

表格 C¹

成人筛检信息表

(根据“家庭状况登记表”和为每一名需要接受服务和/或支持的家庭成员填写的“新增家庭成员信息表”，使用本表搜集附加信息)

| | | | | | | |
|---|----|--|---------------|--|---|------|
| 姓: | 名: | 中间名缩写: | 别名 (希望使用的名字): | 出生日期和年龄: | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 跨性别者 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> _____ | |
| 第 1 节 教育/就业 | | | | | | |
| 完成的最高教育水平: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 小学 | | <input type="checkbox"/> 专科 | | <input type="checkbox"/> 希望接受持续教育 | | |
| <input type="checkbox"/> 初中 | | <input type="checkbox"/> 本科 (学士学位) | | <input type="checkbox"/> HiSET(高中同等学力考试) | | |
| <input type="checkbox"/> 高中 | | <input type="checkbox"/> 研究生 | | <input type="checkbox"/> GED(高中程度学术技能考试) | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | | | |
| 就业状况: (请勾选所有适用的项目) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 家务劳动者 | | <input type="checkbox"/> 兼职工作 | | <input type="checkbox"/> 不再工作 | | |
| <input type="checkbox"/> 全日制工作 | | <input type="checkbox"/> 失业 | | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | |
| 收入来源: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 工资/薪资 | | <input type="checkbox"/> 社会安全金/养老金 | | <input type="checkbox"/> 无收入 | | |
| <input type="checkbox"/> 失业保险 | | <input type="checkbox"/> 子女抚养费/生活费 | | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 残障保险 | | <input type="checkbox"/> TAFDC (给需要抚养子女家庭的过渡援助) | | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 工伤赔偿保险 | | <input type="checkbox"/> EAEDC (年长者、残障人士和儿童紧急援助) | | | | |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSDI (补充社会安全收入/社会安全残障保险) | | | | | | |
| 第 2 节 身体和精神/心理健康 | | | | | | |
| 你有残障吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 你的总体身体和精神健康状况如何? (请圈选一项) <div>较差 一般 较好 很好</div> | | | | |
| (请勾选所有适用的项目) <input type="checkbox"/> 医疗/身体健康 <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 发育 <input type="checkbox"/> 精神(心理)/情感(绪)/行为健康 | | 你是否有任何需要接受定期护理或跟踪的病症? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是什么病症? _____ _____ _____ | | | | |
| 你在过去十二个月内是否曾看过医生或开业护士? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| 你在过去十二个月内是否曾看过牙医? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| 第 3 节 安全 | | | | | | |
| 安全问题 | | 极不赞成 | 不赞成 | 中立 | 赞成 | 极为赞成 |
| 你在自己的家中感到安全。 | | | | | | |
| 你在工作场所或学校感到安全。 | | | | | | |
| 你在住家附近的街道上感到安全。 | | | | | | |

表格 C¹

1) 你是否曾亲眼目睹暴力行为? ☐ 是 ☐ 否

2) 你是否曾涉及法院官司? ☐ 是 ☐ 否

哪一个法院? _____

什么原因? _____

3) 你是否希望接受反家暴转介服务? ☐ 是 ☐ 否

第 4 节 基本需求

你的家庭:

☐ 住在自己的公寓或住宅内
(拥有或租赁)

☐ 无家可归, 但住在收容所内

☐ 无家可归

你是否需要以下援助:

食物 ☐ 是 ☐ 否

衣物 ☐ 是 ☐ 否

第 5 节 机构参与 (请勾选所有适用的项目)

你是否与以下任何机构有交往? (请勾选所有适用的项目)

☐ MassHealth (麻州健保)

☐ 其他: _____

☐ 市/镇资源:

☐ DTA (过渡援助部)

☐ 社区机构:

☐ DCF (儿童与家庭服务部)

☐ DYS (青年服务部)

☐ DMH (精神/心理健康服务部)

☐ DDS (智障人士发展服务部)

第 6 节 公民参与

你是否参加以下任何活动: (请勾选所有适用的项目)

☐ 运动

☐ 社区服务项目

☐ 社区公民组织

☐ 美术 (例如油画、绘画)

☐ 义工

☐ 基于信仰的组织

☐ 表演艺术 (例如音乐、舞蹈、戏剧)

☐ 童子军

☐ 其他: _____

Section 7. Disposition

For office use only

Family ID:

Family Member ID:

Family Member Type:

☐ Child ☐ Parent/Caregiver

Initial Date: _____

Primary Contact: ☐ Y ☐ N

Completed by: _____

Updated by: _____

Date: _____

Updated by: _____

Date: _____

Notes: