

مقدم (مقدمي) الطلب:

ولاية نيويورك

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

مقدم طلب الرعاية البديلة/ التبني  
التقرير الطبي (الجزء الأول)

## تعليمات:

**مقدم الطلب:** ينقسم هذا النموذج إلى ثلاثة أقسام. **القسم 1** يستكملة مقدم الطلب. **القسم 2** تستكملة الوكالة. **القسم 3** يستكملة الطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو أحد ممارسي الرعاية الصحية المؤهلين والمعتمدين نيابة عن مقدم الطلب.

**مسؤول التسكين:** يُستخدم هذا النموذج على أنه طلب أولي وإعادة تفويض. أكمل **القسم 2** قبل تقديم النموذج إلى مقدم الطلب. قدم نموذجًا واحدًا لكل مقدم طلب.

الجزء 1 - القسم 1: معلومات عن مقدم الطلب		
اسم مقدم الطلب		
الاسم الأخير، الاسم الأول، الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف:
/ /	/ /	( ) -
عنوان مقدم الطلب:		
بموجب هذه الوثيقة، أطلب من طبيبي الإفصاح عن المعلومات الآتية للوكالة المذكورة أدناه وأصرح له بذلك. توقيع مقدم الطلب: <b>X</b>		
وفقًا للوائح ولاية نيويورك، يتعين على الوكالة الحصول على تقرير طبي يتعلق بصحة الأسرة. يجب أن يشمل هذا التقرير الفحص الجسدي لمقدم الطلب على أن يكون قد أجري قبل عام واحد بحد أقصى من تاريخ تقديم طلب الحصول على الترخيص أو الاعتماد إلى الوكالة المعنية بالترخيص أو الاعتماد.		
الجزء 1 - القسم 2: معلومات الوكالة		
اسم الوكالة:		
عنوان الوكالة:		
بيانات التواصل مع الوكالة (الاسم ورقم الهاتف):		
الجزء 1 - القسم 3: يكمل هذا القسم الطبيب أو الطبيب المساعد أو الممرضة الممارسة أو أحد ممارسي الرعاية الصحية المؤهلين والمعتمدين نيابة عن كل متقدم.		
يرجى الإجابة عن كل مما يأتي بقدر علمك: تاريخ إجراء الفحص الجسدي: / /		
هل من اضطرابات أو حالات مزمنة أو خطيرة تلقى هذا الشخص بسببها علاجًا - أو يتلقى حاليًا - يُحتمل أن تؤثر في الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل يتناول هذا الفرد حاليًا أدوية قد تؤثر في الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أو لمؤسستك الطبية إحالة هذا الشخص إلى العلاج من تعاطي الكحول أو المواد المخدرة؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح والإشارة إلى تاريخ الإحالة (الإحالات).	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل يعاني الفرد أي مرض معدٍ أو عدوى أو مرضًا قد يؤثر في تقديم الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل يعاني الفرد من أي حالة جسدية أو عقلية قد تؤثر في تقديم الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

مقدم (مقدمي) الطلب:	
هل وجود أي إصابة محددة يشكل خطرًا على صحة طفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني وسلامته؟ *إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم*	
<b>النتائج</b>	
بناءً على النتائج التي توصلت إليها، كما هو موضح سابقًا، وحسب معرفتي بالفرد، أرى أن الفرد المذكور أعلاه: <input type="checkbox"/> قادر جسديًا وعقليًا على تقديم الرعاية الكافية لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني <u>بلا قيود</u> . <input type="checkbox"/> قادر جسديًا وعقليًا على تقديم الرعاية الكافية لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني مع <u>القيود</u> أو <u>المساعدات الآتية</u> : <input type="checkbox"/> <u>غير قادر جسديًا</u> على تقديم الرعاية الكافية لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني. التوضيح: <input type="checkbox"/> <u>غير قادر عقليًا</u> على تقديم الرعاية الكافية لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟ التوضيح:	
بناءً على النتائج التي توصلت إليها، كما هو موضح أعلاه، وحسب معرفتي بالفرد، أرى أن الفرد المذكور أعلاه: <input type="checkbox"/> قادر <input type="checkbox"/> غير قادر جسديًا بحيث يتوقع أن يعيش لحين بلوغ الطفل (الأطفال) سن الرشد وأنه يتمتع بالطاقة والقدرات الأخرى اللازمة للوفاء بالمسؤوليات الأبوية.	
توقيع مقدم الرعاية الطبية:	رقم الهاتف:
X	( ) -
تاريخ التوقيع:	/ /
توقيع مقدم الرعاية الطبية:	
عنوان مقدم الرعاية الطبية:	
مدينة نيويورك فقط:	# NPI
ختم الطبيب أو العيادة:	رخصة #:
أرسل التقرير المكتمل إلى بيانات التواصل مع الوكالة المدرجة في القسم 2.	

مقدم (مقدمي) الطلب:

ولاية نيويورك

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

## التقرير الطبي لأفراد الأسرة (الجزء الثاني)

## تعليمات:

**مقدم (مقدمي) الطلب:** ينقسم هذا النموذج إلى ثلاثة أقسام. **القسم 1** يكمله مقدم الطلب إذا كان عمر فرد الأسرة أقل من 18 عامًا أو فرد الأسرة إذا كان عمره 18 عامًا فأكثر. **القسم 2** تكمله الوكالة. **القسم 3** يكمله الطبيب أو الطبيب المساعد أو الممرضة الممارسة أو أحد ممارسي الرعاية الصحية المؤهلين والمعتمدين نيابة عن كل مقدم.

**مسؤول التسكين:** يُستخدم هذا النموذج على أنه طلب أولي وإعادة تفويض. أكمل **القسم 2** قبل تقديم النموذج إلى مقدم (مقدمي) الطلب. قدم نموذجًا واحدًا لكل فرد بالأسرة.

الجزء 2 - القسم 1: معلومات عن فرد الأسرة		
الاسم الأخير، الاسم الأول، الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف:
	/ /	( ) -
مقدم (مقدم) الطلب:		العلاقة بمقدم (مقدمي) الطلب:
عنوان مقدم (مقدمي) الطلب:		
بموجب هذه الوثيقة، أطلب من طبيبي الإفصاح عن المعلومات الآتية للوكالة المذكورة أدناه وأصرح له بذلك.		
توقيع فرد الأسرة أو الوالد/ الوصي إذا كان عمر فرد الأسرة أقل من 18 عامًا:		التاريخ:
X		/ /
يقيم الفرد (الأفراد) المذكور اسمه (أسماءهم) أعلاه في منزل الفرد (الأفراد) الذي يسعى إلى تقديم الرعاية البديلة لطفل (أطفال) أو تبنيه. وفقًا للوائح ولاية نيويورك، يتعين على الوكالة الحصول على تقرير طبي يتعلق بصحة الأسرة. يجب أن يُظهر هذا التقرير أن كل فرد من أفراد الأسرة يتمتع بصحة بدنية وعقلية جيدة وأنه خالٍ من الأمراض المعدية أو العدوى أو المرض.		
الجزء 2 - القسم 2: معلومات الوكالة		
اسم الوكالة:		
عنوان الوكالة:		
بيانات التواصل مع الوكالة (الاسم ورقم الهاتف):		
الجزء 2 - القسم 3: يكمله الطبيب أو الطبيب المساعد أو الممرضة الممارسة أو أحد ممارسي الرعاية الصحية المؤهلين والمعتمدين نيابة عن مقدم (مقدمي) الطلب.		
هل يعاني الفرد أي مرضٍ معدٍ أو عدوى أو مرضًا قد يؤثر في تقديم الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟		
* إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
هل يعاني الفرد من أي حالة جسدية أو عقلية قد تؤثر في تقديم الرعاية المناسبة لطفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني؟		
* إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
هل وجود أي إصابة محددة يشكل خطرًا على صحة طفل (أطفال) الرعاية البديلة/ التبني وسلامته؟		
* إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح.		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
توقيع مقدم الرعاية الطبية:	رقم الهاتف:	تاريخ التوقيع:
X	( ) -	/ /
توقيع مقدم الرعاية الطبية:		
عنوان مقدم الرعاية الطبية:		

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:			
رخصة #:		# NPI:	مدينة نيويورك فقط:
ختم الطبيب أو العيادة:			
أرسل التقرير المكتمل إلى بيانات التواصل مع الوكالة المدرجة في القسم 2.			