

表格 A

家庭状况登记表

第 1 节 申请服务的家庭成员																	
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"/> _____												
街道地址：		公寓号码：	住宅电话：		手机：												
市/镇：		州：	邮政编码：	电子邮件地址：													
家庭成员状况：（请勾选所有适用的项目） <input type="checkbox"/> 亲生父母 <input type="checkbox"/> 亲属看护者 <input type="checkbox"/> 继父母 <input type="checkbox"/> 收养父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 青少年父母（目前年龄在 19 岁以下） <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 青年 <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 共同监护/抚养子女 <input type="checkbox"/> 其他： _____			婚姻状况：（请勾选所有适用的项目） <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 不适用														
收入（选填栏目）：你的家庭总收入是多少？ <table><tr><td><input type="checkbox"/> 低于 \$10,000</td><td><input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999</td><td><input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999</td><td><input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999</td><td><input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999</td><td><input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999</td><td><input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999</td><td><input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999</td><td><input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999</td><td><input type="checkbox"/> \$150,000 或以上</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> 低于 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999	<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999	<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999	<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999	<input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999	<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999	<input type="checkbox"/> \$150,000 或以上
<input type="checkbox"/> 低于 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999	<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999														
<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999	<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999	<input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999														
<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999	<input type="checkbox"/> \$150,000 或以上														
健康保险：你有健康保险吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
种族： 家庭成员是西裔、拉丁裔或西班牙裔吗？ <input type="checkbox"/> 否，不是西裔、拉丁裔或西班牙裔 <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨裔美国人、奇卡诺人 <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 <input type="checkbox"/> 是，古巴人 <input type="checkbox"/> 是，其他西裔、拉丁裔或西班牙裔 — 请填写族裔，例如阿根廷人、哥伦比亚人、多米尼加人、尼加拉瓜人、萨尔瓦多人、西班牙人等。 _____			人种： 家庭成员的人种是什么？（请勾选所有适用的项目） <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人和非洲国家人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 — 请填写登记或主要部落名称： _____  <table><tr><td><input type="checkbox"/> 印度人</td><td><input type="checkbox"/> 日本人</td><td><input type="checkbox"/> 夏威夷本土人</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 中国人</td><td><input type="checkbox"/> 韩国人</td><td><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 菲律宾人</td><td><input type="checkbox"/> 越南人</td><td><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 其他太平洋群岛人 — 请填写人种，例如斐济人、汤加人等： _____  <input type="checkbox"/> 其他亚洲人 — 请填写人种，例如赫蒙族人、老挝人、泰国人、巴基斯坦人、柬埔寨人等： _____  <input type="checkbox"/> 其他人种 — 请填写人种： _____			<input type="checkbox"/> 印度人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 夏威夷本土人	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人			
<input type="checkbox"/> 印度人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 夏威夷本土人															
<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人															
<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人															

主要语言：（请从下表中勾选一项）

☐ 英语

☐ 非洲方言

☐ 美式手语

☐ 阿姆哈拉语

☐ 阿拉伯语

☐ 亚美尼亚语

☐ 巴西葡萄牙语

☐ 缅甸方言

☐ 广东话

☐ 佛得角克里奥尔语

☐ 法语

☐ 海地克里奥尔语

☐ 苗语

☐ 意大利语

☐ 高棉语/柬埔寨语

☐ 国语

☐ 摩尔多瓦语

☐ 葡萄牙语

☐ 俄语

☐ 西班牙语

☐ 越南语

☐ 未知

☐ 其他：\_\_\_\_\_

军役：

☐ 是

☐ 否

☐ 现役

☐ 国民警卫队

☐ 预备役

☐ 退伍军人

最后服役：\_\_\_\_\_

日期

家庭成员信息：

名	姓	目前上的学校	出生日期和年龄	性别	与申请服务家庭成员的关系	需要接受的服务
				<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div> <div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div> <div><input type="checkbox"/> _____</div>		<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>
				<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div> <div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div> <div><input type="checkbox"/> _____</div>		<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>
				<div><div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div><div><input type="checkbox"/> _____</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div><div><input type="checkbox"/> _____</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div><div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div><div><input type="checkbox"/> _____</div></div></div>		<div><div><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div></div></div>
				<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div> <div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div> <div><input type="checkbox"/> _____</div>		<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>
				<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div> <div><input type="checkbox"/> 跨性别者</div> <div><input type="checkbox"/> _____</div>		<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>

