

ولاية نيويورك

(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES) مكتب خدمات الأطفال والأسرة

## طلب والد الرعاية البديلة/ التبني

تعليمات:

مقدم (مقدمي) الطلب: يجب على كل مقدم طلب أن يكمل نموذج طلب منفصلاً. سيخبر مسؤول التسكين مقدم الطلب إذا لزم تقديم وثائق داعمة.

معلومات عن مقدم الطلب		
يقدم طلباً بغرض: <input type="checkbox"/> الرعاية البديلة فقط <input type="checkbox"/> الرعاية البديلة والتبني* <b>*أكمل سجل التبني الأسري (OCFS-5183C)</b>		
هل أنت والد بالرعاية البديلة الطارئة أو سبق لك ذلك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم تاريخ انتهاء الصلاحية: هل تتقدم بطلب للحصول على ترخيص أو اعتماد لطفل (أطفال) معين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم:		
اسم الطفل	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب
/ /	/ /	
/ /	/ /	
/ /	/ /	
/ /	/ /	
/ /	/ /	
اسم مقدم الطلب:		
الاسم الأخير، الاسم الأول، الاسم الأوسط:		
تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي:	عنوان البريد الإلكتروني:
/ /	- -	
معلومات التواصل عبر الهاتف: <b>رقم هاتف المنزل: ( ) - ( )</b> <input type="checkbox"/> غير متاح <b>رقم الهاتف الخليوي: ( ) - ( )</b> <input type="checkbox"/> غير متاح		
العنوان الحالي:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
كم مضى من الوقت على: <input type="checkbox"/> امتلاكك منزلاً <input type="checkbox"/> تأجيرك منزلاً	المنطقة التعليمية:	
الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرملة/أرمل <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> زوجان يعيشان معاً		
البيانات الديموغرافية <sup>1</sup>		
<b>الجنس:</b> <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <b>ما الضمان التي تود مناداتك بها؟</b> <input type="checkbox"/> ضمانت الغائب المؤنث <input type="checkbox"/> ضمانت الغائب المذكر <input type="checkbox"/> ضمانت الجمع الغائب <input type="checkbox"/> غير ذلك _____		
<b>الهوية الجنسية:</b> <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> متحول جنسياً <input type="checkbox"/> مغاير جنسياً <input type="checkbox"/> غير ذلك/شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة		
<b>التوجه الجنسي:</b> <input type="checkbox"/> سوي/يميل للجنس الآخر <input type="checkbox"/> مثلي أو مثلية <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> غير ذلك/شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة		
العرق:	الإثنية:	الانتماء الديني:
اللغات المستخدمة في الحديث:		
من مواطني أمريكا الأصليين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <b>إذا كانت الإجابة نعم، فألي قبيلة/دولة تنتمي:</b>		
معلومات عن أفراد الأسرة **يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لجميع أفراد الأسرة البالغين 18 عاماً أو أكبر		

1 يحق لمقدم الطلب رفض الإجابة عن الأسئلة في هذا القسم دون أن يتأثر طلبه بذلك.

2 يشير "الجنس" إلى خواص الإنسان البيولوجية والفسولوجية.

3 تشير "الهوية الجنسية" إلى إحساس الشخص الداخلي بذاته بغض النظر عن الصفة التشريحية للجسم.

4 يشير "التوجه الجنسي" إلى انجذاب الشخص العاطفي والرومانسي والجنسي للأشخاص الآخرين.

الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	
							تاريخ الميلاد
							العلاقة بمقدم الطلب
							الديانة
							الجنس
							الإثنية
							اللغة
							الحالة الاجتماعية
							SSN*
هل يحصل أي طفل من أسرتك على رعاية بديلة أو ينتظر التبني؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:							
ينطبق على الأطفال الذين يتم التنازل عنهم مباشرة لإحدى الوكالات التطوعية المفوضة: هل ينتظر أي من الأطفال في أسرتك إنهاء إجراءات التبني؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:							
العلاقة بمقدم الطلب	العنوان	تاريخ الميلاد	الأطفال الآخرون (أقل من 18 عامًا) المقيمون خارج الأسرة				
		/ /	لا ينطبق <input type="checkbox"/>				
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
العلاقة بمقدم الطلب	العنوان	تاريخ الميلاد	الأطفال البالغون المقيمون خارج الأسرة				
		/ /	لا ينطبق <input type="checkbox"/>				
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
العلاقة بمقدم الطلب	تاريخ الميلاد	الساكنون/المستأجرون					
	/ /	لا ينطبق <input type="checkbox"/>					
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
هل مرخص؟	هل حاصل على التطعيم؟	الحيوانات الأليفة/الحيوانات الأخرى - النوع وفقًا للقانون المحلي					
		لا ينطبق <input type="checkbox"/>					
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>						
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>						

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

**الخبرة التربوية في الرعاية البديلة/التبني**هل أنت حاليًا والد بالتبني معتمد؟  لا  نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر تواريخ الاعتماد واسم الوكالة المعنية بالاعتماد ومعلومات التواصل معها.

تاريخ الموافقة:	وكالة اعتماد الموافقة:	معلومات التواصل:
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

هل سبق أن قدمت طلبًا لتصبح والدًا بالرعاية البديلة أو بالتبني في هذه الولاية أو في ولاية أخرى؟  لا  نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم الوكالة ومعلومات التواصل معها.

الوكالة:	معلومات التواصل:

أقبلوك أم استبعدوك أم رفضوك؟  قبلت  استبعدت  رفضت إذا تم استبعادك أو رفضك، فماذا كان السبب؟

هل سبق أن أبطلت شهادة اعتماد الرعاية الأبوية البديلة أو علقت أو ألغيت أو أسقطت؟

 لا ينطبق  لا  نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فماذا كان السبب؟

**خدمات النقل**

ما خططك لوسائل تنقل الطفل في الرعاية البديلة؟

إذا كانت إجابتك "بعبارة شخصية":

فهل لديك:

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	رخصة قيادة سارية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: / /
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	تأمين سارٍ على السيارة؟	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: / /
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	وثيقة تسجيل سارية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: / /
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	شهادة فحص سارية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: / /

**الأشخاص المرجعيون**

أذكر ثلاثة أشخاص من غير الأقارب، ممن يمكنهم أن يكونوا مراجع شخصية.

الاسم	العنوان	رقم الهاتف/عنوان البريد الإلكتروني

إذا كان ذلك ممكنًا، فاذكر شخصًا واحدًا يمكنه إثبات سجل عملك ومؤهلاتك

رقم الهاتف/عنوان البريد الإلكتروني	العنوان	الاسم
( ) - ،		
<b>معلومات التوظيف</b>		
هل توفر رعاية الأطفال/الرعاية النهارية في منزلك؟ إذا كانت الإجابة نعم، a. فما هي ساعات العمل؟ b. ما عدد الأطفال؟ c. وضح:		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
هل تدير برنامجًا للرعاية الأسرية للبالغين في المنزل (FTHA)؟ إذا كانت الإجابة نعم، a. وضح:		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
هل تدير أي عمل خارج منزلك؟ إذا كانت الإجابة نعم، a. فما هي ساعات العمل؟ b. هل تمتلك ترخيصًا لأي من الأعمال التي تديرها في منزلك؟ c. وضح:		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
ما خططك للإشراف على طفل (أطفال) عند عدم وجودك (أي: خلال ساعات العمل، بعد المدرسة، خلال الصيف، وما إلى ذلك)؟:		
<b>معلومات التوظيف الحالية</b>		
صاحب العمل الحالي:		
تاريخ البدء:		
عنوان صاحب العمل:		
الولاية:	الرمز البريدي:	المدينة:
المنصب الوظيفي:		
الجدول الزمني:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:	رقم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:	البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:
<b>التاريخ الوظيفي</b>		
صاحب العمل:		
تواريخ التوظيف: / / إلى / /		
المنصب الوظيفي:		
عدد ساعات العمل الأسبوعية:		
سبب ترك العمل:		
صاحب العمل:		
تواريخ التوظيف: / / إلى / /		
المنصب الوظيفي:		
عدد ساعات العمل الأسبوعية:		
سبب ترك العمل:		
صاحب العمل:		
تواريخ التوظيف: / / إلى / /		
المنصب الوظيفي:		
عدد ساعات العمل الأسبوعية:		
سبب ترك العمل:		
<b>التاريخ التعليمي</b>		

أعلى مرحلة تعليمية أتممتها:  المدرسة الابتدائية  المدرسة الثانوية  اختبار تقييم إتقان المرحلة الثانوية (TASC) (دبلومة التعليم العام (GED))  
 درجة الدبلوم الجامعي  درجة البكالوريوس  درجة الماجستير  درجة الدكتوراة.  غير ذلك:

## المعلومات المالية

الدخل من الوظيفة:

دخل آخر ومصدره:

المساعدة العامة (PA)  دخل الضمان التكميلي (SSI)  الضمان  
 الاجتماعي لذوي الإعاقة (SSD)  دخل ذوي الإعاقة  نفقة الطفل  
 غير ذلك، حدد:

إجمالي الدخل الشهري:

## النفقات الشهرية:

هل تعاني أسرته من أي ضغوط مالية (أي: حبس الرهن، الإفلاس، وخلافه)?  لا  نعم  
 إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح:

هل لدى أسرته تغطية تأمين طبي؟  لا  نعم

▶ الإيجار/الرهن دولار

▶ المرافق (يشمل ذلك الهواتف والكابل) دولار

▶ مدفوعات السيارة دولار

▶ تأمين السيارة دولار

▶ تأمين آخر دولار

▶ قروض/ديون، بطاقات الائتمان دولار

▶ الطعام، الملابس، إلخ دولار

▶ الترفيه دولار

▶ إجمالي النفقات الشهرية دولار

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ:

/ /

X

إقرار مشفوع بقسم – واحد لكل مقدم طلب			
يُرجى الإجابة عن الأسئلة المذكورة أدناه بالكامل.			
الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	
اسم العائلة قبل الزواج أو أي من الأسماء المستعارة الأخرى:			
عنوان إقامتك وعنوان مراسلتك الحالي:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
1. هل سبق إدانتك بعمل إجرامي داخل ولاية نيويورك أو في أي ولاية قضائية أو ولاية أخرى؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر شركًا لكل جريمة أدنت بها، شاملاً نوع الجريمة وموقعها وتاريخ حدوثها وملابساتها:			
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			
2. هل سبق إدانة أي شخص مقيم في المنزل حاليًا يبلغ 18 عامًا أو أكبر بعمل إجرامي داخل ولاية نيويورك أو في أي ولاية قضائية أو ولاية أخرى؟ إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر شركًا لكل جريمة جرت إدانة الشخص (الأشخاص) بها، شاملاً ذلك نوع الجريمة وموقعها وتاريخ حدوثها وملابساتها:			
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			
أؤكد بموجب هذا الإقرار أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أن المعلومات خاضعة للتحقق، وأن الإدلاء ببيان أو تأكيد زائف مادياً قد يؤدي إلى الحرمان من الأهلية كمقدم طلب بسبب تقديم معلومات خاطئة أو مضللة عن عمد.			
توقيع مقدم الطلب:			X
التاريخ:			/ /