

البيانات الشخصية
Personal Information

الاسم	تاريخ الميلاد
-------	---------------

من المهم أن يكون موظف قسم الترخيص (LD) الذي يكمل دراستك المنزلية على علم بك. وهذه الأسئلة حول المعلومات الأساسية العائلية والتعليم والعمل والعلاقات والثقافة هي الخطوة الأولى في هذه العملية. كما أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة. وإذا كانت هناك العديد من الأسئلة التي ستناقش بشكل شخصي، فيرجى الإشارة إلى ذلك في المساحة المخصصة.

سيراجع مرخص قسم الترخيص / موظف الدراسة المنزلية هذه المعلومات قبل بدء الدراسة المنزلية وسيستخدمها كأساس للمناقشة أثناء عملية المقابلة.

على كل مقدم طلب / مقدم رعاية استكمال هذا النموذج.

إذا كانت لديك صعوبة في الإجابة عن أي جزء من هذا الاستبيان أو تحتاج إلى مساعدة إضافية، فيرجى مناقشة هذا الأمر مع المرخص / موظف الدراسة المنزلية.

أ- المعلومات الأساسية لمقدم الطلب

حقائق عن الأسرة:

1. أين ولدت ونشأت؟ _____

2. من الذي رباك: (ضع علامة أمام كل ما ينطبق عليه ذلك)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> الأم | <input type="checkbox"/> العم |
| <input type="checkbox"/> الأب | <input type="checkbox"/> العم |
| <input type="checkbox"/> الجدة | <input type="checkbox"/> الوالد الحاضر |
| <input type="checkbox"/> الجد | <input type="checkbox"/> المتبني |
| <input type="checkbox"/> زوجة الأب | <input type="checkbox"/> الأشقاء |
| <input type="checkbox"/> زوج الأم | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |

3. يُرجى ذكر اسم / أسماء و عمر / أعمار كل أشقائك الحالية: (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر)

الاسم / الموقع:	العمر:	الاسم / الموقع:	العمر:

4. كيف تصف طفولتك؟ (ضع علامة أمام كل ما ينطبق عليه ذلك)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> سعيدة | <input type="checkbox"/> متوقعة | <input type="checkbox"/> صادمة | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
| <input type="checkbox"/> حزينة | <input type="checkbox"/> مربكة | <input type="checkbox"/> مرحة | |
| <input type="checkbox"/> مستقرة | <input type="checkbox"/> مملوّه بالحب | <input type="checkbox"/> منعزلة | |
| <input type="checkbox"/> مضطربة | <input type="checkbox"/> مخيفة | <input type="checkbox"/> مثيرة | |
| <input type="checkbox"/> خالية من الهموم | <input type="checkbox"/> ممتعة | <input type="checkbox"/> معقدة | |

التعليم:

1. هل الدراسة في المنزل؟ نعم لا

التاريخ الوظيفي / الخدمة العسكرية:

1. هل خدمت في الجيش؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإجابة على ما يلي:

من _____ إلى: _____

فرع القوات المسلحة _____ الرتبة _____

هل اشتملت خبرتك العسكرية على القتال؟ نعم لا

نوع إطلاق النار _____

2. هل تعمل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر أيام وساعات أسبوع العمل المعتادة: _____

3. هل ستحتاج إلى رعاية طفل في منزلك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع الرعاية التي تنوي استخدامها؟

مركز رعاية الطفل رعاية الطفل في المنزل فرد / أفراد الأسرة: _____ غير ذلك: _____

التراث الثقافي

1. هل أنت أمريكي الأصل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أنت مسجل كعضو في قبيلة؟ نعم لا

قبيلة _____

(التحقق من الحالة الهندية DCYF 15-128 مطلوبًا في الملف إذا كان ذلك ممكنًا)

2. ما لغتك الأساسية؟ _____

هل تتحدث أي لغة / لغات أخرى بطلاقة؟ نعم لا

إذا كنت تتحدث، فما هي اللغة / اللغات؟ _____

3. اعتبارات ثقافية أخرى؟ _____

ب. العلاقات**الزوج / الشريك:**

1. هل أنت متزوج حاليًا أو تقيم علاقة هامة؟ نعم لا

2. يرجى تقديم المعلومات التالية المتعلقة بعلاقاتك السابقة الهامة:

تاريخ الإنهاء	تاريخ الزواج / النقاية المدنية / الشراكة المنزلية	تاريخ الترميل	مقاطعة / ولاية	يرجى كتابة حالات الزواج الحالية والسابقة / النقايات المدنية / الشراكات المنزلية:
				اسم الشريك

* يلزم وجود صور من شهادة الزواج الحالية، وتوثيق الشراكة المحلية، وأي مرسوم بالطلاق، والفسخ والإنهاء وطلب الحضانة.

