

MẪU ĐƠN C¹

MẪU ĐƠN THÔNG TIN SÀNG LỌC DÀNH CHO NGƯỜI LỚN

(Sử dụng mẫu đơn này để thu thập thêm thông tin dựa trên các Mẫu Đơn Thu Thập Thông Tin Về Gia Đình và Về Các Thành Viên Khác Trong Gia Đình cho mỗi thành viên gia đình cần dịch vụ và/hoặc trợ giúp)

Tên họ:	Tên gọi:	Tên đệm viết tắt:	Biệt danh (Tên muốn được gọi):	Ngày tháng năm sinh và tuổi:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Người chuyển giới <input type="checkbox"/> _____
Phần 1. Học vấn / Việc làm					
Trình Độ Học Vấn Cao Nhất Đạt Được: <input type="checkbox"/> Tiểu Học <input type="checkbox"/> Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Cấp Hàm Thụ Muốn Đạt Được <input type="checkbox"/> Trung Học Cơ Sở <input type="checkbox"/> Cử Nhân <input type="checkbox"/> Bằng HiSET/GED <input type="checkbox"/> Trung Học <input type="checkbox"/> Cao Học Sau Đại Học <input type="checkbox"/> Văn Bằng Khác _____					
Tình Trạng Công Ăn Việc Làm: (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp) <input type="checkbox"/> Nội Trợ <input type="checkbox"/> Làm Việc Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Không Làm Việc <input type="checkbox"/> Làm Việc Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Diện Khác: _____					
Nguồn Thu Nhập: <input type="checkbox"/> Lương Bổng <input type="checkbox"/> Phúc Lợi An Sinh Xã Hội/Hưu Trí <input type="checkbox"/> Không có tiền thu nhập <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Tiền Chu Cấp Nuôi Con/Nuôi Vợ <input type="checkbox"/> Nguồn Khác: _____ <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tàn Tật (Chồng) Đã Ly Dị <input type="checkbox"/> Nguồn Khác: _____ <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Thường Tai Nạn Lao Động <input type="checkbox"/> TAFDC (Trợ Cấp Chuyển Tiếp cho Các Gia Đình có Con Cái Phụ Thuộc) <input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Thu Nhập An Sinh Phụ Trội/An Sinh Xã Hội Dành Cho Người Tật Nguyên) <input type="checkbox"/> EAEDC (Trợ Cấp Khẩn Cấp cho Người Cao Niên, Người Khuyết Tật, và Trẻ Em)					
Phần 2. Sức Khỏe Thể Chất và Tâm Thần					
Quý vị có tình trạng bị khuyết tật nào không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG (Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp) <input type="checkbox"/> Sức khỏe/Thể chất <input type="checkbox"/> Thị lực <input type="checkbox"/> Thính giác <input type="checkbox"/> Phát triển <input type="checkbox"/> Tâm thần/cảm xúc/sức khỏe hành vi		Tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần tổng thể của quý vị là như thế nào? (Vui lòng khoanh tròn một lựa chọn) Kém Tạm được Tốt Tuyệt vời Quý vị có chứng bệnh nào cần phải được chăm sóc hoặc theo dõi thường xuyên không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Đó là (những) chứng bệnh nào? _____ _____ _____			
Quý vị có đi khám bác sĩ hoặc y tá trong 12 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG					
Quý vị có đi khám nha sĩ trong 12 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG					

Phần 3. Sự An Toàn					
Câu Hỏi về Mức Độ An Toàn	Rất Không Đồng Ý	Không Đồng Ý	Không có ý kiến	Đồng Ý	Rất Đồng Ý
Quý vị cảm thấy an toàn trong nhà quý vị.					
Quý vị cảm thấy an toàn tại nơi làm việc hoặc trường học.					
Quý vị cảm thấy an toàn trên đường phố trong khu phố của quý vị.					
1) Quý vị có từng chứng kiến hành động bạo lực không? <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K 2) Quý vị có can dự gì đến tòa án không? <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K Tòa án nào? _____ Vi lý do gì? _____ _____ _____					
3) Quý vị có muốn được giới thiệu đến cơ quan trợ giúp về bạo hành gia đình không? <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K					
Phần 4. Nhu Cầu Thiết Yếu					
Gia đình quý vị: <input type="checkbox"/> Cư ngụ trong căn nhà hoặc căn hộ riêng <input type="checkbox"/> Vô gia cư nhưng có nơi tạm trú <input type="checkbox"/> Vô gia cư (sở hữu hoặc thuê) Quý vị cần trợ giúp về: Thực phẩm <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K Quần áo <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K					
Phần 5. Cơ Quan Liên Quan <i>(Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)</i>					
Quý vị có liên quan tới bất kỳ cơ quan nào sau đây không? <i>(Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Bảo hiểm MassHealth <input type="checkbox"/> Sở Trợ Cấp Chuyên Tiếp (DTA) <input type="checkbox"/> Cơ Quan Trợ Giúp Trẻ Em và Gia Đình (DCF) <input type="checkbox"/> Cơ Quan Dịch Vụ Thanh Thiếu Niên (DYS) <input type="checkbox"/> Sở Sức Khỏe Tâm Thần (DMH) <input type="checkbox"/> Cơ Quan Dịch Vụ Phát Triển (DDS) </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Cơ Quan Khác: _____ <input type="checkbox"/> Cơ Quan Cộng Đồng: _____ _____ _____ </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Các Nguồn Trợ Giúp của Thành Phố/Thị Trấn: _____ _____ _____ </div> </div>					
Phần 6. Tham Gia Hoạt Động Dân Sự					
Quý vị có tham gia bất kỳ hoạt động nào sau đây không? <i>(Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Thể Thao <input type="checkbox"/> Mỹ Thuật (chẳng hạn như vẽ, hội họa) <input type="checkbox"/> Nghệ Thuật Biểu Diễn (chẳng hạn như âm nhạc, múa, kịch nghệ) <input type="checkbox"/> Sinh hoạt khác: _____ </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Các Dự Án Phục Vụ Cộng Đồng <input type="checkbox"/> Tham gia Tình Nguyên <input type="checkbox"/> Tham gia các Đội Sinh Hoạt Scout </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Các Cơ Quan Dân Sự Tại Cộng Đồng <input type="checkbox"/> Các Tổ Chức Tôn Giáo </div> </div>					
Phần 7. Bố trí <i>Chỉ Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng</i>					
Số ID của gia đình:	Số ID của thành viên gia đình:	Quan hệ: <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ/Người chăm nom			
Ngày khởi đầu: _____		Liên lạc chính: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K			
Hoàn thành do: _____					
Cập nhật do: _____		Ngày: _____			
Cập nhật do: _____					

Ghi chú: