

**For Official Use**  
صرف سرکاری استعمال کے لئے

ES  MS  HS  
 GE  SE  ELL

طالب علم ID#	درمیانی نام	پہلا نام	آخری نام
گھر کا پتہ (گھر نمبر، سڑک کا نام، اپارٹمنٹ #، شہر، ریاست، زپ)		گھر کا فون نمبر	
تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ)	عمر	صنف جنس <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> نہ صنف مؤنث اور نہ ہی صنف مذکر:	جائے پیدائش
گھریلو / آبائی زبان	آخری مکمل کردہ گریڈ		
صحتی بیمہ معلومات: کیا طالب علم کے پاس صحت کا بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> اگر ہاں تو کس قسم کا بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> نجی صحتی بیمہ <input type="checkbox"/> میڈیکیڈ <input type="checkbox"/> چائلڈ ہیلتھ پلس B <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> اگر نہیں، تو کیا آپ بیمہ کرائے کے بارے میں رابطہ کیا جانا پسند کریں گے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں		صحتی تنبیہ: کوئی ایسی طبی حالت جو جسمانی سرگرمیوں میں حصہ لینے پر اثر انداز ہو۔ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں	
خاص تعلیم معلومات: کیا طالب علم خاص تعلیم خدمات موصول کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> اگر ہاں، کیا آپ کے پاس انفرادی تعلیمی منصوبے (IEP) کی ایک کاپی ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی نہیں			

والدین / سرپرست کی معلومات

طالب علم کے ساتھ رشتہ	پہلا نام	آخری نام
والدین / سرپرست کی ترجیحی زبان گفتار:	گھر کا پتہ (گھر نمبر، سڑک کا نام، اپارٹمنٹ #، شہر، ریاست، زپ)	
والدین / سرپرست کی ای میل	گھر کا فون نمبر	کام / سیل فون نمبر

To Be Completed by Enrollment Staff: (اندراج عملے کے ذریعے مکمل کیا جانا چاہیئے)

<p><b>Registration (check one):</b></p> <p><input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school</p> <p><b>Transfer Request (check one):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify):</p> <p>Notes:</p>	<p><b>Disposition:</b></p> <p>Enrolled School Name _____ DBN _____</p> <p><b>Referred to:</b></p> <p>School Name _____ DBN _____</p> <p>(1) _____</p> <p>(2) _____</p> <p>(3) _____</p>
--	---

میں نے ایک مشیر سے ملاقات کی ہے اور اپنے انتخابات اور اسکولی تقرری کے طریق کار کو سمجھتا ہوں۔ میں پیش کی جانے والی معلومات کو سمجھتا ہوں اور مزید کارروائی کے لیے درکار معلومات موصول کر لی ہے۔

والدین / سرپرست کا نام / دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

مشیر کا نام / دستخط: \_\_\_\_\_

اضافی تبصرات: \_\_\_\_\_