

## 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>		