家庭类型：

☐ 单身

☐ 父母两人

☐ 多名父母

☐ 多代

家庭人口：住在这个家中的儿童/青年总人数：\_\_\_\_\_ 家庭成员总人数：\_\_\_\_\_

第2节 需(寻)求接受的服务

你今天到这里来是为了什么？

访问原因：（请勾选所有适用的项目）

☐ 孩子不遵守规定

☐ 孩子旷课

过去三个月旷课多少天？ \_\_\_\_\_

你知道旷课的原因吗？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ 孩子是否曾离家出走？ ☐ 是 ☐ 否

最近一次离家出走是什么时候？ \_\_\_\_\_

离家出走多长时间？ \_\_\_\_\_

☐ 法院转介来

☐ 学校转介来

☐ 其他机构转介来：

\_\_\_\_\_

（机构名称）

☐ 寻求有关子女养育/子女教育的信息

☐ 学校问题/学校信息

☐ 幼儿看护信息

☐ 课余/校外活动信息

☐ 药物滥用问题

☐ 健康/精神健康问题

☐ 家庭生活困难/财务问题

☐ 住宅/租房

☐ 交通

☐ 工作问题

☐ 看护者持续教育

☐ 移民/法律问题

其他： \_\_\_\_\_

<b>第 3 节 转介来源</b> <i>你是如何了解到我们的？</i>		
<b>转介来源：</b>		
<input type="checkbox"/> 朋友/家人 <input type="checkbox"/> 法院/缓刑官 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> EI（早期干预） <input type="checkbox"/> 幼儿园/Head Start <input type="checkbox"/> WIC（妇女、婴儿和儿童补助计划） <input type="checkbox"/> 儿科医生/家庭医生 <input type="checkbox"/> 其他健康护理服务提供者 <input type="checkbox"/> 精神/心理健康顾问/诊所	<input type="checkbox"/> CSA（社区服务机构） <input type="checkbox"/> 其他 CBHI（儿童行为健康计划）服务/支持 <input type="checkbox"/> 教会/基于信仰的组织/牧师 <input type="checkbox"/> Mass211(麻州 211 免费电话网络服务) <input type="checkbox"/> 曾接受家庭资源中心（FRC）服务的家庭： <input type="checkbox"/> DCF（儿童与家庭服务部） <input type="checkbox"/> DMH（精神/心理健康服务部）	<input type="checkbox"/> DTA（过渡援助部） <input type="checkbox"/> DYS（青年服务部） <input type="checkbox"/> 其他州立机构：_____ <input type="checkbox"/> 其他地方机构：_____ <input type="checkbox"/> 社交媒体：_____ <input type="checkbox"/> 印刷媒体：_____ <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<b>Section 4. Disposition</b> <i>For Office Use Only</i>		
<b>ASO Consent Form Signed:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Full Consent <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined		
<b>Release to:</b> Release of Information Signed: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____		
<input type="checkbox"/> Information and Referral <input type="checkbox"/> Family Strengths and Needs Assessment (Family CANS) <input type="checkbox"/> Family Resource Center Services <input type="checkbox"/> Family Support Plan <input type="checkbox"/> External Referral		
<b>Initial Date:</b>	<b>Family ID:</b>	<b>Family Member ID:</b>
<b>Completed by:</b> _____		<b>Intake Type:</b> <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> In person
<b>Information Update:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <b>Updated by:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Updated by:</b> _____ <b>Date:</b> _____		<b>Primary Contact:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

**Notes:**



# 表格 B

## 新增家庭成员信息表

(为每一名新增申请支持或服务的家庭成员重新填写一份表格)

第 1 节 新增家庭成员信息:					
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"/> _____
街道地址:		公寓号码:	住宅电话:		手机:
市/镇:		州:	邮政编码:	电子邮件地址:	
<b>家庭成员状况:</b> (请勾选所有适用的项目) <input type="checkbox"/> 亲生父母 <input type="checkbox"/> 亲属看护者 <input type="checkbox"/> 继父母 <input type="checkbox"/> 收养父母 <input type="checkbox"/> (外) 祖父母 <input type="checkbox"/> 青少年父母 (目前年龄在 19 岁以下) <input type="checkbox"/> 寄养父母 <input type="checkbox"/> 青年 <input type="checkbox"/> 不适用 <input type="checkbox"/> 共同监护/抚养子女 <input type="checkbox"/> 其他: _____				<b>婚姻状况:</b> <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 不适用	
<b>收入 (选填栏目): 你的家庭总收入是多少?</b> <div> <input type="checkbox"/> 低于 \$10,000            <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999            <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999            <input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999  <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999       <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999            <input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999            <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999  <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999       <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999            <input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999            <input type="checkbox"/> \$150,000 或以上         </div>					
<b>健康保险: 你有健康保险吗?</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>种族:</b> <b>家庭成员是西裔、拉丁裔或西班牙裔吗?</b> <input type="checkbox"/> 否, 不是西裔、拉丁裔或西班牙裔 <input type="checkbox"/> 是, 墨西哥人、墨裔美国人、奇卡诺人 <input type="checkbox"/> 是, 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 是, 古巴人 <input type="checkbox"/> 是, 其他西裔、拉丁裔或西班牙裔 — 请填写族裔, 例如阿根廷人、哥伦比亚人、多米尼加人、尼加拉瓜人、萨尔瓦多人、西班牙人等。 _____ _____			<b>人种:</b> <b>家庭成员的人种是什么?</b> (请勾选所有适用的项目) <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人和非洲国家人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 — 请填写登记或主要部落名称: _____ <div> <input type="checkbox"/> 印度人                    <input type="checkbox"/> 日本人                    <input type="checkbox"/> 夏威夷本土人  <input type="checkbox"/> 中国人                    <input type="checkbox"/> 韩国人                    <input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人  <input type="checkbox"/> 菲律宾人                <input type="checkbox"/> 越南人                    <input type="checkbox"/> 萨摩亚人  <input type="checkbox"/> 其他太平洋群岛人 — 请填写人种, 例如斐济人、汤加人等: _____  <input type="checkbox"/> 其他亚洲人 — 请填写人种, 例如赫蒙族人、老挝人、泰国人、巴基斯坦人、柬埔寨人等: _____  <input type="checkbox"/> 其他人种 — 请填写人种: _____         </div>		

