اسم الحالة (Case Name):
رقم الحالة (Case Number):
التاريخ (Date):
مكتب DHS:
اسم الأخصائي (Specialist):
هاتف (Phone):
فاكس (Fax):
الرقم التعريفي للأخصائي (Specialist ID):

CHILD DEVELOPMENT AND CARE PARENT RECORD

(سجل الوالد لنمو ورعاية الأطفال)

State of Michigan

ولاية ميشيغان

Department of Human Services (DHS)

إدارة الخدمات الإنسانية (DHS)

لماذا أرْسلَ هذا النموذج إليك؟

- هذا نموذج إجباري يُستخدم لإكمال التبليغ الذي يقوم به الوالد بشأن برنامج نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC).
- يقتضي عليك أن تعبئ تقريرك إلكترونياً على الإنترنيت أو هاتفياً في حلول الموعد الأخير لكل فترة دفع. إذا فاتك الموعد الأخير، فيمكن أن يتأخر الدفع إلى مقدم الرعاية الخاص بك، مما قد يؤدي إلى فقدان الرعاية لطفلك أو لأطفالك.
- ستتحمل نفقات رعاية الطفل التي لا تقوم DHS بدفعها بما في ذلك النفقات الناجمة بينما يُبتُّ في أهليتك للاشتراك في البرنامج.

ماذا يتطلب منك فعله:

- رجاءً، قبل أن تبدأ تعبئة النموذج، احرص أن تقرأ كافة التعليمات أدناه والتعليمات الموجودة على الصفحة الأخيرة.
- يقتضي عليك أن تقدم كل أسبوعين تقريراً بعدد ساعات الاحتياج الصحيحة التي تتطلبها والساعات التي يقضيها أطفالك في خدمة رعاية الأطفال. يتوفر لك خياران لتعبئة تقاريرك:
  - الخيار الأسهل والأكثر راحة هو تقديم التقرير إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/childcare
  - إذا لم يكن لديك سبل الوصول إلى الكومبيوتر، فيمكنك تقديم التقرير هاتفياً على الرقم 1-888-779-2775 (هاتف الطنين باللمس) أو على الرقم 1-888-826-1772 (صوت)
- سيتطلب منك عند استعمال أيّاً من الخيارين أن تعرف رقم فترة الدفع، ورقم تعريفي الفرد (الوالد) الخاص بك، والرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك.
- للاستفسار عن عملية التبليغ، يرجى الاتصال بالرقم 1-866-990-3227.
- يرجى تصوير نسخة من هذا النموذج قبل البدء بتعبئته. يمكنك الحصول على نسخ إضافية من هذا النموذج على الموقع الإلكتروني www.michigan.gov/childcare أو من مكتب DHS الموجود في المنطقة التي تعيش فيها.
- بناءً على هذا التقرير، فقد يقتضى عليك أن تقدم توثيقاً يدعم صحة القيد في نظام تقديم التقارير (مثل أرومات الشيكات وجدول مواعيد الدراسة، وعلى نحو ذلك). احتفظ بسجلاتك.
- **فيما يلي مثالاً حول تعبئة هذا النموذج بشكل كامل.**

ساعات أنشطة الوالد الفعلية

سبب الحاجة ↓ / اليوم ←	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	
١. عمل في وظيفة	:	٧:١٠	٦:٥٠	٧:٠٥	٧:١٥	٦:٥٥	:	:	٧:٠٥	٦:٥٨	٧:١٥	٧:٢٠	٦:٤٥	:	
٢. إنهاء دراسة المرحلة السنوية	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٣. نشاط معتمد	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٤. حفظ العائلة	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٥. وقت الذهاب والإياب	:	:٢٢	:١٩	:٢٧	:٢١	:١٨	:	:	:٢٥	:٢٧	:١٩	:١٨	:١٧	:	
٦. المجموع الجزئي (مجموع ١-٥)	:	٧:٣٢	٧:٠٩	٧:٣٢	٧:٣٦	٧:١٣	:	:	٧:٣٠	٧:٢٥	٧:٣٤	٧:٣٨	٧:٠٢	:	
٧. تقريب العدد في السطر ٦ إلى أقرب نصف ساعة*		٧,٥	٧,٠	٧,٥	٧,٥	٧,٠			٧,٥	٧,٥	٧,٥	٧,٥	٧,٠		