الأطفال: (إذا لم يكن لديك أطفال، فانقل إلى القسم التالي)

1. يرجى تقديم المعلومات التالية المتعلقة بطفلك / بأطفالك: (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر)

[يرجى إدراج الأطفال الحقيقيين، الأطفال بالتبني، والأطفال الآخرين الذين قمت بتربيتهم]

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	محل الميلاد (مدينة، ولاية)	اسم ولي الأمر الآخر:	هل يعيش الطفل معك؟
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

هل سبق أن شارك أي من أطفالك في نظام المحاكم؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجي استكمال المعلومات التالية:
أي طفل؟ _____
صف ما حدث: _____

ج. الأبوة والأمومة والخبرة في التعامل مع الأطفال

1. كيف كان يتم تهذيبك عندما كنت طفلاً؟

2. يرجى وصف ممارساتك الحالية حول الانضباط (قد لا يكون الأطفال في الرعاية خارج المنزل منضبطين جسدياً). كيف تهذب أطفالك؟

3. يرجى وصف كيف ستقوم بدور ولي الأمر ودعم الطفل:

العرق

الثقافة

القيم الروحانية

التوجه الجنسي

الهوية الجنسية

4. هل ستكون على استعداد للمشاركة في الاستشارة مع طفل موجود في منزلك؟ نعم لا

5. هل أنت على استعداد للمشاركة في التدريب؟ نعم لا.
إذا كانت الإجابة بنعم، فما الموضوعات التي ترغب في التدريب عليها؟

د. الطبي / النفسي الاجتماعي

يرجى تقديم المعلومات التالية: ملاحظة - إن الإجابة بنعم على أي من العناصر التالية لن تؤدي إلى استبعادك تلقائيًا كخيار وضع محتمل.

1. هل سبق أن تم إجبارك بوجود مشكلة لديك في أي مما يلي:
 الكحول المواد المخدرة السيطرة على الغضب الصحة العقلية لا يوجد
2. هل سبق لك استخدام العقاقير المحظورة أو بيع العقاقير المحظورة أو تناول العقاقير القانونية؟ نعم لا
3. هل قام أي من أفراد عائلتك، أو آخرين ممن هم على تواصل منتظم بطفل / أطفال في منزلك، باستخدام العقاقير غير المشروعة، أو بيع العقاقير غير القانونية، أو تناول العقاقير القانونية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد من هذا الفرد:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> أنا | <input type="checkbox"/> الأب | <input type="checkbox"/> الجدة |
| <input type="checkbox"/> الزوج أو الشريك | <input type="checkbox"/> زوجة الأب | <input type="checkbox"/> الجد |
| <input type="checkbox"/> الابن / الابناء | <input type="checkbox"/> زوج الأم | <input type="checkbox"/> غير ذلك (ممن هم على تواصل منتظم بالطفل المحدد): _____ |
| <input type="checkbox"/> الابنة / البنات | <input type="checkbox"/> الأخ / الأخوات | |
| <input type="checkbox"/> الأم | <input type="checkbox"/> الأخت / الأخوات | |

4. بغض النظر عن الفترة الماضية، هل عانيت من أي مما يلي:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | مشاكل الصحة البدنية |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | مشاكل الصحة العقلية و / أو العلاج |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | تعاطي المواد المخدرة أو الكحول و / أو العلاج |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | العنف المنزلي |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | تقديم المشورة؛ الفرد و / أو غيره (الأسرة، المجموعة، وما إلى ذلك) |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | الإجهاض أو العقم |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | الصدمة النفسية أو الخسارة |

اشرح أي إجابة بنعم، بما في ذلك التشخيص، والمواعيد، ونتائج العلاج، والمشاركة في إنفاذ القانون.

5. بغض النظر عن المدة التي قضاها، أي شخص في عائلتك أو آخرين ممن هم على تواصل منتظم بطفل / أطفال في منزلك، قد عانوا من أي مما يلي:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | مشاكل الصحة البدنية |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | مشاكل الصحة العقلية و / أو العلاج |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | تعاطي المواد المخدرة أو الكحول و / أو العلاج |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | العنف المنزلي |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | تقديم المشورة؛ الفرد و / أو غيره (الأسرة، المجموعة، وما إلى ذلك) |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | الإجهاض أو العقم |
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | الصدمة النفسية أو الخسارة |

اشرح أي إجابة بنعم، بما في ذلك التشخيص، والمواعيد، ونتائج العلاج، والمشاركة في إنفاذ القانون.

6. هل تعرضت أنت أو أي فرد آخر من أفراد أسرتك لإصابة خطيرة أو مرض أو دخول المستشفى خلال العام الماضي، أو لديك تاريخ من القيود العقلية أو الجسدية أو تناول أدوية حاليًا؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وصف ذلك:

هـ. المنزل والمنطقة

1. منذ متى وأنت تعيش في منطقتك الحالية؟ _____
2. منذ متى وأنت تعيش في منزلك الحالي؟ _____
3. هل يسمح بالتدخين أو تدخين سيجارة إلكترونية في منزلك أو سيارتك؟ نعم لا
4. هل لديك حيوانات أليفة أو حيوانات في مكان إقامتك؟ نعم لا
5. هل أنت مشترك في نظام مياه عام أم خاص؟ _____

التطعيمات الحديثة (يرجى تقديم التحقق)	نوع الحيوانات الأليفة
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر جميع الحيوانات الأليفة المنزلية أو الحيوانات الأخرى في مكان الإقامة: (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر)

و. خاص بالطفل

1. في هذا الوقت، هل أنت على استعداد لأداء دور ولي الأمر ودعم الطفل بأي من الأمور التالية؟ (ضع علامة أمام كل ما ينطبق عليه ذلك)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> تاريخ الصدمة النفسية | <input type="checkbox"/> عدواني جنسيًا |
| <input type="checkbox"/> الصحة العقلية | <input type="checkbox"/> عدواني بدنيًا |
| <input type="checkbox"/> تعاطي المواد المخدرة | <input type="checkbox"/> صعوبات التعلم |
| <input type="checkbox"/> ولي أمر مرافق | <input type="checkbox"/> تأخر النمو |
| <input type="checkbox"/> الاحتياجات الطبية | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
| <input type="checkbox"/> الاحتياجات السلوكية | |

ز. هل لديك أسئلة؟

1. هل هناك معلومات هامة لنا أن نعرفها؟

التوقيع	التاريخ
---------	---------