

**النموذج B**
**تسجيل بيانات فرد الأسرة**

التاريخ: _____		معرف الأسرة: _____		معرف فرد الأسرة: _____	
<b>القسم 1. فرد الأسرة</b>					
الاسم الأخير:		الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:	
الاسم المفضل:		تاريخ الميلاد:		العمر:	
التأمين الصحي: هل لديك تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة					
رقم هاتف المنزل:			عنوان البريد الإلكتروني		
رقم الهاتف المحمول:			ملاحظات متعلقة بالتواصل:		
هل تتراد المدرسة في الوقت الراهن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، اسم المدرسة التي تترادها: _____					
ما هو نوعك؟		هل ترغب في مشاركة الضمان المفضلة لديك؟		الحاجة إلى الخدمات	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي، مرن الهوية الجندرية <input type="checkbox"/> تراودني تساؤلات/لست متأكدًا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة		<input type="checkbox"/> هي/لها <input type="checkbox"/> هو/له <input type="checkbox"/> هم/لهم <input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
تاريخ التواصل المبدئي:			العمر في تاريخ التواصل المبدئي:		
التواصل الرئيسي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			التواصل الثانوي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل عنوان هذا الفرد من الأسرة مختلف عن عنوان الأسرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ملء معلومات العنوان أدناه.					
الشارع:			المدينة:		
الشارع 2:			الولاية:		
<b>حالة فرد الأسرة: ما هو دورك الأساسي في منزلك/أسرتك؟</b>					
<input type="checkbox"/> طفل/مراهق متبني <input type="checkbox"/> ابنة متبنة <input type="checkbox"/> ابن متبني <input type="checkbox"/> ولي أمر متبني <input type="checkbox"/> خالة/عمة <input type="checkbox"/> ابنة بيولوجية <input type="checkbox"/> ابن بيولوجي <input type="checkbox"/> ولي أمر بيولوجي <input type="checkbox"/> تجمعنا علاقة عاطفية <input type="checkbox"/> أخ		<input type="checkbox"/> طفل/مراهق <input type="checkbox"/> ولي أمر مشارك في التربية <input type="checkbox"/> ابن(ة) العم (العمة)/الخال (الخالة) <input type="checkbox"/> ابنة <input type="checkbox"/> زوج سابق <input type="checkbox"/> زوجة سابقة <input type="checkbox"/> صديق للأسرة <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> خاطب/خطيبة <input type="checkbox"/> طفل/مراهق يتلقى رعاية بديلة		<input type="checkbox"/> ولي أمر مُقَدِّم للرعاية البديلة <input type="checkbox"/> صديق <input type="checkbox"/> حفيد <input type="checkbox"/> جد <input type="checkbox"/> جدة <input type="checkbox"/> حفيدة الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> حفيدة الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> أخ غير شقيق/أخت غير شقيقة <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> مقدم رعاية من الأقارب	
<input type="checkbox"/> ابن الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> زوجة الجد/زوج الجدة <input type="checkbox"/> زوجة الأب/زوج الأم <input type="checkbox"/> شقيق(ة) من زوجة الأب/زوج الأم <input type="checkbox"/> أب/أم في سن المراهقة (نقل أعمارهم عن 19 عامًا) <input type="checkbox"/> وصي مؤقت <input type="checkbox"/> عم/خال <input type="checkbox"/> زوجة <input type="checkbox"/> غير ذلك؟ _____		<input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> حماة <input type="checkbox"/> ابن الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> ابنة الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> شريك <input type="checkbox"/> الشخص نفسه <input type="checkbox"/> أخ/أخت <input type="checkbox"/> أخت <input type="checkbox"/> ابن			
<b>الحالة الاجتماعية:</b>					
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> منفصل		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مرتبط <input type="checkbox"/> مطلق		<input type="checkbox"/> لا ينطبق	
<b>العرق و/أو الإثنية:</b>					
ما هي إثنية فرد العائلة؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق) <input type="checkbox"/> لا، ليس هسبانيًا <input type="checkbox"/> نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو <input type="checkbox"/> نعم، بورتوريكي <input type="checkbox"/> نعم، كوبي <input type="checkbox"/> نعم، برازيلي					
<input type="checkbox"/> نعم، من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر - يرجى كتابة الأصل، على سبيل المثال أرجنتيني، كولومبي، دومينيكي، نيكاراغواني، سلفادوري، إسباني، وما إلى ذلك): _____ <input type="checkbox"/> لم تكن هناك إجابة					

## تسجيل بيانات فرد الأسرة

## النموذج B

ما هو عرق فرد العائلة؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

☐ أبيض

☐ أسود/أمريكي من أصل إفريقي

☐ أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين - يرجى كتابة اسم القبيلة المسجلة أو الرئيسية.

☐ آسيوي هندي

☐ غوامي أو من التشامورو

☐ من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى - يرجى كتابة العرق، على سبيل المثال فيجي، تونجي، وما إلى ذلك.

☐ من دولة آسيوية أخرى - يرجى كتابة العرق - على سبيل المثال من الهونغ، لاوسي، تايلاندي، باكستاني، كمبودي، وما إلى ذلك.

