج، وذلك بالسؤال عن شعوره (شعورها) عن المشاركة بالبرنامج، والخبرات التي أكتسبها والتجارب الحياتية المهمة المكتسبة.

#### **SURVEYS**

I understand my child(ren) may be surveyed from time to time about his/her feelings and experiences in the program and his/her life experience.

### السماح بإعطاء السجلات المدرسية (والدرجات)

أني على علم بأنه سيتم طلب تزويد البرنامج بالسجلات المدرسية وذلك لتوفير المساعدة التعليمية اللازمة للطفل ومساعدته (ها) على التقدّم الدراسي، وكذلك لتقييم دور وتأثير البرنامج بهدف الحصول على التمويل المستمر اللازم للبرنامج.

### RELEASE OF RECORDS

I understand my child(ren)'s student records will be requested for the purpose of providing educational support, assistance, progress and improvement to evaluate the impact of the program and to obtain continued program funding.

### الإصابات أو الخسارة بالممتلكات

أني على معرفة كاملة بالمخاطر المحتملة للإصابة أو الخسارة بالممتلكات والتي قد ترافق المشاركة بهذا البرنامج، وأنا أخلي أية مسؤولية عن (Completely Kids) وإدارة مدارس أوماها العامة (OPS) وجميع الشركاء أو الوكلاء المعتمدين مع البرنامج وموظفيهم من أية شكاوى أو مطالبات مقدمة من قبل (أو بانيابة عن) طفلي أو العائلة.

### INJURY OR LOSS OF PROPERTY

I understand the inherent risk of injury or loss of property associated with participation in this program and release Completely KIDS and the Omaha Public School District and all program partner agencies and their employees from any claims made by or on behalf of my child or family.

### المعلومات الطبية وحالات الطوارئ

أنا أحوّل (Completely Kids) وشركائهم المعتمدون بتأمين العلاج اللازم في حالات الطوارئ الناجمة عن المرض أو الإصابة. وأني على علم بأنه في حالة حصول طارئة فأن موظفي البرنامج سيتخذون الخطوات الضرورية لتأمين سلامة طفلي (أطفالي) وسيتصلون بسيارة الإسعاف العامة لنقله (هم) الى أقرب وحدة طوارئ إذا ما دعت الحاجة لذلك. كما وأني على علم بأنني سأكون مسؤولاً عن دفع تكاليف النقل والأجور الطبية المترتبة عن ذلك.

### MEDICAL INFORMATION AND EMERGENCIES

I give Completely KIDS and its representatives permission to secure treatment in the event of an emergency resulting from illness or injury. I understand that if a medical emergency arises, the program staff will take all steps necessary to ensure the safety of my child(ren) and will call a public emergency vehicle for transport to the nearest emergency facility if necessary. I also understand that I am responsible for any transportation charges and medical expense incurred.

أني أعلم بأنه من واجبي أن أختبر برنامج (Completely Kids) عن أية حالات مرضية أو إحتياجات صحية معينة لطفلي (أطفالي). كما وأنه من مسؤوليتي أن أختبر (Completely Kids) عن الأدوية التي قد يكون طفلي (أطفالي) يأخذها، وأن أوفر تلك الأدوية للبرنامج. وأني أعلم بأن طفلي (أطفالي) هو المسؤول (مسؤولون) عن تناول أدويتهم بأنفسهم عند وجودهم بالبرنامج. أن مسنقي البرنامج غير مسؤولين عن إعطاء الطفل (الأطفال) أدويتهم إلا في حالات الطوارئ إذا ما تم مسبقاً تخويل الوالدين للبرنامج بذلك في مثل تلك الحالات الطارئة، مع تدريب منسق (منسقة) البرنامج ومعه موظف آخر عن كيفية إعطاء الدواء (الأدوية). هذا وأن الأدوية التي تباع في الصيدليات بدون وصفة طبية (Over the counter) لن يتم إعطاءها من قبل موظفي البرنامج.

I understand my child(ren) will be responsible for administering his/her own medication at program. The Program Coordinator has no responsibility in administering medication, except in

the event of an emergency when the parent has authorized the Program Coordinator to do so, and trained the Coordinator and one additional staff person on how to administer the medication. Over-the-counter medication will not be distributed by program staff.

### تحويل يخص المنشورات والمطبوعات

بين حين وآخر يقوم برنامج (Completely Kids) وشركائه المعتمدين بأخذ الصور الفوتوغرافية أو التسجيلات (صوت، أوفديو: صوت وصورة) أو التصريحات المكتوبة من قبل المشاركين بالبرنامج، وعوائلهم. وأنا قد نستخدم تلك الصور أو التصريحات في مواد التسويق والدعاية الخاصة بنا، بما في ذلك وليس حصراً: الموقع الإلكتروني على الأنترنت والمنشورات في وسائل التواصل الاجتماعي، التقارير السنوية، البروشورات، حملات التسويق بالبريد، لوحات الإعلان وغيرها من وسائل التسويق. كم ويمكن أن نقوم بإعداد فيلم فيديو أو تسجيل لغرض التعليم أو غيره من الإستخدامات الترويجية. فإن كنت لا ترغب أن يتم تصوير طفلك (أطفالك) فيرجى أن تشير الى ذلك في إستمارة التسجيل.

### PUBLICATION CONSENT

From time to time, Completely KIDS, and approved partners, may take photographs, recordings (video and audio) and written statements of the participants and families in our programs. We may use these images and testimonials in our agency marketing materials to include, but not be limited to: website and social media publication, annual reports, brochures, direct mail campaigns, billboards and other marketing materials. We may also create video or other recordings for educational or other promotional use. If you do not wish for your child(ren) to be photographed, please indicate as such on the registration form.

وبخلاف ذلك فأنت تخوّل (Completely Kids) وشركائه المعتمدين وتمنحهم الحق الكامل والشامل في التصوير أو التسجيل (الصوتي أو الفيديو: صوت وصورة) لبعض أو جميع تصريحات طفلك (أطفالك)، موافقه، أدائه، أو حضوره في البرامج أو الفعاليات والمناسبات التي يقيمها أو يراها برنامج (Completely Kids)، وإعادة إنتاج مثل تلك الصور أو التسجيلات جميعها أو بعضها بأية طريقة كانت ولتوزيع أو نشر أو عرض مثل تلك الصور أو التسجيلات، أو منح الرخصة للأخرين بذلك. وبذلك فإن الموقع أدناه يتنازل عن أي وجميع الحقوق التي يمكن أن يكون هو أو هي يمكن أن يعوّضوا عليها عن تلك الصور أو التسجيلات، إضافة الى التنازل عن أية حق بتقديم شكاوى أو مطالبات قد يقوم بها نتيجة مثل هذا الإستخدام.

Otherwise, you hereby grant to Completely KIDS, and approved partners, the full and exclusive right to photograph and/or record (video and audio) any or all of your child(ren)'s statements, actions, performances or attendance at programs or events conducted or sponsored by Completely KIDS, to reproduce such photographs and recordings or any part of them by any method, and to distribute, publish or display such photographs and recordings, or license others to do so. In so doing, the undersigned waives any and all rights which he or she may have to be compensated for said photographs or recordings as well as waives any claims and demands which he or she may otherwise have in regard to such use.

Parent/Guardian Information: معلومات عن الأم والأب / أولياء الأمور:

First Name: \_\_\_\_\_ الأسم الأول

Last Name: \_\_\_\_\_ اللقب:

Address: \_\_\_\_\_ العنوان الكامل:

City: \_\_\_\_\_ المدينة

Zip Code: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي State: \_\_\_\_\_ الولاية

Cell Phone: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الجوال:

Home Phone: \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل:

Email Address: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني (الأيمل):

Employer: \_\_\_\_\_ أسم صاحب (مكان) مكان العمل:

Employer Address: \_\_\_\_\_ عنوان صاحب (مكان) العمل:

Employer Phone: \_\_\_\_\_ رقم هاتف صاحب (مكان) العمل:

Relationship to child: علاقة هذا الشخص بالطالب:

Mother  Father  Other \_\_\_\_\_  غير ذلك  أم  أب

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة:

Gender: Male \_\_\_ Female \_\_\_  أنثى  ذكر

Ethnicity: \_\_\_\_\_ العرق:

Nationality/ Country of Origin: \_\_\_\_\_ الجنسية/ البلد الأصل:

Additional Parent/Guardian Information : معلومات عن الأم والأب / أولياء الأمور الإضافيون :

First Name: \_\_\_\_\_ الأسم الأول

Last Name: \_\_\_\_\_ اللقب:

Address: \_\_\_\_\_ العنوان الكامل:

City: \_\_\_\_\_ المدينة

Zip Code: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي State: \_\_\_\_\_ الولاية

Cell Phone: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الجوال:

Home Phone: \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل:

Email Address: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني (الأيمل):

Employer: \_\_\_\_\_ أسم صاحب (مكان) مكان العمل:

Employer Address: \_\_\_\_\_ عنوان صاحب (مكان) العمل:

Employer Phone: \_\_\_\_\_ رقم هاتف صاحب (مكان) العمل:

Relationship to child: علاقة هذا الشخص بالطالب:

Mother  Father  Other  \_\_\_\_\_  غير ذلك  أم  أب

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة:

Gender: Male \_\_\_ Female \_\_\_  أنثى  ذكر

Ethnicity: \_\_\_\_\_ العرق:

Nationality/ Country of Origin: \_\_\_\_\_ الجنسية/ البلد الأصل:



يرجى ذكر أي معلومات أخرى يجب أن نعرفها

Please list any other information we should know:

المعلومات التالية هي لأغراض كتابة التقارير فقط:

*The following information is for reporting purposes only.*

عدد أفراد العائلة (أكثر واحد من الاختيارات): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Number in Family (select one): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

نوع وطبيعة الأسرة (أكثر واحد من الاختيارات):

Single Parent (مفرد) برعاية واحد من الأهل

Two – Parent برعاية اثنين من الأهل

Foster Parent برعاية الأهل الحكوميين (الفوستر)

Guardianship برعاية ولي الأمر

Other Family Member برعاية أحد الأقارب الآخرين

الدخل المالي التقديري للأسرة في السنة (أكثر واحد من الاختيارات):

Estimated Annual Family Income (select one)

Under \$15,000 أقل من \$15,000

\$24,999 - \$15,000

\$34,999 - \$25,000

\$49,000 - \$35,000

\$74,000 - \$50,000

\$75,000 and over \$75,000 وأكثر

هل توجد مساعدات أخرى أو خدمات تستلمها العائلة في الوقت الحالي؟ (حدد ضمن الاختيارات التالية)

Other Services Currently Received (select all that apply)

Food Stamps كوبونات الطعام (الفود ستامبس)

Medicaid التأمين الصحي (مديكيد)

Veteran's Benefits مخصصات المحاربين القدماء

Supp. Sec. Income (SSI) دخل المساعدات التكميلية SSI

(Social Security Disability Ins.) SSDI مساعدات الضمان الإجتماعي للمعوقين

المساعدات المؤقتة للعوائل المحتاجة (TANF)

Title XX

غيرها من المساعدات أو الخدمات المستلمة بالوقت الحالي: