**العام الدراسي: لغير المقيمين في ولاية نيوجيرسي**

**وزارة التعليم في ولاية نيوجيرسي**

# طلب الحصول على الخدمات بموجب الفصل 193 لطلاب المدارس غير العامة: تقييم الأهلية للخدمات وتحديدها (النموذج 407-1)

نموذج الطلب هذا مُخصص لولي الأمر/الوصي لطلب تقييم وتحديد الأهلية للحصول على الخدمات لطفله. يجب على ولي الأمر/الوصي إكمال الطلب وتقديمه إلى المدرسة غير العامة أو مباشرة إلى المنطقة التعليمية العامة التي تقع فيها المدرسة غير العامة (وليس المنطقة التي يقيم فيها ولي الأمر/الوصي). يجب تقديم طلب *منفصل* لكل خدمة مطلوبة.

## معلومات المدرسة غير العامة

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| المدرسة: | | | |
| العنوان: | | | |
| المدينة: | | الرمز البريدي: | المقاطعة: |
| الهاتف: | المدير: | | |

## معلومات الطالب

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم (الأخير): | | (الأول) | | | |
| الصف: | تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): | | | نوع الجنس: 🞏أنثى 🞏ذكر 🞏غير ثنائي أو غير مصنف | |
| العنوان: | | | | | |
| المدينة: | | الرمز البريدي: | | | المقاطعة: |
| هاتف منزل ولي الأمر: | | | الهاتف الخلوي لولي الأمر: | | |
| عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر: | | | | | |

## بيانات الطالب (مطلوبة لنظام NJ SMART)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| العرق/الإثنية: | 🞏 أمريكي هندي | | 🞏 آسيوي | 🞏 أسود | 🞏 إسباني | 🞏 من منطقة المحيط الهادئ | 🞏 أبيض |
| مدينة الميلاد: | | ولاية الميلاد: | | | بلد الميلاد: | | |
| مقاطعة الإقامة: | | | | | | | |
| المدرسة العامة في منطقة الإقامة: | | | | | | | |

## طلب الحصول على الخدمات بموجب الفصل 193 لطلاب المدارس غير العامة غير المقيمين في ولاية نيوجيرسي

اسم المدرسة غير العامة:

اسم الطالب (الأخير، الأول):

## شهادة ولي الأمر/الوصي

أطلب بموجبه أن يتلقى طفلي المذكور اسمه أعلاه الخدمات المُشار إليها في هذه الوثيقة وفقًا لقوانين الفصل 193. أشهد أن العنوان المذكور أعلاه هو محل إقامتنا. أفهم أن مجلس التعليم في المنطقة التعليمية العامة التي تقع فيها المدرسة غير العامة هو المسؤول عن تقديم الخدمات المُشار إليها في هذه الوثيقة وفقًا للقانون واللوائح.

اسم ولي الأمر/الوصي بحروف واضحة:

التوقيع: التاريخ (يوم/شهر/سنة):

## الخدمة المطلوبة: تقييم الأهلية للخدمات وتحديدها بموجب الفصل 193

**ضع علامة أمام أحد الخيارات:**🞏 الطلب الأولي للخدمة (اختر أ أو ب) 🞏 طلب مواصلة الخدمة (اختر ج أو د)

**الطلب الأولي للخدمة:**

1. 🞏 التقييم الأولي
2. 🞏 تقييم التخاطب فقط (عندما لا يتم طلب أو تقديم   
   تقييم آخر بموجب الفصل 193)

**طلب مواصلة الخدمة**:

1. 🞏 مراجعة سنوية
2. 🞏 إعادة التقييم

## تحديد المنطقة

(تستوفي المنطقة المسؤولة عن تقديم الخدمات هذا القسم من خلال تقديم توقيع إلكتروني أو فعلي. إذا كانت المنطقة متعاقدة مع مقدم خدمة خارجي وكان العقد يسمح بذلك، يمكن أن يوقع مقدم الخدمة على هذا القسم.)

اسم المنطقة التعليمية العامة:

اسم مقدم الخدمة إذا كان بخلاف المنطقة:

تاريخ استلام الطلب (يوم/شهر/سنة):

يمكن أن تبدأ خدمات الشهر:[[1]](#footnote-1)

توقيع مدير المدرسة أو من ينوب عنه:

تاريخ التوقيع (يوم/شهر/سنة):

1. يمكن أن تبدأ خدمات الشهر بناءً على تاريخ استلام 407-1 وتواريخ الإيقاف لطلب التمويل الإضافي المقدم من NJDOE في كل أغسطس: انقر فوق *ADDL* في [NJDOE Homeroom](http://homeroom.state.nj.us/) وراجع "جدول الأسعار لكل تلميذ والتوافر الشهري/التوزيع النسبي" [↑](#footnote-ref-1)