

## GSRP Application Form 2017-2018

Dear Parent, الأهل الكرام,

The faculty of The Dearborn Academy is pleased and excited that you wish to enroll your child in our TDA GSRP! In order to determine if your child is eligible, The TDA GSRP requires the following information.

يسعد إدارة ديربورن اكاديمي إن تتيح لولدكم الفرصة للتسجيل في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك بعد التأكد من اكتمال الشروط اللازمة عند ولدكم. الرجاء تزويدنا بالمعلومات التالية:

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ اسم التلميذ

BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد SEX الجنس :  F انثى  M ذكر

CHILD'S ADDRESS: \_\_\_\_\_ العنوان

CITY: \_\_\_\_\_ المدينة ZIP \_\_\_\_\_ الرمز البريدي

HOME TELEPHONE: \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل

ALTERNATE TELEPHONE: \_\_\_\_\_ رقم هاتف بديل

BIRTH CERTIFICATE #: \_\_\_\_\_ رقم سجل الولادة

BIRTHPLACE (city, state or nation): \_\_\_\_\_ مكان الولادة

Special Needs: احتياجات خاصة \_\_\_\_\_

Diagnosed: تم التشخيص؟  نعم Yes  لا No

Does the child have an IEP?  Yes  No Date of IEP: \_\_\_\_\_  
هل لدى التلميذ خطة تعليمية فردية  نعم  لا اذا اجبت بنعم فباي تاريخ

Inclusive Classroom specified?  Yes نعم  No لا هل تحدد نوعية الصف؟

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ اسم ولي الامر /الاهل

Relationship to Child: \_\_\_\_\_ صلة القرابة للطفل

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

Age at 1st Pregnancy: عمر الاهل عند اول فترة حمل

Father الاب \_\_\_\_\_ Mother الام \_\_\_\_\_

Marital Status: الوضع العائلي للاهل

Single عازب  Married متزوج  Separated منفصل  Divorced مطلق

Child Ethnicity: من اصل اسباني لاتيني Hispanic الأصل العرقي:  Yes - نعم  No - لا

Race: العرق

-American Indian or Alaska Native امريكي هندي ;  - Asian اسيوي ;  - White فوقازي شرق اوسطي  
من  - Black/African-American امريكي افريقي ;  - Native Hawaiian or Pacific Islander هاواي أو جزر الباسيفيك  
ابيض

List ALL household members for which you are financially responsible الرجاء ادراج اسماء الاشخاص المسؤولين عن الامور المالية في المنزل

NAME الاسم	BIRTH DATE تاريخ الميلاد	NAME الاسم	BIRTH DATE تاريخ الميلاد

Type of MEDICAID Insurance: نوع التأمين الصحي \_\_\_\_\_

Case #: رقم الملف \_\_\_\_\_ Child's Recipient ID#: الرقم الخاص للطفل \_\_\_\_\_

OTHER Medical Insurance تأمين صحي اخر \_\_\_\_\_

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

(Type / نوع): \_\_\_\_\_ Policy Number: رقم الملف \_\_\_\_\_

NO health insurance لا يوجد اي تأمين صحي

PARENTS/GUARDIANS COMPLETE THIS SECTION: الاهل الرجاء اكمال المعلومات ادناه

IF NOT PARENT, PROOF OF GUARDIANSHIP CASE#: \_\_\_\_\_

رقم سجل الوصاية في حال عدم وجود الاهل

	Fatherالاب	Motherالام	Foster Parent(s)/Stepparent(s) or Guardian(s)/Relationship الوصي
Name: الاسم			
Home Address: العنوان			
Home Phone: هاتف المنزل			
Cell Phone: الهاتف المحول			
Birthdate: تاريخ الميلاد			
Home Language: لغة البيت			
Highest Grade or Degree completed: المستوى العلمي			
Occupation: الوظيفة			
Employer: الشركة الموظفة			
Business Phone: هاتف العمل			
Work/School Schedule: (Days & Times) دوام العمل/الدرس (ايام/اوقات)			

The above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if any of this information changes, or is found to be incorrect, I am obligated to immediately notify this program. I understand that the above information and all information contained in the child's folder will remain CONFIDENTIAL. I hereby make application for my child to be enrolled in a Wayne County Great Start Readiness Program based on all the information on the Child's Application Form.

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

أقر أن المعلومات المدونة أعلاه صحيحة وألتزم بإبلاغ إدارة البرنامج عن أي تغيير في هذه المعلومات. وأنفهم أن كل البيانات الموجودة في ملف طفلي سرية وتستخدم لتحديد إمكانية التسجيل في هذا البرنامج.

Print Parent/Guardian Name اسم ولي الامر \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian التوقيع \_\_\_\_\_

Date التاريخ \_\_\_\_\_

## GSRP Enrollment Form 2017-2018

Dear Parent,

The faculty of The Dearborn Academy is pleased and excited that you wish to enroll your child in our TDA GSRP! In order to determine if your child is eligible, The TDA GSRP requires the following information.

La facultad de la Dearborn Academy está emocionada que usted desea inscribir a su hijo en nuestro TDA GSRP! Con el fin de determinar si su hijo es elegible, el TDA GSRP requiere la siguiente información.

**CHILD'S NAME:** \_\_\_\_\_ **Nombre del alumno**

**BIRTHDATE:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:**

**SEX الجنس :**  F انثى  M ذكر

**CHILD'S ADDRESS:** \_\_\_\_\_ **Dirección**

**CITY:** \_\_\_\_\_ **Ciudad ZIP** \_\_\_\_\_

**HOME TELEPHONE:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono de la residencia**

**ALTERNATE TELEPHONE:** \_\_\_\_\_ **Otro Número**

**BIRTH CERTIFICATE #:** \_\_\_\_\_ **Certificado de nacimiento**

**BIRTHPLACE (city, state or nation):** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento: ciudad, estado o país:**

**Special Needs/ Necesidades especiales** \_\_\_\_\_

**Diagnosed: Diagnosticada**  Si /Yes  No/ No

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"



Does the child have an IEP?  Yes  No Date of IEP: \_\_\_\_\_  
Si :alumno tiene un programa de educacion especial El

Inclusive Classroom specified?  Yes/ Si  No/ No Aula inclusiva especificada?

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor

Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Relación con el niño

Age at 1st Pregnancy: Edad del primer embarazo

Father: Padre \_\_\_\_\_ Mother Madre: \_\_\_\_\_

Marital Status: :Estado civil

Single Individual  Married Casado  Separated separado  Divorced divorciado

Child Ethnicity: Etnicidad del alumno Hispanic Hispanico  Yes/ Si  No / No

**Race: Raza**

-American Indian or Alaska Native;  - Asian;  -White ; - Black/African-American;  
 -Native Hawaiian or Pacific Islander

**List ALL household members for which you are financially responsible**  
**Nombra todos los miembros del hogar para quienes usted es financieramente responsable**

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

NAME Nombre	BIRTH DATE Fecha de nacimiento	NAME Nombre	BIRTH DATE Fecha de nacimiento

**Type of MEDICAID Insurance:** \_\_\_\_\_ **Tipo de Seguro de MEDICAID**

**Case #:** Numero del caso del niño \_\_\_\_\_

**Child's Recipient ID#:** Numero de indentidad del recipient: \_\_\_\_\_

**OTHER Medical Insurance /seguro medical Otro**

**(Type):** \_\_\_\_\_ **Policy Number:** \_\_\_\_\_

**NO health insurance No tiene seguro medical**

**PARENTS/GUARDIANS COMPLETE THIS SECTION:** Padres, favor de completar esta sección

**IF NOT PARENT, PROOF OF GUARDIANSHIP CASE#:** \_\_\_\_\_

Si usted no es padre, prueba de tutela

	Father/ Padre	Mother / Madre	Foster Parent(s)/Stepparent(s) or Guardian(s)/Relationship <sup>1</sup>
Name: Nombre			
Home Address: /Dirrecion			
Home Phone:/ Teléfono residente			
Cell Phone: Teléfono móvil			
Birthdate: Fecha de acimiento			
Home Language: Idioma de la casa			

The Dearborn Academy GSRP Program is “Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education”

Highest Grade or Degree completed: Grado más alto completado			
Occupation: Profesión <sup>1</sup>			
Employer /Empleador:			
Business Phone: teléfono de la empresa			
Work/School Schedule: (Days & Times) Horario de trabajo/escuela			

The above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if any of this information changes, or is found to be incorrect, I am obligated to immediately notify this program. I understand that the above information and all information contained in the child's folder will remain CONFIDENTIAL. I hereby make application for my child to be enrolled in a Wayne County Great Start Readiness Program based on all the information on the Child's Application Form.

La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si se encuentra alguna información incorrecta, estoy obligado de notificar inmediatamente este programa. Entiendo que la información anterior y toda la información contenida en la carpeta del niño será confidencial. Por la presente, les hago la solicitud de que mi hijo sea inscrito en un programa de preparación de GSRP de Wayne County y basa toda la información en el formulario de solicitud del niño.

\_\_\_\_\_

Print Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian/Firma

\_\_\_\_\_

Date/ Fecha

Imprima nombre del padre/tutor

**STAFF COMPLETE THIS SECTION:**

**At the time of registration, was proof provided of:**

**Birth Certificate** (date received: \_\_\_\_\_)

**Letters of Guardianship** (date received: \_\_\_\_\_ )

**Income** (date received: \_\_\_\_\_ )

**Immunization** (date received: \_\_\_\_\_)

**Health Appraisal** (date received: \_\_\_\_\_ )

**Parent has been informed of Head Start Eligibility?  Yes  Not Applicable**

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

Head Start Referral Release Form completed?  Yes (please attach)  N/A

Date child entered the United States (if birth documents are from a foreign country): \_\_\_\_\_

FACTORS: STAFF COMPLETE THIS SECTION	
CHECK ALL THAT APPLY:	TYPE OF DOCUMENTATION (i.e., parent report, pay stub, IEP, etc.)
<input type="checkbox"/> 1.Low family income: Quintile #_ _____ ذو الدخل المحدود: النسبة _____	
<input type="checkbox"/> 2.Diagnosed disability إعاقة تم تشخيصها من مختص	
<input type="checkbox"/> 3.Severe or challenging behavior السلوك السلبي	
<input type="checkbox"/> 4.Primary home language other than English اللغة الأساسية غير الانكليزية	
<input type="checkbox"/> 5. Parent/guardian with low educational attainment مستوى الاهل التعليمي الضعيف	
<input type="checkbox"/> 6.Abuse/neglect of child or parent الاهمال/العنف ضد طفل او راشد	
<input type="checkbox"/> 7.Environmental risk الظروف المحيطة	

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Date

The Dearborn Academy GSRP Program is “Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education”