

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： _____

第 3 节 转介来源 <i>你是如何了解到我们的？</i>		
转介来源：		
<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：_____
Section 4. Disposition <i>For Office Use Only</i>		
ASO Consent Form Signed: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Full Consent <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Declined		
Release to: 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		
Initial Date:	Family ID:	Family Member ID:
Completed by: _____		Intake Type: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> In person
Information Update: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Updated by: _____ Date: _____ Updated by: _____ Date: _____		Primary Contact: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Notes: