

STATO DI NEW YORK
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

CARATTERISTICHE DELLE RISORSEIstruzioni:

Richiedente/i: sono elencate di seguito le caratteristiche e gli interessi dei bambini che potrebbero necessitare di un collocamento in affido/adozione. Selezionare solo quelli che la sua famiglia sarebbe disposta e in grado di accogliere.

NOME DEL/DEI RICHIEDENTE/I:		
CARATTERISTICHE	NO	Sì
Aggressività verso gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività nei confronti di cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresi notturna o encopresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizioni sanitarie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regime farmacologico complesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità dello sviluppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restrizioni dietetiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appuntamenti frequenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obiettivo di adozione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti di comportamento incendiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti di frequenti sparizioni o fughe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti di coinvolgimento giudiziario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti di abuso sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti di sfruttamento sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nelle attività della vita quotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbica, gay o bisessuale (LGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessità di una soluzione accessibile ai disabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessità di una soluzione non fumatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessità di una soluzione senza animali domestici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incinta o genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autolesionismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esigenze educative speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrezzature speciali per patologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di sostanze che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi dell'autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transgender o di genere non conforme (TGNC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERESSI	NO	Sì
Attività artistiche e creative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucina/Pasticceria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Film, videogiochi o televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività all'aperto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arti dello spettacolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettura/Scrittura creativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scienze/Matematica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnologia/Ingegneria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL RICHIEDENTE: X	DATA: / /
FIRMA DEL RICHIEDENTE: X	DATA: / /