## 表格 B

<b>主要语言：</b> （请从下表中勾选一项）			
<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 巴西葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 苗语	<input type="checkbox"/> 俄语
<input type="checkbox"/> 非洲方言	<input type="checkbox"/> 缅甸方言	<input type="checkbox"/> 意大利语	<input type="checkbox"/> 西班牙语
<input type="checkbox"/> 美式手语	<input type="checkbox"/> 广东话	<input type="checkbox"/> 高棉语/柬埔寨语	<input type="checkbox"/> 越南语
<input type="checkbox"/> 阿姆哈拉语	<input type="checkbox"/> 佛得角克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 国语	<input type="checkbox"/> 未知
<input type="checkbox"/> 阿拉伯语	<input type="checkbox"/> 法语	<input type="checkbox"/> 摩尔多瓦语	<input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 亚美尼亚语	<input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 葡萄牙语	
<b>军役：</b>			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 现役 <input type="checkbox"/> 国民警卫队 <input type="checkbox"/> 预备役 <input type="checkbox"/> 退伍军人			
最后服役：_____			
日期			
<b>Section 2. Disposition</b>		<i>For Office Use Only</i>	
<b>ASO Consent Form Signed:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
<b>Release to:</b>			
Release of Information Signed:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
Release of Information Signed:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
Release of Information Signed:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
Release of Information Signed:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
Release of Information Signed:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Full Consent	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined
<input type="checkbox"/> Information and Referral <input type="checkbox"/> Family Strengths and Needs Assessment (Family CANS) <input type="checkbox"/> Family Resource Center Services <input type="checkbox"/> Family Support Plan <input type="checkbox"/> External Referral			
<b>Initial Date:</b>	<b>Family ID:</b>	<b>Family Member ID:</b>	
<b>Completed by:</b> _____		<b>Intake Type:</b> <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> In person	
<b>Information Update:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <b>Updated by:</b> _____ <b>Date:</b> _____ <b>Updated by:</b> _____ <b>Date:</b> _____		<b>Primary Contact:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
<b>Notes:</b>			



表格 C<sup>1</sup>

## 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"/> _____
<b>第 1 节 教育/就业</b>					
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)					
<b>第 2 节 身体和精神/心理健康</b>					
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)		你是否有任何需要接受定期护理或跟踪的病症?			
<input type="checkbox"/> 医疗/身体健康		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<input type="checkbox"/> 视力		是什么病症? _____			
<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					
<b>第 3 节 安全</b>					
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 C<sup>1</sup>

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:

## 儿童筛检信息表

(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"/> _____
<b>第 1 节 教育/就业</b>					
<b>教育状况:</b> <input type="checkbox"/> 儿童目前在校上学 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> 替代计划 <input type="checkbox"/> 停学/本学年停学多少天? _____ <input type="checkbox"/> 高中毕业 <input type="checkbox"/> 获得 HiSET(高中同等学力考试)/ GED(高中程度学术技能考试) 签发的证书 <input type="checkbox"/> 完成 SPED (保安专业教育发展) 认证课程 <input type="checkbox"/> 完成幼儿园或学前班 <input type="checkbox"/> 其他: _____			<b>学校名称/最后上的学校:</b> _____ <b>课外计划:</b> (如有参加) _____ <b>如果由学校转介,</b> <b>学校工作人员姓名:</b> _____		
1. 这名儿童/青年完成的最高学业是什么? _____					
2. 这名儿童/青年在学校的情况如何? _____					
3. 这名儿童/青年有接受个人化教育计划或特殊教育计划吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
4. 这名儿童/青年有 504 (公立学校特殊需要) 计划吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
5. 这名儿童/青年在过去 10 个上学周内是否曾超过 8 天没上学? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”，大约多少天没上学? _____					
6. 这名儿童/青年是否有工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>第 2 节 身体和精神/心理健康</b>					
<b>这名儿童/青年有残障吗?</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (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 <input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍			<b>这名儿童/青年总体身体和精神健康状况如何? (请圈选一项)</b> 较差      一般      较好      很好 这名儿童/青年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? _____ _____ _____		

## 表格 C<sup>2</sup>

这名儿童/青年在过去十二个月内是否曾看过医生或开业护士？ ☐ 是 ☐ 否

这名儿童/青年在过去十二个月内是否曾看过牙医？ ☐ 是 ☐ 否

你对这名儿童/青年是否有任何酗酒或吸毒方面的担忧？ ☐ 是 ☐ 否

这名儿童/青年是否曾接受过流动危机小组服务？ ☐ 是 ☐ 否

这名儿童/青年是否曾因精神/情绪健康原因住院？ ☐ 是 ☐ 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
这名儿童/青年在自己的家中感到安全。					
这名儿童/青年在学校感到安全。					
这名儿童/青年在住家附近的街道上感到安全。					

