

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

**AUTOVALUTAZIONE
 SOLO ADOZIONE**

Lo scopo di questo modulo è che i candidati e le loro famiglie considerino l'impatto dell'adozione sulla loro vita.

Istruzioni:

Candidati: Questo modulo va compilato dal/i candidato/i insieme ad altri membri della famiglia compresi gli eventuali figli. Se necessario, si possono usare altri fogli.

Operatori domiciliari/operatori di agenzia: Il presente modulo deve essere consegnato al/i candidato/i per la compilazione. Gli operatori domiciliari/operatori dell'agenzia devono esaminare le domande di seguito riportate con il/i candidato/i e gli altri membri del nucleo familiare, almeno una volta prima della presentazione della domanda. Tuttavia, si raccomanda di valutare queste considerazioni durante tutto il processo. Il modulo compilato deve essere conservato nel fascicolo del/la candidato/a.

NOME DEL/I CANDIDATO/I:	
1. Cosa l'ha spinto a perseguire l'adozione in questo momento?	
2. Che cosa significa per lei adottare?	
3. Che cosa pensa dei bambini in affidamento in attesa di adozione?	
4. In che misura la sua famiglia e gli altri membri del nucleo familiare, compresi i bambini, hanno partecipato alla decisione di diventare una famiglia adottiva?	
5. Di che tipo di sostegno pensa possa aver bisogno un/a bambino/a separato/a dalla sua famiglia?	
5 a. Descriva il modo in cui fornireste il supporto	
6. Come collaborerebbe con questa agenzia per aiutare il/i bambino/i nel processo di adozione?	
7. Qual è la sua opinione sull'adozione aperta? 7 a. Quali sono i suoi sentimenti riguardo all'adozione aperta?	
8. Qual è il suo livello di comfort nel ricevere visite frequenti/comunicare con gli operatori dell'agenzia?	
9. Come si sente a condividere informazioni personali sulla sua vita durante questo processo?	
10. Quali sono, secondo lei, gli impatti più positivi e più impegnativi dell'adozione su di lei e sulla sua famiglia?	
11. Come sosterrebbe il mantenimento dei legami del/la bambino/a se non avesse lo stesso background religioso, etnico, razziale e/o culturale della sua famiglia?	
12. Come prevede di modificare i suoi orari per soddisfare le esigenze del/dei bambino/i? 12 a. In che modo il suo orario di lavoro ne risentirebbe?	
13. Il suo spazio fisico dovrebbe essere adattato per accogliere il/i bambino/i?	
14. Come la fa sentire il pensiero di includere il/i bambino/i nelle sue attività quotidiane, negli eventi della comunità, negli eventi familiari, ecc.?	

15. Ha animali domestici?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
15 a. Se sì, di che tipo e quanti?	
15 b. Come reagiscono ai bambini e/o ad altri estranei in casa?	
16. La formazione è richiesta come parte del processo di studio a domicilio, ed è necessaria anche una formazione continua. Entrambi i candidati devono partecipare alla formazione iniziale di 30 ore in media per un periodo di 10 settimane e alle formazioni annuali. Quali cambiamenti dovrebbe apportare per partecipare alla formazione richiesta e a quella continua?	
FASE SUCCESSIVA	
Le piacerebbe passare alla fase successiva del processo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, qual è il suo interesse al momento? (<i>Spunti tutte le caselle pertinenti</i>)	<input type="checkbox"/> Adozione pubblica <input type="checkbox"/> Adozione privata <input type="checkbox"/> Adozione internazionale
Se sì, al momento ha delle preferenze riguardo al numero, alle fasce di età e/o alle caratteristiche del/i bambino/i che vuole adottare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Fornire una spiegazione:
Valutazione iniziale della preparazione della famiglia: Da completare da parte dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia e da esaminare con il/i candidato/i (<i>Scegliere un'opzione e spiegare</i>).	Data: / /
Fasi iniziali:	
Supporti minimi necessari:	
Accettabile:	
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: X	DATA: / /
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: X	DATA: / /
FIRMA DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA: X	DATA: / /
FIRMA DEL RESPONSABILE (SE RICHIESTA DALL'AGENZIA): X	DATA: / /
Rivalutazione della preparazione della famiglia: Da completare da parte dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia e da rivedere con il/i candidato/i. (<i>Scegliere un'opzione e spiegare</i>)	Data: / /
Fasi iniziali:	
Supporti minimi necessari:	
Accettabile:	
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: X	DATA: / /
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: X	DATA: / /
FIRMA DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA: X	DATA: / /
FIRMA DEL RESPONSABILE (SE RICHIESTA DALL'AGENZIA): X	DATA: / /