

ولاية نيويورك  
مكتب خدمات الأطفال والأسرة  
**طلب الوالد بالتبني**  
التبني فقط

**التعليمات:**

مقدم (مقدم) الطلب: يجب على كل مقدم طلب أن يكمل نموذج طلب منفصلاً. وسيخبر مسؤول التسكين/موظف الوكالة مقدم الطلب إذا كان يلزم تقديم وثائق داعمة.

معلومات عن مقدم الطلب							
اسم مقدم الطلب:							
الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط							
تاريخ الميلاد:		رقم الضمان الاجتماعي:		عنوان البريد الإلكتروني:			
/ /		- -					
معلومات الاتصال عبر الهاتف:							
رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف الخليوي:		-			
( ) لا ينطبق		( ) لا ينطبق					
العنوان الحالي:							
المدينة:		الولاية:		الرمز البريدي:			
كم مضى من الوقت على:		المنطقة التعليمية:					
<input type="checkbox"/> امتلاكك		<input type="checkbox"/> تأجيرك					
الحالة الاجتماعية:							
<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرملة/أرمل <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> شخصان يعيشان معاً							
البيانات الديموغرافية <sup>1</sup>							
الجنس: <sup>2</sup>							
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر							
ما هي الضمانات التي تود مناداتك بها؟							
<input type="checkbox"/> هي وأي ضمير يعود عليها <input type="checkbox"/> هو وأي ضمير يعود عليه <input type="checkbox"/> ضمير محايد <input type="checkbox"/> غير ذلك							
الهوية الجنسية: <sup>3</sup>							
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> متحول جنسياً <input type="checkbox"/> مغاير جنسياً <input type="checkbox"/> غير ذلك/شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة							
التوجه الجنسي: <sup>4</sup>							
<input type="checkbox"/> سوي/تتجذب للجنس الآخر <input type="checkbox"/> مثلي أو مثلية <input type="checkbox"/> مزدوج الميل الجنسي <input type="checkbox"/> غير ذلك/شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة							
العرق:		الإثنية:		الانتماء الديني:			
اللغات المستخدمة في الحديث:							
من مواطني أمريكا الأصليين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، فانكر لأي دولة/قبيلة تنتمي:							
معلومات حول فرد الأسرة* يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لجميع أفراد الأسرة البالغين 18 عاماً أو أكبر.							
<input type="checkbox"/> لا ينطبق							
الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول	الاسم الأخير، الاسم الأول
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
تاريخ الميلاد							
العلاقة بمقدم الطلب							
الديانة							
الجنس							
الإثنية							
اللغة							

<sup>1</sup> يحق لمقدم الطلب رفض الإجابة عن الأسئلة في هذا القسم دون أي تأثير على طلبه.

<sup>2</sup> يشير "الجنس" إلى خواص الإنسان البيولوجية والفسولوجية.

<sup>3</sup> تشير "الهوية الجنسية" إلى إحساس الشخص الداخلي بذاته بغض النظر عن الصفة التشريحية للجسم.

<sup>4</sup> يشير "التوجه الجنسي" إلى انجذاب الشخص العاطفي والرومانسي والجنسي للأشخاص الآخرين.

عملية الموافقة الخاصة بالوالد (الوالدين) بالتبني

الحالة الاجتماعية			
SSN*			
هل ينتظر أي من الأطفال في أسرتك، الذين يتلقون الرعاية البديلة، إكمال التبني؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح:			
هل ينتظر أي من الأطفال في أسرتك، الذين لا يتلقون الرعاية البديلة، إكمال التبني؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح:			
العلاقة بمقدم الطلب	العنوان	تاريخ الميلاد	الأطفال الآخرون (أقل من 18 عامًا) المقيمون خارج الأسرة
لا ينطبق <input type="checkbox"/>			
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
العلاقة بمقدم الطلب	العنوان	تاريخ الميلاد	الأطفال البالغون المقيمون خارج الأسرة
لا ينطبق <input type="checkbox"/>			
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
العلاقة بمقدم الطلب	تاريخ الميلاد	الساكنون/المستأجرون	
لا ينطبق <input type="checkbox"/>			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
هل مرخص؟	هل حاصل على الترخيم؟	الحيوانات الأليفة/الحيوانات الأخرى - النوع وفقًا للقانون المحلي	
لا ينطبق <input type="checkbox"/>			
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
الخبرة التربوية المتعلقة بالتبني/الرعاية البديلة			
هل أنت حاليًا والد بالتبني معتمد؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر تاريخ (تواريخ) الموافقة واسم (أسماء) وكالة الاعتماد ومعلومات الاتصال.			
معلومات الاتصال	وكالة اعتماد الموافقة	تاريخ الموافقة	
		/ /	

## لأغراض تقديم الطلبات

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:  
اسم الوكالة:

		/ /
		/ /
هل سبق أن قدمت طلبًا لتصبح ولي أمر بالرعاية البديلة أو بالتبني في هذه الولاية أو في ولاية أخرى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر اسم (أسماء) الوكالة ومعلومات الاتصال الخاصة بها.		
معلومات الاتصال		الوكالة
هل تم قبولك أو استبعادك أو رفضك؟ <input type="checkbox"/> مقبول <input type="checkbox"/> مستبعد <input type="checkbox"/> مرفوض إذا تم استبعادك أو رفضك، فماذا كان السبب؟		
هل سبق أن تم إبطال الشهادة أو الموافقة الخاصة بوالد بالرعاية البديلة أو تعليقها أو التنازل عنها أو إنهاؤها؟ <input type="checkbox"/> لا ينطبق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، فماذا كان السبب؟		
<b>خدمات النقل</b>		
ما هي خطتك المتعلقة بتنقل الطفل حسبما يقتضي الأمر؟		
إذا كانت إجابتك "بعبارة شخصية": فهل لديك:		
هل تم تقديم إثباتات؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	/ /	إذ كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	/ /	إذ كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	/ /	إذ كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	/ /	إذ كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ انتهاء الصلاحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<b>المراجع</b>		
اذكر ثلاثة مراجع ممن يمكنهم أن يكونوا مراجع شخصية.		
رقم الهاتف/عنوان البريد الإلكتروني	العنوان	الاسم
<b>معلومات التوظيف</b>		
تاريخ البدء:	صاحب العمل الحالي:	
عنوان صاحب العمل:		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
الجدول الزمني:		المنصب:
البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:	رقم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:	اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:

التاريخ الوظيفي	
صاحب العمل: تواريخ التوظيف: / / إلى / / المنصب الوظيفي: عدد ساعات العمل الأسبوعية: سبب ترك العمل:	
صاحب العمل: تواريخ التوظيف: / / إلى / / المنصب الوظيفي: عدد ساعات العمل الأسبوعية: سبب ترك العمل:	
صاحب العمل: تواريخ التوظيف: / / إلى / / المنصب الوظيفي: عدد ساعات العمل الأسبوعية: سبب ترك العمل:	
معلومات حول الأعمال التجارية المدارة في المنزل	
هل تدير عملاً من داخل منزلك؟ إذا كانت الإجابة نعم، a. فما هي ساعات العمل؟ b. هل تمتلك ترخيصاً لأي من الأعمال التي تديرها في منزلك؟ c. وضح:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل تدير برنامجاً لرعاية الأطفال/رعاية نهارية في منزلك؟ إذا كانت الإجابة نعم، a. فما هي ساعات العمل؟ b. كم عدد الأطفال؟ c. وضح:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل تدير برنامجاً لتقديم رعاية المنازل الأسرية للبالغين؟ إذا كانت الإجابة نعم، فوضح:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
خطة للإشراف	
ما هي خططك للإشراف على طفل (أطفال) عند عدم وجودك (أي خلال ساعات العمل، بعد المدرسة، خلال الصيف، إلخ)؟	
التاريخ التعليمي	
أعلى مرحلة تعليمية أتمتها: <input type="checkbox"/> المدرسة الابتدائية <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> اختبار تقييم إتمام المرحلة الثانوية (TASC) (دبلومة التعليم العام (GED)) <input type="checkbox"/> دبلوم الدراسة الجامعية ما قبل التخرج <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس <input type="checkbox"/> درجة الماجستير: <input type="checkbox"/> درجة الدكتوراه (Ph.D.) <input type="checkbox"/> غير ذلك: قدم التفاصيل [مثل اسم المدرسة (المدارس)/الكلية (الكليات)/الجامعة (الجامعات)؛ التخصص (التخصصات)/مجال (مجالات) الدراسة؛ سنوات الحضور؛ تاريخ (تواريخ) التخرج]:	

لأغراض تقديم الطلبات

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:  
اسم الوكالة:

المعلومات المالية	
الدخل الذي تحصل عليه من العمل (مصدق بواسطة نموذج W-2 أو نموذج 1040):	
دخل آخر ومصدره:	
<input type="checkbox"/> المساعدة العامة (PA) <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) <input type="checkbox"/> دخل ذوي الإعاقة <input type="checkbox"/> نفقة الطفل <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة (SSD) <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد:	
إجمالي الدخل الشهري:	
النفقات الشهرية:	
هل تعاني أسرته من أي ضغوط مالية (أي حبس الرهن، الإفلاس، إلخ)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح:	
هل لدى أسرته تغطية تأمين طبي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
▶ الإيجار/الرهن	دولار
▶ المرافق (بما في ذلك الهواتف والكابل)	دولار
▶ مدفوعات السيارة	دولار
▶ تأمين السيارة	دولار
▶ تأمين آخر	دولار
▶ قروض/دين، بطاقات الائتمان	دولار
▶ الطعام، الملابس، إلخ	دولار
▶ الترفيه	دولار
▶ إجمالي النفقات الشهرية	دولار
توقيع مقدم الطلب:	
X	
التاريخ: / /	

إقرار مشفوع بقسم – واحد لكل مقدم طلب	
يُرجى الإجابة عن الأسئلة المذكورة أدناه بالكامل.	
الاسم الأخير:	الاسم الأول:
اسم العائلة قبل الزواج أو أي من الأسماء المستعارة الأخرى:	
عنوان مراسلتك الحالي:	المدينة:
الولاية:	الرمز البريدي:
1. هل سبق أن تمت إدانتك بعمل إجرامي داخل ولاية نيويورك أو في أي منطقة قضائية أو ولاية أخرى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر شرحًا لكل جريمة تم إدانتك بها، بما في ذلك نوع الجريمة وموقعها وتاريخ وظروف حدوثها:	
2. هل سبق أن تمت إدانة أي شخص مقيم في المنزل حاليًا يبلغ 18 عامًا أو أكبر بعمل إجرامي داخل ولاية نيويورك أو في أي منطقة قضائية أو ولاية أخرى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر شرحًا لكل جريمة تم إدانة الشخص (الأشخاص) بها، بما في ذلك نوع الجريمة وموقعها وتاريخ وظروف حدوثها:	
أؤكد بموجب هذا الإقرار أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أن المعلومات خاضعة للتحقق وأن الإدلاء ببيان أو تأكيد زائف مادياً قد يؤدي إلى الحرمان من الأهلية كمقدم طلب بسبب تقديم معلومات خاطئة أو مضللة عن عمد.	
توقيع مقدم الطلب:	
X	
التاريخ: / /	