

نیویارک شہر ابتدائی تعلیمی مرکز (NYCCEC)  
کل دن پری کنڈرگارٹن پروگرام رجسٹریشن فارم  
برائے 2019-2020 تعلیمی سال

ہدایات:

براہ مہربانی صرف نیلی یا کالی سیاہی سے واضح جلی حروف میں لکھیں۔ براہ مہربانی نوٹ کریں کہ صرف وہ والدین / سرپرست جو نیویارک شہر کے رہائشی ہیں ایک رجسٹریشن فارم جمع کروا سکتے ہیں۔ یہ رجسٹریشن فارم مکمل اور دستخط کر کے براہ راست ہر NYCCEC کو واپس کریں جن میں آپ رجسٹر کروانا چاہتے ہیں۔ اپنے ریکارڈ میں رکھنے کے لیے اس رجسٹریشن فارم کی ایک نقل بنانا یقینی بنائیں۔ NYCCECs کی ایک فہرست کے لیے، براہ مہربانی پری کنڈرگارٹن ڈائریکٹری کا جائزہ لیں جو آپ کے مقامی اسکول، NYCCEC یا آن لائن [nyc.gov/3k](http://nyc.gov/3k) پر دستیاب ہے۔

اس NYCCEC کا نام جس کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں:

جز A: طالب علم کی معلومات – برائے مہربانی سیاہی سے واضح جلی حروف میں لکھیں۔			
طالب علم کا آخری نام	طالب علم کا پہلا نام	تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ)	جنس (اختیاری)
		2016 / /	لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/>
طالب علم کا موجودہ پتہ (گھر #، اسٹریٹ، اپارٹمنٹ، # شہر ریاست اور زپ کوڈ)		طالب علم کے گھر کا ضلع (اختیاری)	

حصہ B: اختیاری معلومات – برائے مہربانی سیاہی سے واضح جلی حروف میں لکھیں۔			
صحتی بیمہ:			
کیا طالب علم کے پاس صحت کا بیمہ ہے؟			
جی ہاں <input type="checkbox"/> اگر ہاں تو کس قسم کا بیمہ ہے؟		نہیں <input type="checkbox"/> اگر نہیں، تو کیا آپ بیمے کے لیے رابطہ کیا جانا پسند کریں گے؟	
نہی صحتی بیمہ <input type="checkbox"/>		مڈیکل <input type="checkbox"/> چائلڈ ہیلتھ پلس B <input type="checkbox"/>	
جی ہاں <input type="checkbox"/>		جی ہاں <input type="checkbox"/>	
گھریلو زبان			
آپ K-3 داخلہ کارروائی کے بارے میں تحریری اور / یا زبانی ابلاغ کس زبان (زبانوں) میں موصول کرنا پسند کریں گے؟ براہ کرم تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں۔			
<input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> بنگالی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> فرانسیسی <input type="checkbox"/> ہیشین کریول <input type="checkbox"/> کوریائی <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> اردو <input type="checkbox"/> دیگر، براہ کرم وضاحت کریں: _____			

جز C: اختیاری معلومات – برائے مہربانی سیاہی سے واضح جلی حروف میں لکھیں۔			
میں سمجھتا ہوں کہ روزانہ کی حاضری اور پابندی وقت مطلوب ہے۔ میرے لیے روزانہ اپنے بچے کو اسکول لانے اور لے جانے کے لیے ایک ذمہ دار بالغ فرد کا انتظام کرنا لازمی ہے۔ میں یہ جانتا ہوں کہ کوئی نقل و حمل خدمات فراہم نہیں کی جائے گی۔			
والدین / سرپرست کا آخری نام	والدین / سرپرست کا پہلا نام	طالب علم کے ساتھ رشتہ	
دن کا ٹیلیفون نمبر	شام کا ٹیلیفون نمبر	والدین / سرپرست کا ای میل پتہ:	
		تاریخ	والدین / سرپرست کے دستخط

نیو یارک شہر محکمہ تعلیم  
والدین / سرپرست طالب علم کے لیے وفاقی نسلی اور قومیتی شناخت

والدین / سرپرست کی جانب:

وفاقی قانون نیو یارک شہر محکمہ تعلیم سے پبلک اسکول کے طلبا کی قومی اور نسلی شناخت کے ریکارڈز کو اکٹھا کرنے کا تقاضا کرتا ہے۔ معلومات کو دیگر وجوہات میں سے ایک جیسے کہ آپ کے بچے کے اسکول کے لیے سرمائے کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا اور اس محفوظ اور راز رکھا جائے گا۔

اس کام کی تکمیل کرنے کے لیے ہمیں آپ کی مدد کی ضرورت ہے۔ براہ کرم اس صفحے کی پشت پر دیئے گئے نسل اور قومیت شناخت کے سوالات کے جوابات دیں۔ پہلا سوال آپ کے لیے اس بات کی نشاندہی کرنے کا موقع فراہم کرتا ہے کہ آیا آپ کا بچہ ہسپانوی، لاطینی یا ہسپانوی علاقے سے ہے یا نہیں؛ دوسرا سوال آپ کو آپ کے بچے کی نسل کی نشان دہی کرنے کا موقع فراہم کرتا ہے۔ براہ مہربانی دونوں سوالوں کے جوابات دینے کو یقینی بنائیں۔ وہ طلبا جن کی نشان دہی ایک زیادہ نسلوں میں کی جائے گی ان کا شمار " دو یا اس سے زیادہ نسلوں" کے زمرے میں کیا جائے گا۔ تمام نسلوں کے ہسپانوی طلبا کا شمار ہسپانوی زمرے میں کیا جائے گا۔

محکمہ تعلیم اس طریق کار کی حسا نوعیت کو سمجھتا ہے۔ وفاقی حکومت کی جانب سے مہیا کیے گئے انتخابات آپ کے اپنے خاندان کی قومیت یا نسل کی نمائندگی کی نشاندہی بالکل صحیح یا مکمل طور پر نہ کر سکے۔ ہم آپ کی اپنے بہترین اندازے کو استعمال کر کے جوابات مہیا کرنے کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں۔ اگر کسی بھی سوال کے جواب نہ دینے سے انکار کرتے ہیں تو، وفاقی قانون کے رہنمائی خطوط نیو یارک شہر محکمہ تعلیم سے یہ تقاضا کرتے ہیں کہ اسکول کا عمل آپ کے نمائندے طور پر آپ کے بچے کے لیے ایک نشان دہی کرے۔

طلبا کی نسل اور قومیت کے لیے معلومات کو اس صفحے پر نیچے دیئے گئے رازداری کے ضابطے کے ذریعے تحفظ حاصل ہے۔

آپ کے تعاون کا شکریہ

والدین اور سرپرست: براہ کرم اس صفحے کی پشت پر دیئے گئے فارم کو مکمل کریں اور اپنے بچے کے اسکول واپس کریں۔

اسکول کا عمل: مکمل شدہ فارم کو طالب علم کے مجموعی ریکارڈ کے فولڈر میں بطور خفیہ معلومات کے طور پر فائل کریں۔

رازداری کی کارروائی اور ضوابط

خاندانی تعلیمی حقوق اور رازداری قانون (1974) اور چانسلر کا ضابطہ A-820 کے تحت طلبا کے ریکارڈ تک غیرمنظور شدہ رسائی اور طالب علم کے کسی بھی ریکارڈ کا بلامنظوری جاری کرنا جس کی طالب علم کے نام یا شناختی نمبر سے شناخت ہوسکے، ممنوع ہے۔

1 نسل کو اسکول میں اندراج کے لیے صرف اس وقت زیر غور لایا جا سکتا ہے جہاں عدالت کا حکم اس کا تقاضا کرتا ہو، جنس صرف واحد جنسی اسکولوں میں داخلے کا عنصر ہے۔

- 5 اور 21 سال کی عمر کے تمام طلبا کو ایک مفت پبلک تعلیم کا حق ہے۔  
— وفاقی قانون نیو یارک شہر محکمہ تعلیم سے پبلک اسکول کے طلبا کی قومی اور نسلی شناخت کے ریکارڈز کو اکٹھا کرنے کا تقاضا کرتا ہے۔  
— بچوں کو نسل، رنگ، مسلک، قومی نژاد، جنس، جنسی شناخت، زچگی، نقل وطنی / شہریت کی صورت حال، معذوری، یا جنسی میلان، مذہب یا قومیت کی بنیاد پر ایک پبلک اسکول میں داخلے سے انکار نہیں کیا جاسکتا 1

انگریزی

بنیادی معلومات

ہائی اسکول /

چھوٹے اسکول / اینیکس

اسکول

ضلع

برو

نیویارک شہر طالب علم کا شناختی نمبر

کلاس کوڈ

گریڈ کوڈ

(صرف ہائی اسکول 4 اعداد)

تاریخ پیدائش (مہینہ / دن / سال)

طالب علم کا نام: آخری، پہلا، درمیانی اسم کا پہلا حرف

والدین / سرپرست براہ کرم اس حصے کو مکمل کریں

برائے مہربانی سوال (1) اور (2) دونوں کا جواب دیں۔ براہ کرم جواب دینے سے قبل ان کو پڑھ لیں۔  
سوال (1) کے لیے اس خانے پر (✓) کا نشان لگائیں جو آپکے بچے کی بہترین تشریح کرتا ہے۔

1- کیا طالب علم ہسپانوی، لاطینی یا ہسپانوی نژاد ہے؟ ہسپانوی، لاطینی یا ہسپانوی نژاد سے مراد، نسل کے قطع نظر، ایک ایسا فرد ہے جو کرکیوبا، میکسیکو، ڈومینیکن، پورٹو ریکو، وسطی یا جنوبی امریکہ یا ہسپانوی ثقافت یا نژاد سے ہو۔

جی ہاں، ہسپانوی ہے

جی نہیں، ہسپانوی نہیں ہے

سوال (2) کے لیے ان سب گروپوں پر (✓) کا نشان لگائیں جن کا اطلاق آپ کے بچے پر ہوتا ہو۔

2- مندرجہ ذیل پانچ نسلی گروپوں میں ایک یا اس سے زائد کا انتخاب کریں۔

امریکن انڈین یا الاسکا کے باشندے: کوئی بھی شخص جسکا نژاد شمالی یا جنوبی امریکہ (بشمول مرکزی امریکہ) کے نژادی افراد سے ملتا ہے اور جو اپنی ثقافتی شناخت قبیلہ کے الحاق یا برادری کی پہچان برقرار رکھتا ہے۔ (ATS کوڈ: B)

ایشیائی: ایک ایسا شخص جس کا نژاد مشرق بعید، جنوب مشرقی ایشیا، یا برصغیر ہندوستان کے نژادی افراد سے ملتا ہے بشمول مثلاً کمبوڈیا، چین، بھارت، جاپان، کوریا، ملائیشیا، پاکستان، جزیرہ فلپائن، تھائی لینڈ اور ویت نام۔ (ATS کوڈ: C)

ہوائی کے باشندے یا جزیرہ بحرالکاہل کے دیگر باشندے: ایک ایسا شخص جس کا نژاد ہوائی گوام یا جزیرہ بحرالکاہل کے دیگر نژادی افراد سے ملتا ہے۔ (ATS کوڈ: D)

سیاہ فام: ایک ایسا شخص جس کا نژاد افریقہ کے کسی بھی سیاہ فام نسلی گروہ میں سے ہے۔ (ATS کوڈ: E)

سفید فام: ایک ایسا شخص جس کا نژاد یورپ، شمالی افریقہ، یا مشرق وسطیٰ کے نژادی افراد سے ملتا ہے۔ (ATS کوڈ: F)

تاریخ

والدین / سرپرست / دیگر / اسکول کے مشاہدین کے دستخط:

طالب علم سے رشتہ:

اسکول عملہ شاہد (نام):

دیگر (وضاحت کریں):

سرپرست

والدین

والدین / سرپرستوں کے لیے اہم پیغام اور رازداری کی کارروائی اور  
ضابطہ صفحہ کی پشت پر ملاحظہ کریں۔

رہائش کا سوالنامہ

والدین / سرپرست / طالب علم:

اس فارم کا مقصد مکئی - وینٹو ایکٹ 42 U.S.C. 11435 پر توجہ دینا ہے اور اسے ہر طالب علم کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے۔ آپ کی فراہم کردہ معلومات بصیغہ راز رہیں گی۔ آپ کی فراہم کردہ معلومات کی بنا پر آپ کے بچے کے خلاف امتیاز نہیں برتا جائے گا۔

ازراہ کرم طالب علم کی رہائش کے متعلق مندرجہ ذیل سوالات مکمل کریں تاکہ یہ تعین کرنے میں مدد ملے کہ طالب علم کن خدمات کا اہل ہے۔

اسکولوں / عارضی رہائش گاہ کے رابطہ کار افراد کے لیے نوٹ: براہ کرم طلبا اور والدین کو یہ فارم مکمل کرنے میں مدد کریں۔ اس فارم کو محض اندراجی پیکٹ میں نہ ڈال دیں، کیونکہ اگر کوئی طالب علم عارضی رہائش گاہ میں رہنے والے کے طور پر اہل ہے، تو طالب علم کو رہائش کا ثبوت اور ایسے دیگر درکار دستاویزات فراہم کرنا مطلوب نہیں ہے جو کہ اندراجی پیکٹ کا حصہ ہیں۔ ضلع والدین کی اجازت کی بغیر رہائش کی صورت حال کی معلومات کو عیاں نہیں کر سکتا ہے۔

طالب علم کا نام			
آخری	پہلا	درمیانہ	
# OSIS	تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ):	صنف جنس	اسکول

برائے مہربانی طالب علم کے موجودہ رہائشی انتظامات درج کریں۔ براہ کرم ایک خانے پر نشان لگائیں:

نشان لگائیں (✓)	رہائشی انتخاب سوال نامہ	صرف اسکول کے استعمال کے لیے
D	ساتھ رہنا رہائش کے چھوٹ جانے یا معاشی دشواری کی وجہ سے کسی دیگر خاندان یا دیگر فرد کے ساتھ	ATLS کوڈ
S	پناہ گاہ ہنگامی حالات کی یا عبوری پناہ گاہ	
H	بوٹل / موٹیل ایسی جگہ رہ رہا ہے جو کہ ہنگامی حالات کی یا عبوری پناہ گاہ نہیں ہے اور اسکے لیے ادائیگی کرنی ہوتی ہے اور اسکے لیے ادائیگی کرنی ہوتی ہے	
T	دیگر عارضی رہائشی صورتحال ٹریلر پارک، کیمپ گراؤنڈ، گاڑی، پارک، عوامی مقامات، غیر مستعمل عمارت، سڑک یا کوئی بھی دیگر غیر مناسب رہائش کی جگہ	
P	مستقل رہائش گاہ طالب علم جو ایک مستقل، باقاعدہ اور موزوں رہائش گاہ میں رہ رہا ہے	

اگر طالب علم ایک مستقل رہائش گاہ میں نہیں رہ رہا ہے، یہ بھی نشاندہی کریں اگر ذیل کا اطلاق ہوتا ہے:

تنہا نوجوان	صرف اسکول کے استعمال کے لیے
ایسا نوجوان جو ایک والدین یا سرپرست کی جسمانی تحویل میں نہیں ہے	"Y" درج کریں اگر قابل اطلاق ہو

تاریخ

والدین / سرپرست کے دستخط

والدین / سرپرست کے نام ( جلی حروف میں)

ازراہ کرم اس فارم کو درخواست کے مطابق اپنے بچے کے اسکول کو واپس کریں۔

نوٹ: مذکورہ بالا جواب ان خدمات کا تعین کرنے میں مدد کرے گا جنہیں آپ یا آپکا بچہ مکئی - وینٹو ایکٹ کے تحت حاصل کرنے کے اہل ہیں۔ جو طلبا ایکٹ کے تحت محفوظ ہیں وہ اسکول میں فی الفور اندراج کے مستحق ہیں چاہے انکے پاس وہ دستاویزات موجود نہ ہوں جو عام طور پر درکار ہوتے ہیں، جیسے رہائش کا ثبوت، اسکولی ریکارڈز، مدافعتی ٹیکہ کاری کے ریکارڈز یا پیدائشی سرٹیفیکٹ۔ طالب علم کا اندراج ہوجانے کے بعد، نئے اسکول کو آخری مرتبہ شرکت کیے گئے اسکول سے طالب علم کے تعلیمی ریکارڈز کی درخواست کرنی چاہیے، بشمول مدافعتی ٹیکہ کاری کا ریکارڈ، اور عارضی رہائش گاہ میں رہنے والے طلبا کے۔ رابطہ کار (رابطہ کاران) کو طالب علم کی کسی بھی دیگر درکار دستاویزات یا مدافعتی ٹیکے حاصل کرنے میں مدد کرنی چاہیے۔ مکئی - وینٹو ایکٹ کے تحت تحفظ حاصل کرنے والے طلبا مفت نقل و حمل اور دیگر خدمات کے بھی اہل ہوسکتے ہیں۔ براہ کرم چانسلسر کا ضابطہ A-780 ملاحظہ کریں۔

اس فارم کے ساتھ ایک صفحے کا منسلکہ بھی شامل ہے بعنوان،  
"مکئی-وینٹو بے خاتما امداد ایکٹ - والدین اور نوجوانوں کے لیے عارضی رہائش گاہ میں طلبا رہنما کتابچہ"

## نیویارک شہر محکمہ تعلیم پری کنڈرگارٹن لسانی ضروریات کا سروے

(enter student name here) \_\_\_\_\_ کے عزیز والدین یا سرپرست،

یہ سروے آپ کی پری کنڈرگارٹن کے اندراج کے پیکٹ کا ایک اہم حصہ ہے کیونکہ یہ آپ کے نئے اسکول کو آپ کے اہل خانہ کی لسانی ضروریات کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔ مندرجہ ذیل سوالات کے جوابات دینے میں آپ کی مدد کی بہت قدر کی جائے گی۔ برائے کرم اس فارم کو اپنے اسکول کے منتظم، \_\_\_\_\_ کو واپس کریں، اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں تو، \_\_\_\_\_ سے \_\_\_\_\_ پر بات کریں۔

شکریہ، \_\_\_\_\_ طالب علم کی آئی ڈی: \_\_\_\_\_

**حصہ 1 لسانی ضروریات:** یہ معلومات یہ طے کریں گی کہ گھر پر کونسی زبان بولی جاتی ہے اور اہل خانہ کی جانب سے تدریس کے لیے کونسی زبان کی درخواست کی گئی ہے (اگر دستیاب ہوئی)۔

1. آپ گھر میں کونسی زبان (زبانیں) بولتے ہیں؟ براہ کرم ان تمام پر (✓) نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے:	<input type="checkbox"/> انگریزی	<input type="checkbox"/> اردو
	<input type="checkbox"/> ہسپانوی	<input type="checkbox"/> فرانسیسی
	<input type="checkbox"/> چینی	<input type="checkbox"/> کوریائی
	<input type="checkbox"/> بنگالی	<input type="checkbox"/> البانوی
	<input type="checkbox"/> عربی	<input type="checkbox"/> پنجابی
	<input type="checkbox"/> بیشین کریول	<input type="checkbox"/> پولستانی
	<input type="checkbox"/> روسی	دیگر، برائے کرم وضاحت کریں _____
2. بچہ کونسی زبان سمجھتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
3. بچہ کونسی زبان بولتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
4. بچہ کونسی زبان میں مطالعہ کرتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
		فی الحال مطالعہ نہیں کرتا <input type="checkbox"/>
5. بچہ کونسی زبان لکھ سکتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
		فی الحال لکھ نہیں سکتا <input type="checkbox"/>
6. بچے کے گھر یا رہائش گاہ میں کونسی زبان زیادہ تر بولی جاتی ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
7. بچہ والدین / سرپرستوں کے ساتھ زیادہ تر کونسی زبان بولتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
8. بچہ بہنوں، بھائیوں اور دوستوں کے ساتھ زیادہ تر کونسی زبان بولتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
9. بچہ دیگر رشتہ داروں یا نگہداشت فراہم کرنے والوں (جیسے کہ بی بی سٹر) کے ساتھ زیادہ تر کونسی زبان بولتا ہے؟	انگریزی <input type="checkbox"/>	دیگر آبائی زبان (زبانیں) <input type="checkbox"/>
10. کیا آپ چاہتے ہیں کہ آپ کے بچے کو ہدایات دینے میں آپکی آبائی زبان استعمال کی جائے (اگر دستیاب ہو):	بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	بعض اوقات <input type="checkbox"/>

## نیویارک شہر محکمہ تعلیم پری کنڈرگارٹن لسانی ضروریات کا سروے

حصہ 2 تدریسی منصوبہ بندی: ان اضافی سوالات کے جوابات کو تدریسی منصوبہ بندی کے لیے استعمال کیا جائے گا۔ اپنے بچے کے متعلق مندرجہ ذیل ہر سوال کا درست جواب لکھیں۔

1. کیا آپ کا بچہ ریاستہائے متحدہ میں پہلی بار ایک تدریسی پروگرام یا گروپ کے تجربے میں شرکت کر رہا ہے <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<b>اگر نہیں:</b>
a. یہ ڈے کیئر / پری اسکول / کھیل کے گروپ میں شرکت کرنے کے لیے کہاں گیا ؟
b. اندراج کی تاریخ کیا تھی؟
c. اس نے کتنا عرصہ شرکت کی تھی؟
d. ہدایات کے لیے کونسی زبان کا استعمال کیا گیا تھا؟
2. کیا آپ کا بچہ کسی اور ملک میں تدریسی پروگرام یا گروپ کے تجربے میں شرکت کر چکا ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<b>اگر ہاں:</b>
a. اس نے ڈے کیئر / پری اسکول / کھیل کے گروپ میں شرکت کہاں پر کی تھی ؟
b. اس نے کتنا عرصہ شرکت کی تھی؟
c. ہدایات کے لیے کونسی زبان کا استعمال کیا گیا تھا؟
3. کیا آپ کے بچے کی کوئی ایسی کیفیت ہے جس کے لیے اسکول میں خاص مدد یا توجہ کی ضرورت ہو گی؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<b>اگر ہاں تو، براہ کرم ان تمام پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے</b>
<input type="checkbox"/> سماعتی معذور
<input type="checkbox"/> جذباتی طور پر معذور
<input type="checkbox"/> بصری معذور
<input type="checkbox"/> دم
<input type="checkbox"/> گویائی معذور
<input type="checkbox"/> نشونمائی طور پر معذور
<input type="checkbox"/> جسمانی معذور
<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) _____
<b>اگر ہاں، آپ کے بچے نے کونسی ابتدائی مداخلت موصول کی تھی، اگر کوئی؟</b>
4. کیا بچہ ابلاغ کے لیے دیگر صورت (صورتیں) استعمال کرتا ہے، جیسے کہ امریکی اشاروں کی زبان یا اضافہ پذیر ابلاغ کے آلات (جیسے کہ ابلاغی بورڈ دستی / الیکٹرانک) ؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
<b>اگر ہاں: کونسے؟</b>

حصہ 3. والدین کی معلومات ان اضافی سوالات کے جوابات کو اس لیے استعمال کیا جائے گا تاکہ نیو یارک شہر محکمہ تعلیم آپ کے ساتھ آپ کی منتخب کردہ زبان میں بات چیت کر سکے۔

1. آپ کی آبائی زبان کونسی ہے؟ والدین / سرپرست: _____ والدین / سرپرست: _____ آبائی زبان: _____ آبائی زبان: _____
2. آپ اسکول سے کونسی زبان میں تحریری معلومات موصول کرنا پسند کریں گے؟
3. آپ اسکول کے عملے کے ساتھ کس زبان میں بات چیت کرنا پسند کریں گے؟
والدین کے دستخط _____ تاریخ _____

نیویارک شہر محکمہ تعلیم  
پری کنڈرگارٹن لسانی ضروریات کا سروے

<b>صرف اندراجی یا اسکولی عملے کے ذریعے مکمل کیا جائے</b> <b>TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY</b>					
Date:	Name of Student/ID:				
Borough	District:	School:			
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:			
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):					
If an interview is conducted, in what language is it conducted?					
Is a translator/interpreter used?					
OTELE Alpha Code <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
Potential English Language Learner?					
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____					

# CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please  
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

## TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name	First Name	Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____
Child's Address		Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____	
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name	District Number _____ Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Last Name <input type="checkbox"/> Foster Parent	First Name	Email	

## TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

<b>Birth history</b> (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____	<b>Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?</b> <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <b>Explain all checked items above.</b>	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <b>Addendum attached.</b>	<b>Medications</b> (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)
---	--	--	---

<b>PHYSICAL EXAM</b> Date of Exam: ____/____/____	<b>General Appearance:</b> <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL	<input type="checkbox"/> Psychosocial Development <input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Back/spine
Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m <sup>2</sup> (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____	<b>Describe abnormalities:</b>					

<b>DEVELOPMENTAL</b> (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____	<b>Nutrition</b> < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred <b>Dietary Restrictions</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)	<b>Hearing</b> Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	<b>Vision</b> Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <b>Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years)</b> Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test
Describe Suspected Delay or Concern:	<b>Lead Risk Assessment</b> (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk	<b>Dental</b> Screened with Glasses? _____ Strabismus? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Dental</b> Visible Tooth Decay _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Hemoglobin or Hematocrit</b> _____ g/dL _____ %	Report only positive immunity: IgG Titers Date Hepatitis B _____ Measles _____ Mumps _____ Rubella _____ Varicella _____ Polio 1 _____ Polio 2 _____ Polio 3 _____	

CIR Number _____	Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>	Report only positive immunity:
<b>IMMUNIZATIONS - DATES</b>		
DTP/DTaP/DT _____ Tdap _____	MMR _____	Hepatitis B _____
Td _____	Varicella _____	Measles _____
Polio _____	Mening ACWY _____	Mumps _____
Hep B _____	Hep A _____	Rubella _____
Hib _____	Rotavirus _____	Varicella _____
PCV _____	Mening B _____	Polio 1 _____
Influenza _____	Other _____	Polio 2 _____
HPV _____		Polio 3 _____

<b>ASSESSMENT</b> <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	<b>RECOMMENDATIONS</b> <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ <b>Follow-up Needed</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ <b>Referral(s):</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature _____	Date Form Completed ____/____/____	<b>DOHMH ONLY</b> <b>PRACTITIONER I.D.</b> _____
Health Care Practitioner Name and Degree (print) _____	Practitioner License No. and State _____	<b>TYPE OF EXAM:</b> <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) <b>Comments:</b> _____
Facility Name _____	National Provider Identifier (NPI) _____	Date Reviewed: ____/____/____ <b>I.D. NUMBER</b> _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____		<b>REVIEWER:</b> _____
Telephone _____ Fax _____ Email _____		<b>FORM ID#</b> _____



غیر منفعتی مقاصد کے لئے طالبعلم کی تصویر، فلم یا ویڈیو ٹیپ بنانے کے لئے رضامندی  
(مثلاً تعلیمی، پبلک سروس، یا صحت سے آگاہی کے مقاصد کے لیے)

طالب علم کا نام: \_\_\_\_\_ اسکول: \_\_\_\_\_

میں \_\_\_\_\_ کی طرف سے مندرجہ بالا نامی طالب علم کے لیے بذریعہ بڈا انٹرویو میں شرکت کرنے،  
حوالوں کے استعمال، اور تصاویر کھنچوانے، فلم یا ویڈیو ٹیپ بنانے کی اجازت دیتا ہوں۔  
میں \_\_\_\_\_ کو، بیان کی گئی اشیا کے غیر نفعی مقاصد کے لیے بشمول اشاعت، انٹرنیٹ پر، اور  
میڈیا کی دیگر صورتوں کے لیے تدوین، استعمال اور دوبارہ استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اس ذریعے سے نیو یارک شہر محکمہ  
تعلیم اور ان کے ایجنٹس اور ملازمین کو تمام دعویٰ، مانگوں، اور ذمہ داریوں سے مندرجہ بالا کے متعلق ہر معاملے سے بھی آزاد کرتا  
ہوں۔

والدین / سرپرست کے دستخط ( اگر طالب علم 18 سال سے کم عمر ہے): \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_

یا

طالب علم کے دستخط ( اگر 18 سال سے یا زیادہ عمر ہے): \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_