- 1) 这名儿童/青年是否曾亲眼目睹暴力行为？ ☐ 是 ☐ 否
- 2) 这名儿童/青年是否曾处于或正处于被利用的状况？ ☐ 是 ☐ 否
- 3) 这名儿童/青年是否曾涉及法院官司？ ☐ 是 ☐ 否
- 4) 这名儿童/青年是否曾被警察拘留或逮捕？ ☐ 是 ☐ 否

因什么原因：

- ☐ 护理和保护
- ☐ 要求协助儿童（CRA）
- ☐ 受到冒犯/犯罪指控
- ☐ 在缓刑期
- ☐ 家庭法院（离婚、监护）

- 5) 这名儿童/青年是否参与帮派？ ☐ 是 ☐ 否

### 第 4 节 基本需求

这名儿童/青年的家庭：

☐ 住在他们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

这名儿童/青年目前是否与自己的家人同住？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“否”，这名儿童/青年目前与谁住在一起？ \_\_\_\_\_

这名儿童/青年是否需要以下援助：

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）

这名儿童/青年或你的家庭是否与以下任何机构有交往？（请勾选所有适用的项目）

- |   |                                     |                                 |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MassHealth（麻州健保） | <input type="checkbox"/> 其他：_____   | <input type="checkbox"/> 市/镇资源： |
| <input type="checkbox"/> DTA（过渡援助部）       | <input type="checkbox"/> 社区机构：_____ |                                 |
| <input type="checkbox"/> DCF（儿童与家庭服务部）    | _____                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> DYS（青年服务部）       | _____                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> DMH（精神/心理健康服务部）  | _____                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> DDS（智障人士发展服务部）   |                                     |                                 |

表格 C<sup>2</sup>

<b>第 6 节 公民参与</b>		
<p>这名儿童/青年是否参与以下任何活动：（请勾选所有适用的项目）</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 运动</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 社区服务项目</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 社区公民组织</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 美术（例如油画、绘画）</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 义工</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 基于信仰的组织</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 表演艺术（例如音乐、舞蹈、戏剧）</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 童子军</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 其他：_____</div> </div>		
<b>Section 7. Disposition</b>		
<i>For office use only</i>		
<b>Family ID:</b>	<b>Family Member ID:</b>	<b>Family Member Type:</b> <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent/Caregiver
<b>Initial Date:</b> _____	<b>Primary Contact:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
<b>Completed by:</b> _____		
<b>Updated by:</b> _____		
<b>Updated by:</b> _____		
		<b>Date:</b> _____ <b>Date:</b> _____
<b>Notes:</b>		



表格 D

## 服务项目表

<b>For office use only:</b>			
<b>Date:</b>	<b>Family ID:</b>	<b>Family Member ID:</b>	
<b>Last Name:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Middle Initial:</b>	<b>Nickname-(Preferred name to be called):</b>
<b>Referring Staff Person Name:</b>		<b>New Family Member:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

第 A 节 循证育儿教育 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
目前正在养育孩子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
目前正在养育青春期前孩子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
目前正在养育青少年孩子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ARC 家长支持团体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
共同养育子女和解决冲突方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
早期干预项目 (Early STEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGC – 引导良好的选择	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
如何与孩子交谈孩子才愿意倾听	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
妈妈和我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
父亲育儿项目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
父母育儿项目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家长咖啡馆 (家庭/育儿讨论会)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
美国育儿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
育儿经历	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
明智育儿 – 个人讨论会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
明智育儿 – 团体讨论会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
正面积极育儿 (Triple P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
积极解决问题方案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
心平气和育儿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
理智冷静育儿经历	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
感到自豪! 多多保重!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
和平基金会项目(PeaceJam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Powersource 育儿项目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
青少年干预	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

# 表格 D

第 B 节 互助团体 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
祖父母育儿团体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
养育青少年支持项目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家长支持团体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家长帮助家长	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(家庭危机后)康复小组	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 C 节 生活技能研讨会/培训 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
育儿研讨会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
财务基本知识	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家庭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(愤怒) 情绪管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
压力控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
行为控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 D 节 教育项目 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
成人教育 (高中同等学力(GED)、工作培训、为说其他语种人士开设的英语课程(ESOL))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
计算机基础知识				
Head Start/幼儿园	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
学校支持/联络	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家长教育课程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



表格 D

第 E 节 艺术/文化活动 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
娱乐活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特殊家庭活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
郊游和旅行活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
烹调活动/百乐餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
诗歌/故事会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 F 节 幼儿游戏班 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
幼儿游戏班、家长/幼儿活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
教育/娱乐活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 G 节 运动和娱乐活动 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
家庭郊游	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
野餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
节日聚会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
体育赛事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 H 节 其他服务项目和转介 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
基本需求				
收入/过渡援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
社会安全补充收入/社会安全残障收入 (SSI/SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
住宅/收容所 (住宅申请)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
租金援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
燃料(取暖)/水电费援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

表格 D

第 H 节 其他服务项目和转介 (请勾选所有适用的项目)				
服务、资源或项目	家庭资源中心 (FRC) 活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
交通 (公交车票等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
就业/寻找工作 (申请工作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食物/营养 (食品柜项目、餐饮项目、妇婴幼儿补助 (WIC)、食品券等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
翻译服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
法律援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移民	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
公民身份信息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
节假日援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
设备/物资				
衣物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿片	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
婴儿配方奶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
婴儿车座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
家庭支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
反家暴服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
反儿童虐待/疏忽服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
儿童发育信息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
早期干预/发育筛检	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
幼儿护理 (紧急情况或持续性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特殊需求儿童服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
向有特殊需求儿童的家长提供的服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
要求协助儿童 (CRA) 评估	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
要求协助儿童 (CRA) 服务项目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
要求协助儿童 (CRA) 转介给持照精神/心理健康顾问 (LMHC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
个人/家庭支持 (办公室)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
个人/家庭支持 (外部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

表格 D

第 H 节 其他服务项目和转介（请勾选所有适用的项目）				
服务、资源或项目	家庭资源中心（FRC）活动	外部活动/服务	可参加日期	注释
与健康相关的服务				
健康护理（筛检、保险、免疫接种等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
计划生育、妊娠和哺乳支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(戒除)药物滥用服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
精神/心理健康服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第 I 节 注释	
更新人：	日期

表格 D

总结信息  
(将一份副本交给家人)

项目名称	服务提供者	服务提供者地址	服务提供者联系号码	项目类型

注释:

# 表格 E

## 服务台记录

(前来家庭资源中心的所有家庭成员)

日期	时间	姓名 (选填栏目)	你希望我们与你 联系吗?	联系信息 (选填栏目)	你以前是否曾来过这里?
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		



表格 F

活□参加表

活动日期:	活动名称:		
工作人员姓名:	活动类型:	总活动期数:	目前期数:
提供幼儿看护服务: □ 是 □ 否	提供交通服务: □ 是 □ 否	提供食物: □ 是 □ 否	家庭资源中心 (FRC) 的作用:
登记人数:	实际参加人数:	估计参加人数:	

家庭成员 身份代码	姓	名	电子邮件	电话	地址	参加活动 儿童人数	家庭成员是 否希望接受 后续跟踪?
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否





# 表格 G

## 家庭调查问卷

For office use only:		
Date:	Family ID:	Family Member ID:
Survey Done by:		Survey Type: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> In Person

