Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

پرسشنامه برنامه حمایت خانوده

FAMILY SUPPORT PILOT QUESTIONNAIRE

نام مراجعه کننده(مشتری)		شماره تامین اجتماعی
جنس ☐ مرد ☐ زن	تاریخ تولد	شماره تلف
نام والدین/ مراقبت کننده اصلی		نسبت با مراجعه کننده
آدرس خیابان	شهر	ایالت زیپ کد

(شما میتوانید از خط 22، فرم 1040 درآمد مالیاتی خود برای سوالات ذیل استفاده کنید. اگر فردی بالای 18 سال است ، فقط درآمد خود را لیست نمایید)

درآمد ناخالص سالیانه خانوار	تعداد خانواده

تعداد و سن اعضای خانواده/ دیگران که در خانه زندگی میکنند و نسبت آنها با افراد خانواده(اگر برای نوشتن به فضای بیشتری نیاز دارید از پشت این صفحه استفاده کنید)

نام	سن	نسبت

ناتوانایی های مراجعه کننده

ناتوانایی های مراجعه کننده را مشخص نمایید:

☐ تاخیرات رشدی ☐ عقب ماندگی ذهنی ☐ اختلالات دماغی

☐ نشانه های ناکارایی ☐ وهم گرایی ☐ صرع

☐ اختلال اعصاب یا سیستم عصبی دیگر:_____

☐ سایر شرایط یا تشخیص ناخوشی:_____

☐ مراجعه کننده نیاز به بلند کردن دارد و بیشتر از 40 پوند وزن دارد.

نظرات

نگرانی های مراقبت کننده

بعنوان مراقبت کننده اصلی ، هریک از موارد ذیل را که بر توانایی مراقبتی در جریان شما موثر واقع میشود چک کنید.

☐ والدین فردی

☐ مراقبت از دو نفر یا اشخاص بیشتر توانخواه

☐ مشکلات جاری فیزیکی و پزشکی

☐ مشکلات سلامت ذهنی جاری یا هیجانی

☐ وظایف مراقبتی منجر به خواب پیوسته اکثر شبها کمتر از 5 ساعت میگردد.

اطلاعات فوق الذکر در حد دانش من دقیق و صحیح است.

امضای نماینده حقوقی	تاریخ