



**Kidz Connected After School Center, 155 Vroom St**  
**Enrollment Application - 2014-2015 School Year**

برنامج مساعدة التلاميذ بعد المدرسة  
2014-2015 روم ١٥٥. طلب التسجيل لعام شارع ف

**Child's name:** \_\_\_\_\_

اسم الطفل

Child's date of birth: \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد الطفل

Today's date (ASC enrollment): \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم

Child's grade ('14-'15): \_\_\_\_\_

الفصل الدراسي للطفل

Child's school: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة

Home address (street and apt. #, city, state, and zip): \_\_\_\_\_

عنوان المنزل الشارع و رقم الشقة #, المدينة, الولاية و الرقم البريدي

**Mother/guardian's name:** \_\_\_\_\_

اسم الأم

Home address (if different): \_\_\_\_\_

عنوان المنزل لو وجد اختلاف

What is the best way to reach you (*circle*)? Cell ph Home ph Work ph Email

ما هي افضل طريقة للاتصال ضع دائرة؟ المحمول المنزل الشغل الأيميل

Email address: \_\_\_\_\_

newcity@yahoo.com لاسم البريد الإلكتروني مثلاً

Home phone: \_\_\_\_\_

لليفون المنزل

Cellphone: \_\_\_\_\_

تليفون المحمول

Work phone: \_\_\_\_\_

تليفون العمل

Work name: \_\_\_\_\_

اسم العمل

Work address: \_\_\_\_\_

عنوان العمل

**Father/guardian's name:** \_\_\_\_\_

اسم الأب

Home address (if different): \_\_\_\_\_

عنوان المنزل لو وجد اختلاف

What is the best way to reach you (*circle*)? Cell ph Home ph Work ph Email

ضل طريقة للاتصال ضع دائرة؟ المحمول المنزل الشغل الأيميل ما هي اف

Email address: \_\_\_\_\_

newcity@yahoo.com اسم البريد الإلكتروني مثلاً

Home phone: \_\_\_\_\_

لليفون المنزل

Cell phone: \_\_\_\_\_

تليفون المحمول

Work phone: \_\_\_\_\_

تليفون العمل

Work name: \_\_\_\_\_

اسم العمل

Work address: \_\_\_\_\_

عنوان العمل

### Emergency contact information

بيانات فى حالة الطوارئ

Please list below the person(s) authorized to assume responsibility for the child if the parent/guardian is not available.

طفلك إذا كان الوالدين غير متاحين الذين سوف يهتمون او الممسئولين على لو سمحت اسماء

Name: \_\_\_\_\_

الاسم

Relationship: \_\_\_\_\_

صلة القرابة

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

العنوان

Phone: \_\_\_\_\_

رقم التليفون

Name: \_\_\_\_\_

الاسم

Relationship: \_\_\_\_\_

صلة القرابة

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

العنوان

Phone: \_\_\_\_\_

رقم التليفون

In addition to the parent/guardian and emergency contacts previously listed, the following people are authorized to pick up my child from the ASC (please list names):

بالإضافة إلى ولي الأمر والاتصالات في حالات الطوارئ المذكورة سابقا

قائمة في الاسماء لا أكتابه يحق الاصدقاء الآتية لالتقاط طفلي من البرنامج يرجى

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

My child is allowed to walk home by him/herself

yes or no

An adult will pick up my child daily at 5:45pm

yes or no

### Medical Information

معلومات طبيّة

Child's doctor: \_\_\_\_\_

اسم دكتور الطفل

Phone: \_\_\_\_\_

التليفون

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

العنوان

Medications child is taking, reason for medication, dosage, frequency, and name of person who administers medication.

إذا كان الطفل يأخذ أي نوع من الأدوية الخاصة نريد المعرفة وسبب أخذه الدواء والجرعة وتكرار الدواء

ونريد معرفة اسم الشخص الذي اعطى الدواء

للطفل \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

أذا وجد اي نوع من الحساسيات

Please check boxes that apply: الرجاء وضع علامة صح في المربع:

- My child is in good physical health and can participate in the normal activities of KCAS. I assume full responsibility for my child's ASC.  
طفلي يتمتع بصحة بدنية جيدة ويمكن أن تشارك في الأنشطة العادية. أنا أتحمل المسؤولية الكاملة عن طفلي
- My child has the following health issues and/or activity restrictions: \_\_\_\_\_  
طفلي يعاني من مشاكل صحية أو مشاكل في الأنشطة
- \_\_\_\_\_
- My child's immunizations are up-to-date. انا اعطي طفلي التطعيم في موعده المحدد.
- My child's immunization record is on file with the child's school. طفلي لديه سجلات التطعيم في المدرسة

#### عقد الرسوم الدراسية Tuition Contract

Please check the box that applies: علامة صح في المربع الرجاء وضع

- Cash Monthly Payment.** I am paying the monthly tuition fee of \$45/month (full time enrollment, for 1st child, \$35/month for additional siblings).

Tuition is due on the **first day of the month**, and must be paid with cash or a money order. There will be a five-day grace period extended for tuition payments (the first week of the month). A **late-fee of \$10** will be added to payments made during the second week of the month. *The Parent Manual will include a payment and late fee schedule.* A child whose tuition remains unpaid by the third week of the month will not be allowed to attend the ASC. Monthly payments are non-refundable, should you decide to withdraw your child from the ASC \$ وسيتكون الدفع في الموعود المحدد 35 والطفل الثاني \$45 أنا سوف ادفع كل شهر للطفل الاول .

هو الرسوم الدراسية المستحقة على اليوم الأول من الشهر ويجب أن تدفع نقدا أو حوالة برية في نفس وقتها. سوف تكون هناك فترة سماح لمدة خمسة أيام تمديدتها لمدفوعات الرسوم الدراسية الأسبوعية الأولى من الشهر وستضاف في وقت متأخر من رسم قدره 10 دولارا للمدفوعات خلال الأسبوع الثاني من الشهر. لن يسمح للطفل الذي لم يسدد الرسوم الدراسية في الأسبوع الثالث من شهر لحضور البرنامج وأذا قررت سحب طفلك من البرنامج المبالغ المدفوع غير قابل للاسترداد

#### Parent Committee Phone Number Release Consent

أستأذن في طلب رقم التليفون

New City hosts a number of parent & family events throughout the year. We will have volunteers from the Parent Committee making phone calls to invite parents and guardians of After School Center students to these events, either from New

City's phone system or from personal phones while at New City Kids. We hope that you would permit us to release names and phone numbers **only** to our call volunteers.

سيكون لدينا متطوعين للاتصال بسائتضييف البرنامج عددا من الفعاليات الاسرية على مدار السنة بكم في حالة أي تغييرات أو دعوتكم لحضور الحفل مما يجعلكم المكالمة الهاتفية اسرع نأمل ان تسمحوا للمتطوعين للاتصال بكم وأعطائهم رقم الهاتف الخاص بكم

- ❑ **Yes**, I allow Parent Committee volunteers to contact me with information about New City/KCAS parent events. Names of parents/guardians, students, and phone numbers *only* will be available to phone call volunteers, *only* while on location at New City.
- ❑ نعم أنا موافق للمتطوعين الأتصال بي في حالة وجود أي تغيرات جديدة في البرنامج هاتفي للمتطوعين وسوف تكون أرقام
- ❑ **No**, I do not wish for Parent Committee volunteers to call with information about NCK/KCAS parent events.
- ❑ وافق للمتطوعين الأتصال بي في حالة وجود أي تغيرات جديدة في البرنامج لأ

### إذن صورة / فيديو **Photograph/video permission**

The After School Center partners with many generous donors and foundations. We regularly take photographs and video-recordings of activities. We hope you will agree to allow these photos or footage to be used to share the good work that is happening at the After School Center!

يتم تمويل البرنامج مع العديد من الجهات والمؤسسات نحن نأخذ بانظام والصور، وتسجيلات الفيديو وغير من الأنشطة نأمل أن توافق على السماح هذه الصور أو لقطات لاستخدامها للمشاركة في العمل الجيد الذي يجري في البرنامج

- ❑ **Yes**, the After School Center may take photographs/video and create promotional material that may contain pictures or general information about participants.

نعم أوافق على التقاط الصور والفيديو وإنشاء المواد الترويجية التي قد تحتوي على صور أو معلومات عامة عن المشاركين

- ❑ **No**, I do not wish for my child to be included in any promotional material.
- ❑ لا أريد لطفلي لأشترك في أي مواد ترويجية

### عقد الولدين **Parental Covenant**

All of the information I am submitting is accurate, to the best of my knowledge. I have read, and agree to all of the above information, as well as all of the policies and regulations of the After School Center (included in the Parent Handbook). I agree to abide by all that is outlined in the enrollment packet that I have both received and read.

