

# 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 style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 低于 \$10,000</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> \$150,000 或以上</div> </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 style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 印度人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 日本人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 夏威夷本土人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 中国人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 韩国人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 菲律宾人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 越南人</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</div> <div style="width: 100%;"><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: _____</div> <div style="width: 100%;"><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: _____</div> <div style="width: 100%;"><input type="checkbox"/> 其他人种 — 请填写人种: _____</div> </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：_____ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">日期</div>	

  

Section 2. Disposition		<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

  

**Notes:**