

اطلاعات شخصی Personal Information

| | |
|-----|------------|
| نام | تاریخ تولد |
|-----|------------|

مهم است که مددکار بخش صدور مجوز (LD) که بررسی محل سکونت شما را تکمیل می کند، شما را بشناسد. این سوالات در مورد سوابق خانوادگی، تحصیلات، شغل، روابط و فرهنگ شما اولین قدم های این فرایند است. درست یا غلط بودن پاسخ ها اهمیت ندارد. اگر سوالی دارید که ترجیح می دهید شخصاً در مورد آن بحث کنید، لطفاً آن را در فضای تعیین شده ذکر کنید.

اعطا کننده مجوز LD / مددکار بررسی محل سکونت شما این اطلاعات را قبل از شروع رسیدگی به محل سکونت بررسی می کند و از آن به عنوان مبنایی برای بحث در طول روند مصاحبه استفاده می کند.

هر متقاضی / سرپرست باید این فرم را تکمیل کند.

اگر در پاسخ دادن به هر بخشی از این پرسشنامه مشکل دارید یا به کمک دیگری نیاز دارید، لطفاً این مورد را با اعطا کننده مجوز / مددکار بررسی محل سکونت در میان بگذارید.

A. سابقه متقاضی

حقایق خانوادگی:

1. کجا متولد شده و بزرگ شده اید؟ _____

2. چه کسی شما را بزرگ کرده است: تمام مواردی را که قابل اجرا می باشد علامت بزنید)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> مادر | <input type="checkbox"/> عمه / خاله |
| <input type="checkbox"/> پدر | <input type="checkbox"/> عمو / دایی |
| <input type="checkbox"/> مادر بزرگ | <input type="checkbox"/> پدر خوانده و مادر خوانده |
| <input type="checkbox"/> پدر بزرگ | <input type="checkbox"/> خانواده ناتنی |
| <input type="checkbox"/> نامادری | <input type="checkbox"/> برادر و خواهر |
| <input type="checkbox"/> ناپدری | <input type="checkbox"/> سایر: _____ |

3. لطفاً نام (ها) و سن کنونی تمام خواهران و برادران را ذکر کنید: (در صورت نیاز یک برگه اضافی ضمیمه کنید)

| نام / مکان: | سن: | نام / مکان: | سن: |
|-------------|-----|-------------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. دوران کودکی خود را چگونه توصیف می کنید؟ تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خوشحال | <input type="checkbox"/> قابل پیش بینی | <input type="checkbox"/> بحرانی | <input type="checkbox"/> سایر: _____ |
| <input type="checkbox"/> غمگین | <input type="checkbox"/> آشفته | <input type="checkbox"/> خوش | |
| <input type="checkbox"/> پایدار | <input type="checkbox"/> محبت آمیز | <input type="checkbox"/> تنها | |
| <input type="checkbox"/> پر آشوب | <input type="checkbox"/> ترسناک | <input type="checkbox"/> مهیج | |
| <input type="checkbox"/> آسوده خاطر | <input type="checkbox"/> لذت بخش | <input type="checkbox"/> پیچیده | |

تحصیلات

1. آیا در خانه تحصیل کردید؟ بله خیر

سابقه استخدام/ خدمت در ارتش:1. آیا در ارتش خدمت کرده اید؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، سوالات زیر را پاسخ دهید:

از تاریخ: _____ تا: _____

یگان نیروهای مسلح _____ درجه _____

آیا تجربه نظامی شما شامل جنگ بود؟ بله خیر

نوع ترخیص _____

2. آیا شاغل هستید؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، روز و ساعت کاری خود را در یک هفته عادی ذکر کنید: _____

3. آیا برای نگهداری از کودکی که در خانه شما سکونت دارد، به مراقبت از کودک نیاز خواهید داشت؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، چه نوع مراقبتی را استفاده خواهید کرد؟