ساعات خدمة رعاية الطفل

اسم الطفل: جيمس

اسم مقدم الخدمة ↓ / اليوم ←	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	مجموع الساعات
١. جين سميث		٤:١٥	٤:١٠	٤:٢٨	٤:١٦		:	:	٤:١٠	٤:٠٥	٤:١٦	٤:٢٩	٤:٤٥	:	
٢. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ١	:	:	:	:	:	٤:٠٠	:	:	:	:	:	:	:	:	٤
٣.															
٤. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ٢	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٥. المجموع الجزئي (مجموع ١-٣)	:	٤:١٥	٤:١٠	٤:٢٨	٤:١٦		:	:	٤:١٠	٤:٠٥	٤:١٦	٤:٢٩	٤:٤٥	:	
٦. تقريب العدد في السطر ٥ إلى أقرب نصف ساعة*		٤,٠	٤,٠	٤,٥	٤,٥				٤,٠	٤,٠	٤,٥	٤,٥	٤,٥		٣٩

اسم الحالة	رقم الحالة	الأخصائي

أكتب المعلومات الخاصة بك هنا:
رقم تعريف الفرد (الوالد)
رقم التثبيت:
تاريخ ابتداء فترة الدفع:
تاريخ انتهاء فترة الدفع:
رقم فترة الدفع:

سجل الوالد لنمو ورعاية الأطفال

يرجى الانتباه:

- **هذا نموذج إجباري يقتضي تعبئته بشكل كامل.**
- **يقتضي عليك الاحتفاظ بهذا السجل لمدة ٤ سنوات.**
- **لا تقدّم هذا النموذج إلى الأخصائي المسؤول عنك في DHS أو إلى من يقدم لك خدمة رعاية الطفل.**

ساعات أنشطة الوالد الفعلية

سبب الحاجة ↓ / اليوم ←	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	مجموع الساعات
١. عمل في وظيفة		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٢. إنهاء دراسة المرحلة السنوية		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٣. نشاط معتمد		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٤. حفظ العائلة		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٥. وقت الذهاب		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٦. المجوع الجزئي (مجموع ١-٥)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٧. تقريب العدد في السطر ٦ إلى أقرب نصف ساعة*															

ساعات خدمة رعاية الطفل

اسم الطفل:

اسم مقدم الخدمة ↓ / اليوم ←	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	مجموع الساعات
١.		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٢. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ١		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٣.		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٤. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ٢															
٥. المجموع الجزئي (مجموع ١-٣)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٦. تقريب العدد في السطر ٥ إلى أقرب نصف ساعة*															

اسم الطفل:

اسم مقدم الخدمة ↓ / اليوم ←	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	سبت	مجموع الساعات
١.		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٢. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ١		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٣.															
٤. ساعات مرض/عطلة – مقدّم ٢		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٥. المجموع الجزئي (مجموع ١-٣)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
٦. تقريب العدد في السطر ٥ إلى أقرب نصف ساعة*															

*على سبيل المثال: ٦ ساعات و٤٠ دقيقة، تقيّد ٦,٥ ساعة.

يرجى قراءة ما يلي والتوقيع أدناه:

أشهد أن:

- المعلومات التي قمت بتقديم تقرير فيها على نموذج سجل الوالد لنمو ورعاية الأطفال (CDC Parent Record) هي معلومات حقيقية ودقيقة إلى حد مبلغ علمي بناءً على المعلومات المتوفرة.
- وأدرك أنه إذا تم الدفع الزائد للمخصصات لأي سبب كان، فيجب رد المبلغ الزائد المدفوع لهذه المخصصات الإضافية.
- وأدرك انه إذا كان الدفع الزائد بسبب تضليل عن عمد، فيجوز مقاضاة الطرف المسؤول بما في ذلك أي شخص بالغ في مجموعة البرنامج أو الممثل المفوض للمجموعة أو مقدم السلع أو الخدمات بتهمة الغش والتزوير.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

يمكنك الحصول على نسخ إضافية من هذا النموذج على الموقع الإلكتروني www.michigan.gov/childcare أو من مكتب DHS الموجود في المنطقة التي تعيش فيها.

تعليمات

رقم التثبيت: بعدما تكمل تعبئة تقريرك الإلكتروني أو الهاتفي، ستعطى رقم تثبيت مؤلف من عشرة خانات (أرقام). أكتب الرقم هنا لسجلاتك الخاصة.

