

النموذج A
تسجيل بيانات الأسرة

الاسم الأخير للأسرة:		معرف الأسرة:	
نوع الأسرة:			
<input type="checkbox"/> أسرة من والد واحد <input type="checkbox"/> تعيش في أسرة بها كلا الوالدين (كلا الوالدين موجودان في نفس المنزل) <input type="checkbox"/> أسرة متعددة الأجيال <input type="checkbox"/> يقوم الأجداد بتربية الطفل (الأطفال) (بشكل غير رسمي/دون امتلاك الحضانة) <input type="checkbox"/> صف بأسلوبك الخاص <input type="checkbox"/> يقوم الأجداد بتربية الحفيد (الأحفاد) (بشكل رسمي/يمتلكون حق الحضانة)			
رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف المحمول:	
ملاحظات/تعليمات متعلقة بالتواصل:			
الدخل (اختياري): كم يبلغ إجمالي دخل أسرتك؟			
<input type="checkbox"/> أقل من 10000 دولار <input type="checkbox"/> 10000 دولار إلى 19999 دولارًا <input type="checkbox"/> 20000 دولار إلى 29999 دولارًا	<input type="checkbox"/> 30000 دولار إلى 39999 دولارًا <input type="checkbox"/> 40000 دولار إلى 49999 دولارًا <input type="checkbox"/> 50000 دولار إلى 59999 دولارًا	<input type="checkbox"/> 60000 دولار إلى 69999 دولارًا <input type="checkbox"/> 70000 دولار إلى 79999 دولارًا <input type="checkbox"/> 80000 دولار إلى 89999 دولارًا	<input type="checkbox"/> 90000 دولار إلى 99999 دولارًا <input type="checkbox"/> 100000 دولار إلى 149999 دولارًا <input type="checkbox"/> 150000 دولار أو أكثر
السكن			
<input type="checkbox"/> إن أسرتك: تعيش في شقتها أو منزلها الخاص (المملوك أو المستأجر) <input type="checkbox"/> مشردة ولا تعيش في ملجأ <input type="checkbox"/> مشردة ولكن تعيش في ملجأ <input type="checkbox"/> لا توجد إجابة			
الشارع:			
الشارع 2:			
رقم الشقة:		المدينة:	
الولاية:		الرمز البريدي:	
حجم الأسرة:			
إجمالي عدد الأطفال/المراهقين في الأسرة:			
إجمالي عدد أفراد الأسرة:			
مصدر (مصادر) الإحالة: كيف سمعت عنا؟			
<input type="checkbox"/> برنامج CBHI (مبادرة الصحة السلوكية للأطفال) <input type="checkbox"/> CSA (وكالة الخدمات المجتمعية) <input type="checkbox"/> الكنيسة/المنظمات الدينية/الكاهن <input type="checkbox"/> اتصالات التواصل المجتمعية <input type="checkbox"/> القوى العاملة المجتمعية <input type="checkbox"/> المحكمة/ضابط المراقبة <input type="checkbox"/> DCF (إدارة شؤون الأسرة والطفل) <input type="checkbox"/> DDS (إدارة خدمات التطوير) <input type="checkbox"/> DMH (إدارة الصحة العقلية) <input type="checkbox"/> DTA (إدارة المساعدات الانتقالية) <input type="checkbox"/> DYS (إدارة خدمات المراهقين) <input type="checkbox"/> EI (خدمات التدخل المبكر) <input type="checkbox"/> الموقع الإلكتروني لمركز FRC <input type="checkbox"/> أسرة قد استعانت بخدمات مركز FRC <input type="checkbox"/> صديق/أسرة <input type="checkbox"/> Mass211		<input type="checkbox"/> عيادة/استشاري الصحة العقلية <input type="checkbox"/> وحدة الأزمات المتنقلة <input type="checkbox"/> طبيب أطفال/مبادرة ACO <input type="checkbox"/> طبيب أطفال/طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> منشأة للأعمار ما قبل المدرسة/برنامج Head Start <input type="checkbox"/> مقدم رعاية صحية آخر <input type="checkbox"/> القوى العاملة <input type="checkbox"/> الشخص نفسه <input type="checkbox"/> المدرسة <input type="checkbox"/> مقدم خدمات اضطراب استخدام المواد <input type="checkbox"/> مركز تعافي من اضطراب استخدام المواد <input type="checkbox"/> WIC (برنامج خدمات المرأة والرضع والأطفال) <input type="checkbox"/> إحدى وكالات الولاية الأخرى: <input type="checkbox"/> إحدى الوكالات المحلية الأخرى: <input type="checkbox"/> شبكات التواصل الاجتماعي: <input type="checkbox"/> وسائل الإعلام المطبوعة: <input type="checkbox"/> مصدر آخر للإحالة:	

تسجيل بيانات الأسرة

النموذج A

أفراد الأسرة:							
الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم المفضل	النوع	تاريخ الميلاد	العمر	هل فرد الأسرة هذا يسعى للحصول على خدمات
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الوضع: <u>لاستخدام المكتب فقط</u>							
الموظف الذي أكمل تسجيل البيانات: _____							
<input type="checkbox"/> الإحالة الخارجية <input type="checkbox"/> تقييم نقاط القوة والاحتياجات الخاصة بالأسرة (أداة نقاط القوة والاحتياجات الخاصة بالأطفال والمراهقين في الأسرة (CANS)) <input type="checkbox"/> خطة دعم الأسرة				<input type="checkbox"/> (يرجى وضع علامة على جميع ما ينطبق) <input type="checkbox"/> المعلومات والإحالات <input type="checkbox"/> خدمات مركز Family Resource Center			
نوع المقابلة لتسجيل البيانات: <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> المكتب <input type="checkbox"/> وجهاً لوجه				تحديث المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
طريقة التواصل المفضلة: <input type="checkbox"/> أي طريقة <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الفاكس <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> عدم السماح				البريد الإلكتروني: <input type="checkbox"/> السماح <input type="checkbox"/> عدم السماح			
قام بتحديثه: _____ التاريخ: _____				قام بتحديثه: _____ التاريخ: _____			
هل فرد الأسرة هذا ناشط في مركز FRC؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا							
السبب في أنه لم يعد ناشطاً في مركز FRC:				<input type="checkbox"/> لم يعد الشاب جزءاً من الأسرة <input type="checkbox"/> توفي فرد الأسرة هذا <input type="checkbox"/> اختارت الأسرة عدم الاستمرار/لم يتم تقديم سبب <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
تخرج/أكمل الخدمات بنجاح انتقل من المنطقة/لم يقدم وسيلة تواصل انتقل من المنطقة/انتقل إلى مركز FRC آخر لم يكن راضياً عن الخدمات/اختار عدم الاستمرار				ملاحظات:			