

النموذج C¹

نموذج معلومات الفرز للبالغين

(استخدم هذا النموذج لجمع معلومات إضافية بناءً على نموذج تسجيل بيانات الأسرة ومعلومات الأسرة الإضافية لكل فرد في الأسرة يحتاج إلى الخدمات و/أو الدعم)

التاريخ:		الموظف الذي أكمله:	
معرف فرد الأسرة:	الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
اللقب:	تاريخ الميلاد:	العمر:	
النوع:		نوع آخر	
القسم 1. التعليم/التوظيف			
أعلى مستوى تعليمي تم إكماله: (يرجى تحديد اختيار واحد)			
<input type="checkbox"/> المرحلة الابتدائية	<input type="checkbox"/> دبلوم جامعي	<input type="checkbox"/> هناك رغبة الاستمرار في التعليم	<input type="checkbox"/> غير ذلك
<input type="checkbox"/> المرحلة الإعدادية	<input type="checkbox"/> بكالوريوس	<input type="checkbox"/> HiSET/GED	
<input type="checkbox"/> المرحلة الثانوية	<input type="checkbox"/> خريج جامعي		
الحالة الوظيفية: (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)			
<input type="checkbox"/> رب(ة) منزل	<input type="checkbox"/> خارج قوى العمل	<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> موظف بدوام كلي	<input type="checkbox"/> موظف بدوام جزئي		
مصدر (مصادر) الدخل: (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)			
<input type="checkbox"/> الأجر/الرواتب	<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي/المعاش	<input type="checkbox"/> ليس هناك دخل	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> التأمين ضد البطالة	<input type="checkbox"/> النفقة الزوجية/نفقة الطفل		
<input type="checkbox"/> تأمين ذوي الإعاقة	<input type="checkbox"/> EAEDC (المساعدات الطارئة لكبار السن وذوي الإعاقات والأطفال)		
<input type="checkbox"/> تأمين تعويضات العاملين	<input type="checkbox"/> TAFDC (المساعدات الانتقالية للأسر ذات الأطفال المعالين)		
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI (دخل الضمان التكميلي/تأمين الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة)			
القسم 2. الصحة العقلية والبدنية			
هل تعاني إعاقة؟		كيف حال صحتك البدنية والعقلية بصورة عامة؟ (يرجى وضع دائرة حول أحد الاختيارات)	
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	سيئة متوسطة جيدة ممتازة	
(يرجى تحديد جميع ما ينطبق)		هل تعاني أي حالة (حالات) تتطلب رعاية منتظمة أو متابعة؟	
<input type="checkbox"/> الصحة الطبية/البدنية	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة	
<input type="checkbox"/> الإبصار		ما هي هذه الحالة (الحالات)؟	
<input type="checkbox"/> السمع			
<input type="checkbox"/> النمو			
<input type="checkbox"/> الصحة العقلية/السلوكية			
هل ذهبت إلى طبيب أو ممرضة ممارسة خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟			
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة	
هل ذهبت إلى طبيب أسنان خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟			
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة	
القسم 3. السلامة			
أسئلة عن السلامة			
هل تشعر بأمان في منزلك؟	أختلف بشدة	أختلف	محايد
هل تشعر بأمان في العمل أو المدرسة؟	أوافق بشدة	أوافق	أوافق بشدة
هل تشعر بأمان في شوارع حيّك؟			

النموذج C¹

<p>(1) هل شهدت مواقف بها عنف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>(2) هل لديك حالة في المحكمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>أي محكمة؟ _____</p> <p>ما الأسباب؟ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p>
<p>(3) هل تود الحصول على إحالة لجهة تختص بالعنف المنزلي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p>	
<p>القسم 4. الاحتياجات الأساسية</p>	
<p>هل تحتاج إلى مساعدات بشأن:</p> <p>الطعام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الملابس <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p>	
<p>القسم 5. التعامل مع الوكالات</p>	
<p>هل تتعامل مع أي من الوكالات التالية؟ (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> <p><input type="checkbox"/> الموارد المدنية/البلدية: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> MassHealth</p> <p><input type="checkbox"/> DTA (إدارة المساعدات الانتقالية)</p> <p><input type="checkbox"/> DCF (إدارة شؤون الأسرة والطفل)</p> <p><input type="checkbox"/> DYS (إدارة خدمات المراهقين)</p> <p><input type="checkbox"/> DMH (إدارة الصحة العقلية)</p> <p><input type="checkbox"/> DDS (إدارة خدمات التطوير)</p> </div> </div>	
<p>القسم 6. المشاركة المدنية</p>	
<p>هل أنت مشترك في أي من التالي: (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> الرياضات</p> <p><input type="checkbox"/> الفنون الجميلة (مثل الرسم، التلوين)</p> <p><input type="checkbox"/> الفنون الأدائية (مثل الموسيقى، الرقص، المسرح)</p> <p><input type="checkbox"/> المنظمات المدنية</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> مشروعات الخدمة المجتمعية</p> <p><input type="checkbox"/> التطوع</p> <p><input type="checkbox"/> الكشفة</p> <p><input type="checkbox"/> المنظمات الدينية</p> </div> </div>	
<p>القسم 7. الوضع</p>	
<p>لاستخدام المكتب فقط</p>	
<p>الموظف القائم بالتحديث: _____</p> <p>الموظف القائم بالتحديث 2: _____</p>	<p>التاريخ: _____</p> <p>التاريخ: _____</p>
<p>ملاحظات:</p>	