Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

استجواب البرنامج النموذجي لإعالة الأسرة

FAMILY SUPPORT PILOT QUESTIONNAIRE

اسم العميل		رقم الضمان الاجتماعي
الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	تاريخ الولادة	رقم الهاتف
اسم الوالدين/الراعي الرئيسي		علاقته بالعميل
العنوان	المدينة الولاية	الرمز البريدي

(بإمكانك استعمال السطر 22 لاستمارة 1040 للضريبة على الدخل للإجابة على الأسئلة أدناه. إذا كان عمر الشخص 18 سنة أو أكثر، أذكر دخل ذلك الشخص فقط).

إجمالي الدخل السنوي للأسرة	عدد أفراد الأسرة

عدد وعمر أفراد الأسرة/غيرهم من المقيمين في البيت وعلاقاتهم بالشخص (إذا احتجت إلى المزيد من الأسطر استعمل ظهر الورقة).

الاسم	العمر	العلاقة

إعاقات العميل

حدد إعاقات العميل

☐ بطء في التطور ☐ تخلف ذهني ☐ شلل دماغي

☐ أعراض داون ☐ التوحد ☐ داء الصرع

☐ اضطرابات عصبية أو اضطرابات أخرى في النظام العصبي المركزي:_____

☐ أعراض أو تشخيصات أخرى:_____

☐ يحتاج العميل إلى أن يحمل ووزنه يفوق 40 باوند.

ملاحظات

اهتمامات الراعي

باعتبارك الراعي الرئيسي، ضع علامة على كل العناصر التي قد تؤثر على قدرتك على تقديم خدمة الرعاية.

☐ ولي أعزب

☐ راعي لشخصين معاقين أو أكثر

☐ مشاكل طبية أو بدنية جارية

☐ مشاكل عاطفية أو عقلية جارية

☐ تتسبب الرعاية المقدمة في أقل من 5 ساعات من النوم بدون انقطاع في كل ليلة

أشهد أن جميع المعلومات المُصرح بها أعلاه صحيحة وكاملة وذلك حسب معرفتي.

توقيع الممثل القانوني	التاريخ