Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

家庭幫助服務引導計畫情況調查

FAMILY SUPPORT PILOT QUESTIONNAIRE

個案當事人姓名		社會安全號碼
性別 ☐ 男 ☐ 女	出生日期	電話號碼
家長或主要看護人的姓名		與個案當事人的關係
街道地址與門牌號碼	城市	州 郵遞區號

（可根據您的1040國稅申報單第22行內容來回答以下問題。對於年滿18歲或以上者，僅需填寫其收入額。）

全家的年收入總額	家庭人口數目

家庭成員或其他在您家居住者的人數、年齡及其與當事人的關係。（若需更多填寫欄位，請在此頁背面填寫。）

姓名	年齡	關係

個案當事人的殘障症狀

確定個案當事人的殘障症狀：

☐ 發展遲緩 ☐ 智障 ☐ 腦痲痹

☐ 唐氏綜合症 ☐ 孤獨症 ☐ 癲癇

☐ 另一種神經病學方面的症狀或中樞神經系統失調：_____

☐ 其他症狀或診斷：_____

☐ 個案當事人需要他人背負，而且體重超過40磅。

評註

看護人感到關注的問題

做為主要看護人，如果下列任何條目對您目前的看護能力有影響，請勾選。

☐ 單親

☐ 看護人照看兩位或兩位以上殘障人士

☐ 目前在身體或健康方面有問題

☐ 目前在心理健康或情感方面有問題

☐ 由於看護職責，看護人在大部份夜晚的連續睡眠時間都不足5小時

據本人所知，以上資訊均屬實且準確。

法律代表簽名	日期