تاريخ ابتداء وانتهاء فترة الدفع: قيّد تواريخ ابتداء وانتهاء خدمة الرعاية لفترة الدفع التي تبلّغ عنها. يبين الجدول الموجود على يمين الصفحة تواريخ ابتداء وانتهاء فترة الدفع.

رقم فترة الدفع: قيّد الرقم المؤلف من ثلاثة خانات (أرقام) لفترة الدفع. يبيّن الجدول الموجود على يمين الصفحة الرقم لكل فترة الدفع لأسبوعين.

ساعات الأنشطة المعتمدة من DHS: قم بتعبئة خانة الساعات والدقائق لكل يوم تعمل فيه في وظيفة أو تشارك فيه بنشاط آخر معتمد من قبل الأخصائي في DHS المسؤول عنك. توجد سطور منفصلة (١-٤) مخصصة لكل نشاط.

ضع وقت الذهاب والإياب في السطر رقم ٥. يتضمن الذهاب إلى مكان خدمة رعاية الطفل والرجوع منه ومكان عملك (أو أي نشاط آخر معتمد). خذ بعين الحسبان الساعة والدقيقة.

اجمع السطور في كل عمود لتحصل على المجموع الجزئي. خذ بعين الحسبان الساعة والدقيقة. ضع هذا الرقم في السطر ٦.

قم بتقريب العدد في السطر ٦ إلى أقرب نصف ساعة وقيّده في السطر ٧. يحتوي هذا السطر على الأرقام التي سوف تقيّدها عندما تقدّم التقرير باستخدام شبكة الانترنيت أو الهاتف.

ساعات رعاية الأطفال: فيما يتعلق بكل طفل، أكتب اسم كل من يقوم بتقديم خدمة رعاية الطفل لك في السطرين ١ و٣. قيّد الوقت بالساعة والدقيقة لكل يوم يقوم فيه مقدم الخدمة هذا بتقديم الرعاية لطفلك.

لا تشمل الساعات التي لم تقم بالتبليغ عنها في قسم ساعات أنشطة الوالد الفعلية. على سبيل المثال: إذا ذهبت للتبضّع لمدة ساعة واحدة بعد العمل قبل أن تأخذ طفلك من دار الرعاية، فلا تشمل هذه الساعة هنا.

تواريخ فترة الدفع	رقم فترة الدفع	الموعد الأخير للتبليغ*	تاريخ الشيك / EFT
١٠/٠٢/٠١ - ٠٩/٢٠/١٢	٠٠١	١٠/٠٧/٠١	١٠/١٤/٠١
١٠/١٦/٠١ - ١٠/٠٣/٠١	٠٠٢	١٠/٢١/٠١	١٠/٢٨/٠١
١٠/٣٠/٠١ - ١٠/١٧/٠١	٠٠٣	١٠/٠٤/٠٢	١٠/١١/٠٢
١٠/١٣/٠٢ - ١٠/٣١/٠١	٠٠٤	١٠/١٨/٠٢	١٠/٢٥/٠٢
١٠/٢٧/٠٢ - ١٠/١٤/٠٢	٠٠٥	١٠/٠٤/٠٣	١٠/١١/٠٣
١٠/١٣/٠٣ - ١٠/٢٨/٠٢	٠٠٦	١٠/١٨/٠٣	١٠/٢٥/٠٣
١٠/٢٧/٠٣ - ١٠/١٤/٠٣	٠٠٧	١٠/٠١/٠٤	١٠/٠٨/٠٤
١٠/١٠/٠٤ - ١٠/٢٨/٠٣	٠٠٨	١٠/١٥/٠٤	١٠/٢٢/٠٤
١٠/٢٤/٠٤ - ١٠/١١/٠٤	٠٠٩	١٠/٢٩/٠٤	١٠/٠٦/٠٥
١٠/٠٨/٠٥ - ١٠/٢٥/٠٤	٠١٠	١٠/١٣/٠٥	١٠/٢٠/٠٥
١٠/٢٢/٠٥ - ١٠/٠٩/٠٥	٠١١	١٠/٢٧/٠٥	١٠/٠٣/٠٦
١٠/٠٥/٠٦ - ١٠/٢٣/٠٥	٠١٢	١٠/١٠/٠٦	١٠/١٧/٠٦
١٠/١٩/٠٦ - ١٠/٠٦/٠٦	٠١٣	١٠/٢٤/٠٦	١٠/٠١/٠٧
١٠/٠٣/٠٧ - ١٠/٢٠/٠٦	٠١٤	١٠/٠٨/٠٧	١٠/١٥/٠٧
١٠/١٧/٠٧ - ١٠/٠٤/٠٧	٠١٥	١٠/٢٢/٠٧	١٠/٢٩/٠٧
١٠/٣١/٠٧ - ١٠/١٨/٠٧	٠١٦	١٠/٠٥/٠٨	١٠/١٢/٠٨
١٠/١٤/٠٨ - ١٠/٠١/٠٨	٠١٧	١٠/١٩/٠٨	١٠/٢٦/٠٨
١٠/٢٨/٠٨ - ١٠/١٥/٠٨	٠١٨	١٠/٠٢/٠٩	١٠/٠٩/٠٩
١٠/١١/٠٩ - ١٠/٢٩/٠٨	٠١٩	١٠/١٦/٠٩	١٠/٢٣/٠٩
١٠/٢٥/٠٩ - ١٠/١٢/٠٩	٠٢٠	١٠/٣٠/٠٩	١٠/٠٧/١٠
١٠/٠٩/١٠ - ١٠/٢٦/٠٩	٠٢١	١٠/١٤/١٠	١٠/٢١/١٠
١٠/٢٣/١٠ - ١٠/١٠/١٠	٠٢٢	١٠/٢٨/١٠	١٠/٠٤/١١
١٠/٠٦/١١ - ١٠/٢٤/١٠	٠٢٣	*١٠/١٠/١١	١٠/١٨/١١
١٠/٢٠/١١ - ١٠/٠٧/١١	٠٢٤	*١٠/٢٤/١١	١٠/٠٢/١٢
١٠/٠٤/١٢ - ١٠/٢١/١١	٠٢٥	١٠/٠٩/١٢	١٠/١٦/١٢
١٠/١٨/١٢ - ١٠/٠٥/١٢	٠٢٦	١٠/٢٣/١٢	١٠/٣٠/١٢