☐ أخبرنا بأسلوبك الخاص - يرجى كتابة العرق

☐ من سكان هاواي الأصليين

☐ فيتنامي

☐ صيني

☐ من سكان ساموا

☐ كوري

اللغة الأم واللغة الثانوية: (يرجى تحديد اللغة المفضلة (اللغة الأم) واللغة الثانوية (الثانية) (إذا انطبق) وتصنيفهما إما كلغة أولى أو كلغة ثانية)

<input type="checkbox"/> الإنجليزية	<input type="checkbox"/> البرتغالية البرازيلية	<input type="checkbox"/> الكريولية الهايتية	<input type="checkbox"/> البشتوية
<input type="checkbox"/> اللهجات الإفريقية	<input type="checkbox"/> اللهجات البورمية	<input type="checkbox"/> الهونجية	<input type="checkbox"/> البرتغالية
<input type="checkbox"/> لغة الإشارة الأمريكية	<input type="checkbox"/> الكانتونية	<input type="checkbox"/> الإيطالية	<input type="checkbox"/> الروسية
<input type="checkbox"/> الأمهرية	<input type="checkbox"/> اللغة الكريولية للرأس الأخضر	<input type="checkbox"/> اللغة الخميرية/الكمبودية	<input type="checkbox"/> الإسبانية
<input type="checkbox"/> العربية	<input type="checkbox"/> اللغة الدرية	<input type="checkbox"/> الماندارين الصينية	<input type="checkbox"/> الفيتنامية
<input type="checkbox"/> الأرمنية	<input type="checkbox"/> الفرنسية	<input type="checkbox"/> اللغة المولدوفية	<input type="checkbox"/> غير معروف
<input type="checkbox"/> غير ذلك:			

الخدمة العسكرية: الخدمة: ☐ نعم ☐ لا ☐ لم تكن هناك إجابة

نوع الخدمة: ☐ لا يزال يخدم ☐ الحرس الوطني ☐ قوات الاحتياط ☐ جندي سابق ☐ آخر تاريخ للمشاركة في نشر القوات: \_\_\_\_\_

القسم 2. الأسئلة المتعلقة بالأطفال الذين يحتاجون إلى المساعدة (CRA): هل أنت هنا لأن طفلك تنطبق عليه إحدى حالات CRA أو معرض لخطر أن تنطبق عليه؟

<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب خاص بحالات CRA من أجل هذا الطفل. <input type="checkbox"/> تنطبق على هذا الطفل إرشادات الحالات المعرضة لخطر أن تكون من CRA. <input type="checkbox"/> غير منطبق (لا تنطبق عليه معايير CRA وليس معرض لخطر أن تنطبق عليه).	<b>تم تقديم الطلب بواسطة:</b> <input type="checkbox"/> جهات إنفاذ القانون (SEC فقط) <input type="checkbox"/> وكالة أخرى: <input type="checkbox"/> لا أعلم
<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> المدرسة <input type="checkbox"/> إدارة شؤون الأسرة والأطفال (DCF)	

القسم 3. سبب الزيارة ما الذي دفعك لتأتي إلى هنا اليوم؟

<input type="checkbox"/> البحث عن معلومات حول التربية/تلقني التوعية بشأن التربية <input type="checkbox"/> مسألة معلومات تتعلق بالمدرسة <input type="checkbox"/> معلومات تتعلق برعاية الطفل <input type="checkbox"/> معلومات تتعلق بفترة ما بعد المدرسة <input type="checkbox"/> مخاوف تتعلق بتعاطي المواد <input type="checkbox"/> مخاوف تتعلق بالصحة/الصحة العقلية <input type="checkbox"/> صعوبات عائلية/مشكلات مالية <input type="checkbox"/> السكن/الإيجار <input type="checkbox"/> وسائل النقل <input type="checkbox"/> مشكلات تتعلق بالعمل <input type="checkbox"/> مجموعات الدعم	<input type="checkbox"/> تطور الطفل/التدخل المبكر <input type="checkbox"/> مجموعات اللعب <input type="checkbox"/> LGBTQIA+ Support <input type="checkbox"/> التنشئة المستمر لمقدم الرعاية <input type="checkbox"/> المسائل القانونية/المتعلقة بالهجرة <input type="checkbox"/> خدمات ضحايا العنف المنزلي <input type="checkbox"/> مشاركة/دعم من إدارة DCF <input type="checkbox"/> الأسر المهجرة بسبب الكوارث الطبيعية <input type="checkbox"/> الطعام/الغذاء <input type="checkbox"/> تقديم طلب لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)/إعانة المخصصات <input type="checkbox"/> أنشطة للمراهقين/الشباب صغار السن <input type="checkbox"/> غير ذلك:
---	--

القسم 4. الوضع لا استخدام المكتب فقط

الإفصاح إلى:	تاريخ انتهاء الصلاحية:	اسم الطفل/الشباب
توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الموافقة الكلية <input type="checkbox"/> الموافقة الجزئية <input type="checkbox"/> الرفض	
توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الموافقة الكلية <input type="checkbox"/> الموافقة الجزئية <input type="checkbox"/> الرفض	
توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الموافقة الكلية <input type="checkbox"/> الموافقة الجزئية <input type="checkbox"/> الرفض	
توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الموافقة الكلية <input type="checkbox"/> الموافقة الجزئية <input type="checkbox"/> الرفض	
توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الموافقة الكلية <input type="checkbox"/> الموافقة الجزئية <input type="checkbox"/> الرفض	

ملاحظات: