

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
صفات المورد

تعليمات:

مقدم (مقدمي) الطلب: فيما يأتي صفات الأطفال واهتماماتهم الذين في حاجة إلى الرعاية البديلة أو التبني. يرجى تحديد الصفات التي تعزم أسرتك على احتوائها.

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:		
الصفات	لا	نعم
التصرف بعدوانية تجاه الآخرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التصرف بعدوانية مع الممتلكات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التبول اللاإرادي أو التبرز اللاإرادي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حالة طبية مزمنة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نظام علاجي معقد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إعاقات في النمو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
القيود الغذائية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المواعيد المتكررة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هدف التبني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الأطعمة الحلال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ من سلوك يتعلّق بإشعال الحرائق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ من الفرار أو الهروب بشكل متكرر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ من التورط في قضايا العدالة الجنائية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ من الاعتداء الجنسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاريخ من الاستغلال الجنسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الإعاقات الذهنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشكلات متعلقة بأنشطة الحياة اليومية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الأطعمة الشرعية اليهودية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
متولية أو مثلي أو مزدوج الميل الجنسي (LGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحاجة إلى مورد ملائم للمعاقين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحاجة إلى مورد لغير المدخنين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحاجة إلى مورد بلا حيوانات أليفة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حامل أو لديها أبناء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إلحاق الأذى بالنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
احتياجات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معدات خاصة للحالات الطبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
استخدام المواد الذي لا يلزم علاجًا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض الإصابة بالتوحد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
متحول جنسيًا أو مغاير جنسيًا (TGNC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاعتداء اللفظي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نعم	لا	الاهتمامات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفنون والحرف اليدوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطهي/الخبز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأفلام أو ألعاب الفيديو أو التلفزيون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الموسيقى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأنشطة الخارجية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفنون الاستعراضية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القراءة/الكتابة الإبداعية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العلوم/الرياضيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرياضة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التكنولوجيا/الهندسة

توقيع مقدم الطلب:		التاريخ:	/ /
توقيع مقدم الطلب:		التاريخ:	/ /