

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ
ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

ФОРМА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ
(ПРИМЕНЯТЬ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОЦЕССА УСЫНОВЛЕНИЯ)

Данная форма предназначена для того, чтобы заявитель(-и) и их семьи оценили последствия усыновления ребенка.

Указания:

Заявителю(-ям): Заявителю(-ям) и членам их семьи, включая детей, необходимо заполнить эту форму. При необходимости можно использовать дополнительные листы.

Специалистам по поиску семьи / сотрудникам учреждения: Данная форма предоставляется заявителю(-ям) для заполнения. Специалистам по поиску семьи / сотрудникам учреждения следует просмотреть приведенные ниже вопросы вместе с заявителем(-ями) и другими членами семьи по крайней мере один раз до подачи заявления. В то же время рекомендуется анализировать ответы в этой форме на протяжении всего процесса усыновления. Заполненная форма должна храниться в личном деле заявителя.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЕНА И ФАМИЛИИ) ЗАЯВИТЕЛЯ(-ЕЙ):	
1. Что побудило вас усыновить ребенка именно сейчас?	
2. Что значит «усыновление» для вас?	
3. Каково ваше представление о детях на патронажном воспитании, которые ожидают усыновления?	
4. В какой степени вы и члены вашей семьи, включая детей, принимали участие в принятии решения стать приемной семьей?	
5. Как вы думаете, в какой поддержке может нуждаться ребенок, разлученный со своей семьей?	
5a. Опишите, как вы будете оказывать поддержку?	
6. Как вы будете сотрудничать с этим учреждением, чтобы помочь ребенку (детям) адаптироваться к усыновлению?	
7. Что такое «открытое усыновление» в вашем понимании? 7a. Как вы относитесь к такому усыновлению?	
8. Насколько комфортны для вас будут частые визиты сотрудников учреждения или общение с ними?	
9. Как вы относитесь к тому, чтобы делиться личной информацией о своей жизни на протяжении всего процесса?	
10. Как вы думаете, какие последствия усыновления для вас и вашей семьи будут наиболее положительными, а какие — вызовут трудности?	
11. Как бы вы развивали отношения с ребенком, если он не принадлежит к той же расовой, этнической или религиозной группе, что и ваша семья, или имеет отличные от ваших культурные традиции?	
12. Как вы планируете изменить свой график, чтобы удовлетворить потребности ребенка (детей)? 12a. Как это отразится на вашем рабочем графике?	
13. Потребуется ли изменение ваших условий проживания для размещения ребенка (детей)?	
14. Что вы думаете о способах вовлечения ребенка (детей) в вашу повседневную деятельность, общественные мероприятия, семейные события и прочее?	
15. Есть ли у вас домашние животные?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15a. Если да, укажите, какие именно и сколько их.	
15b. Насколько хорошо они реагируют на детей и (или) других незнакомых людей в доме?	

16. Вам необходимо будет проходить обучение в рамках процедуры изучения условий в приемной семье, а также после нее. Оба заявителя должны принять участие в начальном обучении продолжительностью в среднем 30 часов в течение 10 недель, а также в ежегодных курсах. Какие изменения вам нужно внести, чтобы проходить обучение?	
ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ	
Хотите ли вы перейти к следующему этапу процесса?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, уточните, какой тип усыновления вас сейчас интересует. (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Публичное усыновление <input type="checkbox"/> Частное (независимое) усыновление <input type="checkbox"/> Международное усыновление
Если да, есть ли у вас предпочтения по поводу количества, возраста и (или) других характеристик ребенка(детей), которого(-ых) хотите усыновить?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Уточните:
Первоначальная оценка готовности семьи к усыновлению: Заполняется специалистом по поиску семьи / сотрудником учреждения и проверяется с заявителем(-ями). (Выберите один вариант и поясните.)	Дата: / /
Ранние этапы:	
Необходима минимальная поддержка:	
Приемлемо:	
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО ПОИСКУ СЕМЬИ / СОТРУДНИКА УЧРЕЖДЕНИЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ (ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ): X	ДАТА: / /
Повторная оценка готовности семьи к усыновлению: Заполняется специалистом по поиску семьи / сотрудником учреждения и проверяется заявителем(-ями). (Выберите один вариант и поясните.)	Дата: / /
Ранние этапы:	
Необходима минимальная поддержка:	
Приемлемо:	
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО ПОИСКУ СЕМЬИ / СОТРУДНИКА УЧРЕЖДЕНИЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ (ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ): X	ДАТА: / /