 کودکان اعضای خانواده: _____ سایر: _____**میراث فرهنگی**1. آیا شما یک آمریکایی بومی هستید؟ بله خیراگر پاسخ بله است، آیا شما عضو یک قبیله ثبت شده هستید؟ بله خیر

قبیله _____

(تأیید وضعیت بومی DCYF 15-128 در صورت وجود در پرونده مورد نیاز است)

2. زبان مادری شما چیست؟ _____

آیا زبان دیگری را به خوبی صحبت می کنید؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، چه زبانهایی؟ _____

3. سایر ملاحظات فرهنگی؟ _____

B. روابط**همسر / شریک زندگی**1. آیا در حال حاضر متاهل هستید یا در رابطه خاصی قرار دارید؟ بله خیر

2. لطفاً اطلاعات زیر را در رابطه با روابط مهم گذشته خود ارائه دهید:

| تاریخ فسخ | تاریخ ازدواج / اتحاد مدنی / پیوند مشترک خانگی | تاریخ بیوه شدن | کشور / ایالت | ازدواج های فعلی و قبلی / اتحاد مدنی / پیوند مشترک خانگی: |
|-----------|---|----------------|--------------|--|
| | | | | نام شریک |
| | | | | نام شریک |
| | | | | نام شریک |
| | | | | نام شریک |

* رونوشت های گواهی ازدواج فعلی، ثبت پیوند مشترک خانگی و هرگونه حکم طلاق، ابطال (ها)، فسخ (ها) و دستور حضانت مورد نیاز است.

فرزندان: (اگر فرزندی ندارید به بخش بعدی بروید)

1. لطفاً اطلاعات زیر را در رابطه با فرزندان خود ارائه دهید: (در صورت نیاز یک برگه اضافی ضمیمه کنید)

[فرزندان بیولوژیک، فرزندانخوانده و فرزندان دیگری را که تربیت کرده اید بنویسید]

| نام کودک | تاریخ تولد | محل تولد (شهر، ایالت) | نام سایر والدین | آیا کودک با شما زندگی می کند؟ |
|----------|------------|--------------------------|-----------------|---|
| | | | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| | | | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| | | | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| | | | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| | | | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |

آیا تاکنون فرزندان شما درگیر سیستم دادرسی بوده اند؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، اطلاعات زیر را ارائه دهید:

کدام فرزند؟ _____

توضیح دهید چه اتفاقی افتاد؟ _____

C. تربیت فرزند و تجربه با کودکان

1. در زمان کودکی تا چه حد منظم بودید؟

2. لطفاً شیوه های فعلی خود را در مورد نظم و انضباط توصیف کنید (کودکان تحت مراقبت های خارج از خانه ممکن است از نظر فیزیکی نظم و انضباط نداشته باشند). چگونه فرزندان خود را منظم تربیت می کنید؟

3. لطفاً نحوه تربیت و حمایت از :

نژاد

فرهنگ

روحیات

گرایش های جنسی

بیان جنسیتی

4. آیا تمایل دارید با فرزندی که در خانه شما سکونت دارد در مشاوره شرکت کنید؟ بله خیر

اگر نه، به چه دلیل؟

5. آیا مایلید در دوره‌های آموزشی شرکت کنید؟ بله خیر
اگر پاسخ بله است، دوست دارید در چه موضوعاتی آموزش ببینید؟

D. پزشکی / روانی اجتماعی

لطفا اطلاعات زیر را ارائه دهید: توجه- پاسخ بله به هر یک از موارد زیر به طور خودکار شما را به عنوان گزینه بالقوه دریافت فرزند خوانده رد نمی کند.

