

STATO DI NEW YORK
UFFICIO DEI SERVIZI AI MINORI E ALLE FAMIGLIE
VALUTAZIONE DELL'INDAGINE PSICOSOCIALE ACCELERATA

Istruzioni:**Assistente sociale:** Compilare, firmare e datare.

INFORMAZIONI DEL POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA		
POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA #1		
COGNOME:	NOME:	INIZIALE DEL SECONDO NOME
INDIRIZZO EMAIL:		NUMERO/I DI TELEFONO: CASA: () - CELLULARE: () -
INDIRIZZO CORRENTE:		
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA #2		
COGNOME, NOME, INIZIALE DEL SECONDO NOME:		
INDIRIZZO EMAIL:		NUMERO/I DI TELEFONO: CASA: () - CELLULARE: () -
INDIRIZZO CORRENTE:		
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
VALUTAZIONE		
1. Descrivere il rapporto del o dei potenziali genitori affidatari d'emergenza e della famiglia con il o i genitori o il o i genitori acquisiti del/i minore/i.		
2. Se del caso, descrivere l'assistenza che i potenziali genitori affidatari d'emergenza forniscono agli altri minori già presenti in casa.		
3. Che conoscenza hanno i potenziali genitori affidatari d'emergenza delle circostanze e delle condizioni che hanno portato il/i minore/i a necessitare di un collocamento in affido?		
4. I potenziali genitori affidatari d'emergenza sono in grado di proteggere il/i minore/i collocato/i nella loro casa e comprendono la necessità di difenderlo da abusi e maltrattamenti?		
ESITO DELL'INDAGINE PSICOSOCIALE ACCELERATA		
<input type="checkbox"/> Approvazione d'emergenza concessa		
Data: / /		

Approvazione d'emergenza rifiutata

Data: / /

Spiegare il o i motivi del rifiuto dell'approvazione della famiglia affidataria d'emergenza:

		/ /
NOME DELL'ASSISTENTE SOCIALE	Dipartimento locale dei servizi sociali (Local Department of Social Services, LDSS)/VA	DATA
		/ /
NOME DEL SUPERVISORE	Dipartimento locale dei servizi sociali (Local Department of Social Services, LDSS)/VA	DATA