

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
بيان الحالة الصحية للموظفين والمتطوعين وأفراد الأسرة
برامج رعاية الأطفال

تعليمات:

- يلزم التوقيع على وجهي هذا النموذج. إذا لم يكن هناك دور سوى فرد من أفراد الأسرة، فسيتم ملء الصفحة الأولى فقط.
 - يُسمح لمقدم الرعاية الصحية فقط (طبيب، مساعد طبيب، ممرض ممارس) بملء/توقيع قسم الحالة الصحية.
 - لا يُسمح للممرض المُسجّل بتوقيع قسم الحالة الصحية، ولكن يُمكنه توقيع معلومات اختبار السل.
 - يمكن لمختص الرعاية الصحية استخدام نموذج آخر مكافئ طالما تم تضمين نفس المعلومات الموجودة في هذا النموذج.
 - راجع التعليمات الإضافية حول اختبار السل على الوجه الآخر.
 - يُرجى الكتابة بخط واضح.
- أقر بأنني لم أقم بتزوير أو تغيير أي معلومات واردة في هذه الوثيقة. أدرك أن تقديم أو حيازة وثائق مزورة أو مُعدّلة قد يُشكّل جريمة. بالإضافة إلى احتمالية التعرض للمقاضاة الجنائية، قد يخضع أي برنامج وجد أنه تم تقديم و/أو حيازة مثل هذه الوثائق له، لغرامات من قِبَل مكتب خدمات الأطفال والأسرة في ولاية نيويورك، و/أو الرفض، أو إلغاء الترخيص أو التسجيل.

رقم تعريف المنشأة:	اسم البرنامج:
تاريخ الميلاد: / /	اسم الشخص:

نوع البرنامج:	رعاية نهائية عائلية، رعاية نهائية عائلية جماعية، مراكز رعاية نهائية صغيرة	مركز رعاية نهائية، رعاية أطفال في سن المدرسة، مجموعات معفاة قانونيًا	جميع البرامج
الدور:	<input type="checkbox"/> مقدم رعاية <input type="checkbox"/> مساعد <input type="checkbox"/> فرد أسرة (رعاية نهائية عائلية/جماعية/رعاية نهائية عائلية)	<input type="checkbox"/> مدير <input type="checkbox"/> معلم مجموعة <input type="checkbox"/> مُعلّم مساعد	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> متطوع

واجبات رعاية الأطفال النهارية النموذجية

- رفع الأطفال وحملهم
- القيادة المركبة
- التواصل الوثيق مع الأطفال
- تحضير الطعام
- الإشراف المباشر على الأطفال
- الأعمال المكتبية
- صيانة المنشأة
- إخلاء الأطفال في حالات الطوارئ

يُملأ ما يلي بمعرفة مقدم الرعاية الصحية فقط**الحالة الصحية**

على حد علمي بالشخص المذكور أعلاه، أجد أنه:			
يُظهر حاليًا علامات مرض مُعدٍ قد يشكل خطرًا على صحة وسلامة الأطفال في رعايته.	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
مُصاب باضطراب نفسي أو عاطفي تم تشخيصه ومن شأنه أن يشكل خطرًا على صحة وسلامة الأطفال في رعايته.	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
مُصاب بحالة بدنية تمنعه من أداء واجبات رعاية الأطفال النموذجية كما هو موضح أعلاه.	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا ينطبق (إذا كان الدور الوحيد هو متطوع أو فرد من أفراد الأسرة)
بالنسبة إلى أي إجابات بـ"نعم"، يرجى التوضيح و/أو تحديد أوجه القصور:			

اللقب

التوقيع (طبيب، مساعد طبيب، ممرض ممارس)

/ /

تاريخ الفحص

الاسم (الرجاء الكتابة بخط واضح أو استخدام ختم المكتب)

/ /

تاريخ التوقيع

() -

الهاتف

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
بيان الحالة الصحية للموظفين والمتطوعين وأفراد الأسرة
برامج رعاية الأطفال

رقم تعريف المنشأة:	اسم البرنامج:
تاريخ الميلاد:	اسم الشخص:

تعليمات:

- لا يحتاج أفراد الأسرة في البرنامج القائم على الأسرة وليس لديهم دور آخر إلى إجراء اختبار السل ولا يحتاجون إلى ملء هذه الصفحة. لا يحتاج أي شخص له دور في برنامج مُعفى قانوناً إلى إجراء اختبار السل.
- يمكن لأخصائيي الرعاية الصحية (طبيب، مساعد طبيب، ممرض مُمارس) أو الممرض المُسجّل كجزء من واجباته في منشأة الرعاية الصحية إدخال النتائج في قسم معلومات اختبار السل والتوقيع على هذه الصفحة.
- تشمل اختبارات السل المقبولة اختبار مانتو أو أي اختبار سل آخر معتمد فيدرالياً.
- يُرجى الكتابة بخط واضح.

يُملأ ما يلي بمعرفة مختص الرعاية الصحية فقط

معلومات اختبار السل**تم إكمال الاختبار**

تمت قراءة الاختبار في: / /

(شهر / يوم / سنة)

نتيجة الاختبار: إيجابية سلبية مم

إذا كانت النتيجة إيجابية، فهل يشكل اتصال هذا الشخص بالأطفال المسجلين في رعاية الأطفال خطراً على صحة الأطفال وسلامتهم؟
 نعم لا

لم يتم إكمال الاختبار

لم يتم الاختبار. توضيح السبب:

إعفاء طبي أو وجود مانع

إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية سابقاً، فيرجى تحديد التاريخ: / /

(شهر / يوم / سنة)

إذا كانت النتيجة إيجابية سابقاً، فهل يشكل اتصال هذا الشخص بالأطفال المسجلين في رعاية الأطفال خطراً على صحة الأطفال وسلامتهم؟
 نعم لا

التوقيع (طبيب، أو مساعد طبيب، أو ممرض مُمارس، أو ممرض مسجّل)

اللقب

الاسم (الرجاء الكتابة بخط واضح أو استخدام ختم المكتب)

/ /

() -

التاريخ

الهاتف

تعليمات للبرامج لإعادة النموذج:

- برامج الرعاية النهارية العائلية الجماعية/الرعاية النهارية العائلية - إعادة هذا النموذج المُكتمل إلى الجهة المُرخّصة أو المسجّلة.
- مديرو برامج مراكز الرعاية النهارية/رعاية الأطفال في سن المدرسة - إعادة هذا النموذج المُكتمل إلى الجهة المُرخّصة أو المسجّلة؛ بالنسبة إلى جميع الموظفين الآخرين - إعادة النموذج إلى المدير للتقييم.
- مديرو برامج المجموعات المُعفاة قانوناً - إعادة هذا النموذج إلى وكالة التسجيل.
- الموظفون والمتطوعون في البرامج المُعفاة قانوناً - إعادة هذا النموذج إلى المدير