**说明：**本评估标准应该在临床评估过程中应用于所有家庭看护者（请参阅“家庭资源中心服务流程模型”），并在接受服务后三个月或结束时（以两者之中先到的时间为准）再次用来进行评估。本评估标准适用于所有家庭看护者，包括青少年父母。本评估标准可由家庭看护者直接填写或由家庭资源中心（FRC）工作人员主持，向家庭看护者读出每一个问题和回答选项（请参阅“回答卡”）。本评估标准不能应用于非看护者。

问题	极不赞成	不赞成	较不赞成	中立	较为赞成	赞成	极为赞成
<b>家庭沟通</b>							
在我的家庭，我们谈论出现的问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当我们发生争论时，我的家人倾听双方的意见。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在我的家庭，我们花时间相互倾听对方的意见。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在面临压力时，我的家庭会齐心协力应对。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我的家庭能够解决我们的问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>社交/情感(绪)支持</b>							
当我需要讨论我的问题时，有其他人愿意倾听。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当我感到孤独时，我有几个可以交谈的人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果出现危机，我有其他人可以交谈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>具体支持</b>							
如果我的家庭需要食物或住宅，我不知道向谁寻求帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果我入不敷出，我不知道向谁寻求帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果我需要有人帮助我找工作，我不知道向谁寻求帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

表格 G

问题	极不赞成	不赞成	较不赞成	中立	较为赞成	赞成	极为赞成
儿童发育							
很多情况下我不知道作为家长应当怎么办。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我知道怎样帮助我的孩子学习。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我的孩子的行为不当使我感到很烦恼。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当我的孩子表现好的时候，我会表扬孩子。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当我惩罚孩子时，我会失控。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

问题	极不赞成	不赞成	较不赞成	中立	较为赞成	赞成	极为赞成
培育和依恋							
我与我的孩子在一起感到快乐。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我的孩子和我很亲密。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当我的孩子感到烦恼时，我能安慰孩子。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我花时间与我的孩子一起做孩子喜爱做的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

问题	不适合我	有点适合我	较为适合我	很适合我	非常合适我
个人适应能力					
我积极地寻找方法，弥补我在生活中遭遇的损失。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我相信，我能够通过应对困难的情形，积极地成长。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我寻找改变困难情形的创新方法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
无论我遇到什么情况，我相信我可以控制自己对所发生情况的反应。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 表格 H

### MCMaster 家庭评估

<b>For office use only:</b>		
<b>Date:</b>	<b>Family ID:</b>	<b>Family Member ID:</b>
<b>Survey Done by:</b>		<b>Survey Type:</b> <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> In Person

**说明：**本评估标准应该在临床评估过程中应用于所有家庭看护者（请参阅“家庭资源中心服务流程模型”），并在接受服务后三个月或结束时（以两者之中先到的时间为准）再次用来进行评估。本评估标准适合所有家庭看护者，包括青少年父母。本评估标准可由家庭看护者直接填写或由家庭资源中心（FRC）工作人员主持，向家庭看护者读出每一个问题和回答选项（请参阅“回答卡”）。

问题	极不赞成	不赞成	赞成	极为赞成
我们通常执行我们针对问题的决定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在我们家庭尝试解决问题后，我们通常讨论是否有效。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我们解决大多数出现的情感困扰问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我们面对涉及情感的问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我们尝试想出解决问题的不同方法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 表格 I

## 青年发展调查问卷

For office use only:		
Date:	Family ID:	Family Member ID:
Questionnaire Done by:		Questionnaire Type: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> In Person

**说明：**本评估标准应该应用于所有 10-18 岁之间的在校青年。他们正在接受通过家庭资源中心（FRC）所提供的服务。他们本人并非看护者，因此没有填写家庭调查问卷。本评估标准应该在临床评估过程中使用（请参阅“家庭资源中心服务流程模型”），并在接受服务后三个月或结束时（以两者之中先到的时间为准）再次用来进行评估。本评估标准可由青年直接填写或由家庭资源中心（FRC）工作人员主持，向青年读出每一个问题和回答选项。应用于 14 岁以下青年，后者是较好的方法。（请参阅“回答卡”。）