* يكون إنتهاء أوقات المواعيد الأخيرة للتبليغ التي تقع في أيام قبل العطلات الرسمية في تمام الساعة ٥ مساء في التاريخ المشار. وخلافاً لذلك، يكون الانتهاء في نهاية ذلك اليوم (منتصف الليل).

فيما يتعلق بكل طفل على السطرين ٢ و٤، أدخل عدد الساعات اليومية التي تمّ التبليغ عنها إلى مقدم الخدمة كغائب بسبب مرض أو العطلات الرسمية المعتمدة من الولاية لفترة أسبوعين. اجمع ساعات المرض والعطلة في عمود مجموع الساعات إلى اليمين الأقصى وأدخل عدد الساعات الكامل فقط. استخدم المجموع المندمج لساعات المرض / العطلة عند التبليغ عن طريق النظام الهاتفي أو الالكتروني.

اجمع السطرين ١ و٣ لكل يوم لكي تحصل على المجموع الجزئي لوقت رعاية الطفل بالساعة والدقيقة لوضعه في السطر ٥.

قم بتقريب عدد المجموع الجزئي من السطر ٥ إلى أقرب نصف ساعة. ضع المجموع الذي تم تقريبه في السطر رقم ٦.

اجمع الأعداد الموجودة عبر السطر ٦ وقيّد المجموع للأسبوع. إذا كان العدد كاملاً، فقيّده في عمود مجموع الساعات. وإذا لم يكن كذلك، فقيّد الساعة الكاملة الأعلى التالية في عمود مجموع الساعات. وهذا المجموع الأسبوعي هو ما عليك تقييده عندما تقدم التقرير مستخدماً الانترنيت أو الهاتف.

كيفية تقريب العدد إلى أقرب نصف ساعة:

- إذا كانت الدقائق الباقية بين ١-١٥، فلا تحسبها. على سبيل المثال: ٦ ساعات و١٥ دقيقة، تقيد ٦ ساعات.
- إذا كانت الدقائق الباقية بين ١٦-٤٥، فقم بتقريبها إلى ٠,٥ على سبيل المثال: ٦ ساعات و٤٥ دقيقة، تقيد ٦,٥ ساعات.
- إذا كانت الدقائق الباقية بين ٤٦-٥٩، فقم بتقريبها إلى الساعة التالية الأعلى. على سبيل المثال: ٦ ساعات و٥٠ دقيقة، تقيد ٧ ساعات.

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو هوية أو تعبير جنس الشخص، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع، ...إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans With Disabilities Act).