I also accept that failure to comply with these policies and regulations will result in a conference with the After School Center Director to determine my child's continuance in the program.

In keeping with New Jersey's child care center licensing requirements, we are obliged to provide you, as the parent of a child enrolled at our center, with an informational statement (found on the ASC Parent Handbook page 7-9).

The statement highlights, among other things: your right to visit and observe our center at any time without having to secure prior permission; the center's obligation to be licensed and to comply with licensing standards; and the obligation of all citizens to report suspected child abuse/neglect/exploitation to the State Child Abuse Hotline 1 (877) NJ-ABUSE.

As part of the Lead Testing Notification Program, we are also required by ordinance of Jersey City to inform parents of their right to have their children tested for lead. The State of New Jersey will provide free lead testing to children who are uninsured or underinsured. All primary care physicians are required to screen children with insurance for lead.

Please print and sign the following.

كافة المعلومات أقدمها دقيقة، لأفضل من معرفتي. لقد قرأت، وأوافق على كافة المعلومات أعلاه، وكذلك كل من السياسات والأنظمة المعمول بها في بعد مركز مدرسة (الدرجة في كتيب الرئسي). أنا أوافق على كل ما ورد في الحزمة الالتحاق بأنني تلتقيت وقرأت كليهما.

أقبل أن عدم الالتزام بهذه السياسات واللوائح سيؤدي في مؤتمر مع مدير مركز مدرسة بعد أنا أيضا لتحتدي استمرار طفلي في البرنامج. تمشيا مع متطلبات الترخيص ولإي نيو جيرسي رعاية الطفل مركز، ونحن مضطرون لتوفير الرئسي كتيب صفحة ASC لكم، والد الطفل المسجلين في مركزنا، مع بيان إعلامي (وجدت على 7-9).

ويبرز البيان، من بين أمور أخرى: حقل لزيارة ومراقبة مركزنا في أي وقت دون الحاجة إلى تأمين الحصول على إذن مسبق؛ الالتزام المركز إلى أن تكون مرخصة والامثال لمعايير الترخيص، والالتزام مشتبها / الإهمال / الاستغلال للدولة إساءة جميع المواطنين إلى الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال ال NJ-ABUSE (معاملة الأطفال 1 الخط الساخن) 877.

كجزء من برنامج إعلام اختبار الرصاص، فنحن مطالبون أيضا بأوامر من جيرسي سيتي لإبلاغ أولياء الأمور من حقهم أن يكون أطفالهم اختبار للرصاص. فإن ولاية نيو جيرسي تقديم الاختبار الية من الرصاص للأطفال الذين هم غير المؤمن عليهم أو أوندرينسورد. يطلب من جميع أطباء خ الرعاية الصحية الأولية للأطفال مع شاشة التأمين للرصاص.

يرجى طباعة وتوقيع الآتية.

Name of Child اسم الطفل \_\_\_\_\_

Name of Parent(s) اسم ولي الأمر : \_\_\_\_\_

I have read and received a copy of the Information to Parents statement prepared by the Office of Licensing, Child Care & Youth Residential Licensing, in the Department of Children and Families (see Parent Handbook, pages 7-9). I also understand my rights to have my child tested for lead through their primary care physician or the State of New Jersey

لقد قرأت وحصلت على نسخة من المعلومات لبيان الآباء والأمهات من قبل مكتب الترخيص، رعاية طفل وترخيص سكني الأسباب على استعداد، في قسم الأطفال والأسر) انظر الدليل الرئسي، ال (9). أفهم أيضا حقوقي أن يكون طفلي اختبار لزام المبادرة من خلال الطبيب الرعاية - صفحات 7 ال الصحية الأولية أو ولاية نيو جيرسي.

Signature التوقيع: \_\_\_\_\_ Date التاريخ : \_\_\_\_\_

OOL12/4/07

The After School Center receives a grant called the **Jersey City Community Service Block Grant** through the government, and so we are required to ask for the following information. We realize that it is sensitive information and this form is kept in a locked file—we **are committed to confidentiality**. If you are unwilling to complete the following pages, please speak with the ASC Director. Thank you!

خلال الاحكومة وهكذا فنحن البرنامج يتلقى منحة تسمى مدينة جيرسي خدمة المجتمع بلوك منحة من مطالبون أن نسأل عن المعلومات التالية ونحن ندرك أنه من المعلومات الحساسة ويتم الاحتفاظ هذا النموذج في ملف مقفل ونحن ملتزمون بالسرية إذا كنت لا ترغب في إكمال الصفحات التالية يرجى التحديث مع المدير شكرا لك

Please complete the following information for **you, the parent** (do not fill in the blanks below with the child's information) يرجى استكمال المعلومات التالية بالنسبة لك والام لا تملأ الفراغات عن اي معلومات عن الطفل

Please circle the appropriate answer: يرجى وضع دائرة حول الإجابة المناسبة

Are you married? هل أنت متزوج؟ Yes نعم No لا

Are you disabled? هل أنت معاق؟ Yes نعم No لا

Are you homeless? هل أنت بلا مأوى؟ Yes نعم No لا

Is a female the head of your household? هل الأنثى رب الأسرة؟ Yes نعم No لا

Are you a veteran? هل انت محارب قديم؟ Yes نعم No لا

How many members are there in your household (include yourself)? \_\_\_\_\_  
كم عدد أفراد الأسرة في منزلك تشمل نفسك

Please write what race/ethnicity you consider yourself \_\_\_\_\_  
رجى كتابة ما هي العنصرية التي تعتبر نفسك

Are you currently employed? هل أنت موظف حالي؟ Yes نعم No لا

What is your current household annual income? \_\_\_\_\_  
ما هو الحالالي الدخل السنوي أسرتك

Are you eligible for the free lunch program? هل أنت مشترك فى برنامج الوجبة الغذاء المجانية في المدرسة؟ Yes نعم No لا

Please put a check by any of the following form of income/benefits you are receiving (mark all that apply): يرجى وضع الاختيار من قبل أي من النماذج التالي من الدخل / الفوائد التي يتلقون (ل ما ينطبق) على:

\_\_\_\_\_ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (فتة للأسر المحتاج المساعدة المؤقتة) فوتستامب

\_\_\_\_\_ General Assistance? المساعدة العامة

\_\_\_\_\_ Supplemental Security Income (SSI) دخل الضمان الإضافي

- \_\_\_\_\_ Social Security Disability (SSD) ز من الضمان الاجتماعى ع ج  
\_\_\_\_\_ Social Security Benefits استحقاقات الضمان الاجتماعى  
\_\_\_\_\_ Veterans Benefits فوائد المحاربين القدامى  
\_\_\_\_\_ Unemployment Benefits فوائد البطالة  
\_\_\_\_\_ Other Retirement Benefits فوائد التقاعد اخرى

Do you have health insurance? هل لديك تأمين صحي؟ Yes نعم  
No لا

Does your child have health insurance? هل طفلك لديه تأمين صحي؟ Yes نعم  
No لا

(If yes, please indicate provider: \_\_\_\_\_)  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة اسم شركة التأمين



Jerramiah T. Healy, Mayor  
CITY OF JERSEY CITY

DEPARTMENT OF  
Housing, Economic Development & Commerce

*Division of Community  
Development*

30 Montgomery Street, 4<sup>th</sup> Floor, Jersey City, NJ 07302  
Phone: (201) 547-6910  
Fax: (201) 547-5104

~~New City Kids After School Center~~  
**COMMUNITY SERVICES BLOCK GRANT (CSBG)  
RECOVERY FUNDS  
DISCLAIMER FORM**

Project: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

FY 2009 Community Services Block Grant (CSBG) Income Guidelines (Please circle the appropriate family size and income range for your household):

<u>Family Size</u>	<u>Income Range</u>
1	\$0 - \$21,660
2	\$21,661 - \$29,140
3	\$29,141 - \$36,620
4	\$36,621 - \$44,100
5	\$44,101 - \$51,580
6	\$51,581 - \$59,060
7	\$59,061 - \$66,540
8	\$66,541 - \$74,020

If your family size does not fit within the above income range, please fill in the information below:

Other

Income

Under penalty of perjury, I affirm that my income is within Community Services Block Grant guidelines for financial eligibility to participate in the federally funded program. I certify that the statements made by me are true. If they are willfully false I will be subject to the penalty of the law.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_