1. آیا تا به حال به شما گفته اند که با هر یک از موارد زیر مشکل دارید:

الکل مخدرها مدیریت خشم سلامت روان N/A

2. آیا تاکنون از مخدرهای غیرقانونی استفاده کرده اید، مخدرهای غیرقانونی فروخته اید و یا از مخدرهای قانونی سوءاستفاده کرده اید؟ بله خیر

3. آیا هیچ یک از اعضای خانواده یا سایر افرادی که به طور مرتب با کودک ساکن در خانه شما در تماس هستند، از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده، مخدرهای غیرقانونی فروخته یا از مخدرهای قانونی سوء استفاده کرده اند؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، این موارد را با آن عضو بررسی کنید:

خود شخص پدر مادر بزرگ
 همسر یا شریک زندگی نامادری پدر بزرگ
 پسر (ها) ناپدری سایر (که ممکن است به طور منظم با کودک ساکن در خانه در تماس باشند): _____
 دختر (ها) برادر (ها)
 مادر خواهر (ها)

4. صرف نظر از اینکه چه مدت گذشته است، آیا شما یکی از موارد زیر را تجربه کرده اید:

بله خیر مشکلات سلامت جسمی
 بله خیر مشکلات و / یا درمان سلامت روان
 بله خیر سوءاستفاده و / یا درمان مخدر و الکل
 بله خیر خشونت خانگی
 بله خیر مشاوره؛ فردی و / یا سایر (خانوادگی، گروهی، و غیره)
 بله خیر سقط جنین یا ناباروری
 بله خیر ضربه روحی یا فقدان

هر پاسخ "بله"، از جمله تشخیص، تاریخ ها، نتیجه درمان و / یا مشارکت در اجرای قانون را توضیح دهید.

5. صرف نظر از اینکه چه مدت گذشته، آیا کسی در خانواده شما یا دیگران که به طور منظم با کودک ساکن در خانه شما در تماس است، یکی از موارد زیر را تجربه کرده است:

بله خیر مشکلات سلامت جسمی
 بله خیر مشکلات و / یا درمان سلامت روان
 بله خیر سوءاستفاده و / یا درمان مخدر و الکل
 بله خیر خشونت خانگی
 بله خیر مشاوره؛ فردی و / یا سایر (خانوادگی، گروهی، و غیره)
 بله خیر سقط جنین یا ناباروری
 بله خیر ضربه روحی یا فقدان

هر پاسخ "بله"، از جمله تشخیص، تاریخ، نتیجه درمان و / یا مشارکت در اجرای قانون را توضیح دهید.

6. آیا شما یا هر یک از اعضای دیگر خانواده در طی یک سال گذشته آسیب جدی، بیماری یا بستری شدن در بیمارستان داشته اید یا سابقه محدودیت های ذهنی یا جسمی دارید یا در حال حاضر تحت درمان هستید؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، لطفا توضیح دهید:

E. خانه و محله

1. چه مدت در محله کنونی خود زندگی می کنید؟ _____

2. چه مدت در خانه کنونی خود زندگی می کنید؟ _____

3. آیا کشیدن سیگار یا سیگار الکتریکی در خودرو یا خانه شما مجاز است؟ بله خیر

4. آیا در ملک خود حیوانات خانگی دارید؟ بله خیر

5. آیا شما از سیستم آب عمومی استفاده می کنید یا خصوصی؟ _____

واکسیناسیون به روز
(لطفا تاییدیه را ارائه دهید)

نوع حیوان خانگی

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

اگر پاسخ بله است، تمام حیوانات خانگی و سایر حیوانات موجود در ملک را بنویسید: (در صورت نیاز یک برگه اضافی ضمیمه کنید)

F. مختص کودک

1. اکنون، آیا مایل هستید با وجود هر یک از موارد زیر فرزند را تربیت و حمایت کنید؟ تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

پرخاشگر جنسی

سابقه آسیب روحی

پرخاشگر فیزیکی

سلامت روان

ناتوانی در یادگیری

سوء مصرف مواد

تاخیر در رشد

والدین نوجوان

سایر: _____

نیازهای درمانی

نیازهای رفتاری

G. آیا سوالی دارید؟

1. آیا اطلاعات مهمی وجود دارد که ما باید بدانیم؟

تاریخ

امضاء