

نموذج معلومات الفرز للأطفال

(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			
حالة التعليم: (يرجى تحديد اختيار واحد) <input type="checkbox"/> الطفل ملتحق بالمدرسة حالياً <input type="checkbox"/> توقف عن الحضور المدرسة <input type="checkbox"/> برنامج بديل <input type="checkbox"/> مفصول لفترة محددة <input type="checkbox"/> تخرج في الثانوية العامة <input type="checkbox"/> حاصل على شهادة GED/HiSET <input type="checkbox"/> يسعى للحصول على شهادة GED <input type="checkbox"/> شهادة إكمال التعليم الخاص <input type="checkbox"/> شهادة إكمال مرحلة ما قبل المدرسة أو الروضة <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ ما عدد الأيام التي فصل فيها لهذه السنة الدراسية؟ _____		اسم المدرسة/آخر مدرسة التحق بها: _____ برنامج ما بعد المدرسة: (في حالة الالتحاق) _____ في حالة كانت الإحالة من المدرسة، اسم الموظف: _____	
1. ما أعلى صف دراسي أكمله هذا الطفل/المراهق؟ _____ 2. كيف يُبلي هذا الطفل/المراهق في المدرسة؟ _____ 3. هل هذا الطفل/المراهق مشترك في خطة تعليم فردية أو خطة تعليم خاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة 4. هل هذا الطفل/المراهق ملتحق بخطة 504؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة 5. هل فوت هذا الطفل/المراهق أكثر من 8 أيام خلال آخر 10 أسابيع مدرسية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الأيام؟ _____ 6. هل يعمل هذا الطفل/المراهق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة			
القسم 2. الصحة العقلية والجسدية			
هل يعاني هذا الطفل/المراهق إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة (يرجى تحديد جميع ما ينطبق) <input type="checkbox"/> طبية/بدنية <input type="checkbox"/> بصرية <input type="checkbox"/> سمعية <input type="checkbox"/> تنموية <input type="checkbox"/> خاصة بالصحة العقلية/السلوكية <input type="checkbox"/> اضطراب طيف التوحد		كيف حال صحة هذا الطفل/المراهق البدنية والعقلية بصورة عامة؟ (يرجى وضع دائرة حول أحد الاختيارات) سيئة متوسطة جيدة ممتازة هل يعاني هذا الطفل/المراهق أي حالة (حالات) تتطلب رعاية منتظمة أو متابعة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة ما هي هذه الحالة (الحالات)؟ _____ _____ _____	

النموذج C²

<p>هل تذهب هذا الطفل/المراهق إلى طبيب أو ممرضة ممارسة خلال آخر 12 شهرًا؟</p> <p>هل تذهب هذا الطفل/المراهق إلى طبيب أسنان خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟</p> <p>هل لديك أي مخاوف تتعلق بهذا الطفل/المراهق تتضمن تعاطي الكحول أو العقاقير؟</p> <p>هل سبق لهذا الطفل/المراهق الاستعانة بخدمات فريق الأزمات المتنقل؟</p> <p>هل سبق لهذا الطفل/المراهق أن تم احتجازه في المستشفى لأسباب خاصة بالصحة العقلية؟</p> <p>هل يعاني هذا الطفل/المراهق صعوبة في اتباع القواعد؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p> <p><input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة</p>
القسم 3. السلامة		
أسئلة عن السلامة		
يشعر هذا الطفل/المراهق بالأمان في منزله.		
يشعر هذا الطفل/المراهق بالأمان في مدرسته.		
يشعر هذا الطفل/المراهق بالأمان في شوارع حيّه.		
<p>(1) هل شهد هذا الطفل/المراهق مواقف بها عنف؟</p> <p>(2) هل تعرض هذا الطفل/المراهق سابقًا أو يتعرض الآن لموقف تم/يتم فيه استغلاله؟</p> <p>(3) هل لهذا الطفل/المراهق حالة في المحكمة؟</p> <p>(4) هل هذا الطفل/المراهق مشارك في عصابة؟</p> <p>(5) هل سبق أن قامت الشرطة باحتجاز هذا الطفل أو القبض عليه؟</p> <p>ما السبب:</p> <p><input type="checkbox"/> الرعاية والحماية</p> <p><input type="checkbox"/> الأطفال الذين يحتاجون إلى المساعدة (CRA)</p> <p><input type="checkbox"/> تم اتهامه بارتكاب جريمة/جناية</p> <p><input type="checkbox"/> تحت المراقبة</p> <p><input type="checkbox"/> محكمة الأسرة (طلاق، وصاية)</p> <p>(6) هل سبق أن هرب هذا الطفل/المراهق؟</p>		
القسم 4. الاحتياجات الأساسية		
هل يعيش هذا الطفل/المراهق حاليًا مع أسرته؟		
إذا كانت الإجابة لا، فمع من يعيش الطفل/المراهق		
هل هذا الطفل/المراهق بحاجة إلى مساعدات بشأن:		
الطعام	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الملابس
<input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة
القسم 5. التعامل مع الوكالات (يرجى وضع علامة على جميع ما ينطبق)		
هل يتعامل هذا الطفل/المراهق أو الأسرة مع أي من الوكالات التالية؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق)		
<input type="checkbox"/> موارد المدينة/البلدة:	<input type="checkbox"/> المحكمة:	<input type="checkbox"/> MassHealth
_____	_____ (اسم المحكمة)	<input type="checkbox"/> DTA (إدارة المساعدات الانتقالية)
_____	<input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> DCF (إدارة شؤون الأسرة والطفل)
_____	<input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> DYS (إدارة خدمات المراهقين)
_____	<input type="checkbox"/> الوكالات المجتمعية:	<input type="checkbox"/> DMH (إدارة الصحة العقلية)
_____	_____	<input type="checkbox"/> DDS (إدارة خدمات التطوير)
_____	_____	
_____	_____	

القسم 6. المشاركة المدنية	
هل هذا الطفل/المراهق مشترك في أي من التالي: (ضع علامة على جميع ما ينطبق)	
<input type="checkbox"/> الرياضات <input type="checkbox"/> الفنون الجميلة (مثل الرسم، التلوين) <input type="checkbox"/> الفنون الأدائية (مثل الموسيقى، الرقص، المسرح) <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<input type="checkbox"/> مشروعات الخدمة المجتمعية <input type="checkbox"/> التطوع <input type="checkbox"/> النوادي المدرسية/اتحادات الطلبة <input type="checkbox"/> الكشفية <input type="checkbox"/> المنظمات المدنية المجتمعية <input type="checkbox"/> المنظمات الدينية
لا استخدام المكتب فقط	
القسم 7. الوضع	
الموظف القائم بالتحديث: _____ الموظف القائم بالتحديث 2: _____	تم التحديث بحلول التاريخ: _____ تم التحديث بحلول التاريخ: _____
ملاحظات:	