### 1. 学业成功：请告诉我们你在学校的情况。

问题	大多数是 F	大多数是 D	大多数是 C	大多数是 B	大多数是 A
a) 在过去一学期中，你如何描述你在学校的 成绩？					

问题	0 小时	1 小时	2 小时	3 小时	4 小时或以上
b) 在过去七天内，你在校外大约花多少时 间做家庭作业？					
c) 在过去七天内，你大约花多少小时阅读 作为消遣？					

你做以下每件事的频率有多高？	不知道	从未	有时	大多数时间	所有时间
d) 我在学校很努力。					
e) 我喜爱上学或对上学感兴趣。					
f) 我关心我的学校。					
g) 我与我的同学相处得很好。					
h) 我与我的老师相处得很好。					

## 表格 I

### 2. 社区参与：请告诉我们你如何参与社区活动。

问题	0 小时	1 小时	2 小时	3 小时	4 小时或以上
a) 在过去七天内，你大约花多少小时在你的社区做义工或帮助其他人？					
b) 在过去七天内，你大约花多少小时在你的社区寻找帮助其他人的机会？					

你对自己在社区中的作用感觉如何？	不知道	从未	有时	大多数时间	所有时间
c) 我感到自己对社区很重要。					
d) 我感到自己与社区紧密地联系在一起。					
e) 我自我感觉良好，因为我能帮助别人。					

### 3. 文化能力：请告诉我们你如何看待自己文化之外的其他文化。

问题	不知道	无	很少	一些	很多
a) 你认为自己对其他文化、种族或族群的人了解程度如何？					

问题	不知道	从未	有时	大多数时间	所有时间
b) 我关心其他文化、种族或族群的年轻人。					
c) 我尊重其他文化、种族或族群的年轻人。					
d) 我与其他文化、种族或族群的年轻人在一起时感到很自在。					

# 表格 I

## 4. 生活技能：请告诉我们你与其他人的交往情况。

问题	不知道	从未	有时	大多数时间	所有时间
a) 我与其他同龄人相处融洽。					
b) 我善于交朋友。					
c) 我善于将我的观点和感受告诉别人。					
d) 我善于倾听别人说话。					
e) 我能与其他人在团队中很好地合作。					
f) 我作出良好的决定。					
g) 我善于提前规划。					
h) 我善于制定目标。					
i) 我善于解决问题。					
j) 我是一个好领导。					
k) 我善于用非暴力或非武力方式解决问题。					

## 5. 自我意识：请告诉我们有关你自己的情况。

问题	不知道	从未	有时	大多数时间	所有时间
a) 我自我感觉良好。					
b) 我感到我能掌控发生在自己身上的事情。					
c) 我感到我能产生较大的影响。					
d) 我善于学习新事物。					
e) 我对自己的未来感到乐观。					
f) 我善于处理发生在自己身上的任何事情。					

## 表格 I

6. 解决家庭问题：请告诉我们你的家庭通常怎样解决问题。

问题	极不赞成	不赞成	赞成	极为赞成
a) 在我们家庭，我们通常执行我们对问题的决定。				
b) 在我们家庭尝试解决问题后，我们通常讨论是否有效。				
c) 在我们家庭，我们解决大多数出现的情感困扰问题。				
d) 在我们家庭，我们面对涉及情感的问题。				
e) 在我们家庭，我们尝试想出解决问题的不同方法。				

7. 个人适应能力：请告诉我们你如何应对挑战。

问题	不适合我	有点适合我	较为适合我	很适合我	非常合适我
a) 我积极地寻找方法，弥补我在生活中遭遇的损失。					
b) 我相信，我能够通过应对困难的情形，积极地成长。					
c) 我寻找改变困难情形的创新方法。					
d) 无论我遇到什么情况，我相信我可以控制自己对所发生情况的反应。					