

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN  
STANU NOWY JORK**RAPORT MEDYCZNY DOT. KANDYDATA NA RODZICA ADOPCYJNEGO (CZĘŚĆ PIERWSZA)  
TYLKO ADOPCJA****Instrukcje:**

**Kandydat:** Niniejszy formularz składa się z trzech części. **Część 1.** wypełnia kandydat. **Część 2.** wypełnia agencja. **Część 3.** wypełnia lekarz, lekarz stażysta, pielęgniarka lub inny uprawniony i wykwalifikowany pracownik służby zdrowia w odniesieniu do kandydata.

**Osoba szukająca domu / pracownik agencji:** Prosimy wypełnić **Część 2.** przed przekazaniem formularza kandydatowi. Prosimy przekazać po jednym formularzu każdemu kandydatowi.

<b>CZĘŚĆ 1: DANE KANDYDATA</b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA:</b>		
NAZWISKO, IMIĘ, INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA:	DATA URODZENIA:	NUMER TELEFONU: ( ) -
ADRES KANDYDATA:		
<b>Niniejszym upoważniam mojego lekarza do przekazania następujących informacji agencji wymienionej poniżej.</b>		
PODPIS KANDYDATA <b>X</b>	DATA:	
Wyżej wymieniony kandydat złożył wniosek o adopcję dziecka. Zgodnie z przepisami stanu Nowy Jork, agencja jest zobowiązana do uzyskania raportu medycznego dotyczącego ogólnego stanu zdrowia członków gospodarstwa domowego. Raport taki musi wykazać, że wszyscy członkowie gospodarstwa domowego nie chorują na chorobę zakaźną, infekcję lub chorobę, ani też nie cierpią na żadne dolegliwości fizyczne lub psychiczne, które mogłyby wpłynąć na właściwą opiekę nad adoptowanym dzieckiem. Raport taki musi obejmować badanie lekarskie kandydata przeprowadzone nie wcześniej niż na rok przed datą złożenia w agencji wniosku o zatwierdzenie adopcji.		

<b>CZĘŚĆ 2: DANE AGENCJI</b>
NAZWA AGENCJI:
ADRES AGENCJI:
DANE KONTAKTOWE AGENCJI: (Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby szukającej domu / pracownika agencji)

<b>CZĘŚĆ 3: wypełnia lekarz, lekarz stażysta, pielęgniarka lub inny uprawniony i wykwalifikowany pracownik służby zdrowia w odniesieniu do kandydata.</b>	
<b>Prosimy udzielić odpowiedzi na każde z poniższych pytań zgodnie z posiadaną wiedzą:</b>	
Czy kandydat cierpi na przewlekłe lub poważne zaburzenia lub schorzenia, na które był lub jest leczony?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy kandydat przyjmuje obecnie leki?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy kiedykolwiek skierował(a) Pan/Pani kandydata do skorzystania z innych świadczeń medycznych, świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego lub leczenia uzależnienia od alkoholu/substancji?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Prosimy podać wyjaśnienie do każdej odpowiedzi „Tak”.	
<b>OGÓLNA OCENA STANU ZDROWIA KANDYDATA</b>	
DATA BADANIA LEKARSKIEGO:	WZROST:
WZROK:	SŁUCH:
UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY:	UKŁAD ODDECHOWY:
UKŁAD POKARMOWY:	UKŁAD HORMONALNY:
UKŁAD NERWOWY:	UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY:
SKÓRA:	

Czy kandydat cierpi na chorobę zakaźną, infekcję lub chorobę, lub dolegliwości fizyczne lub psychiczne, które mogłyby wpłynąć na właściwą opiekę nad adoptowanym dzieckiem?  Nie  Tak

Prosimy wyjaśnić:

Czy obecność jakiegokolwiek stwierdzonej przypadłości stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa dzieci?  Nie  Tak

Prosimy wyjaśnić:

### USTALENIA

Na podstawie moich ustaleń, wskazanych powyżej, i mojej wiedzy o kandydacie, stwierdzam, że wyżej wymieniony kandydat:

**JEST**  **NIE JEST** w stanie fizycznym, który pozwala racjonalnie oczekiwać, że dożyje pełnoletności dziecka i będzie dysponował energią i innymi zdolnościami niezbędnymi do wypełniania obowiązków rodzicielskich.

Jeśli nie:

Prosimy wyjaśnić:

PODPIS ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ:

**X**

NUMER TELEFONU:

( ) -

DATA ZŁOŻENIA PODPISU:

ADRES ŚWIADCZENIODAWCY:

PIECZĘĆ LEKARZA:

**ŚWIADCZENIODAWCA OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINIEN DOSTARCZYĆ WYPEŁNIONY RAPORT, KORZYSTAJĄC Z DANYCH KONTAKTOWYCH AGENCJI WYMENIONYCH W CZĘŚCI 2.**

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN  
STANU NOWY JORK**RAPORT MEDYCZNY CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO (CZĘŚĆ DRUGA)**  
**TYLKO ADOPCJA****Instrukcje:**

**Kandydat:** Niniejszy formularz składa się z trzech części. **Część 1.** wypełnia kandydat, jeśli członek gospodarstwa domowego nie ukończył 18 lat, lub członek gospodarstwa domowego, jeśli ukończył 18 lat. **Część 2.** wypełnia agencja. **Część 3.** wypełnia lekarz, lekarz stażysta, pielęgniarka lub inny uprawniony i wykwalifikowany pracownik służby zdrowia w odniesieniu do poszczególnych członków gospodarstwa domowego.

**Osoba szukająca domu / pracownik agencji:** Prosimy wypełnić **Część 2.** przed przekazaniem formularza kandydatowi. Prosimy przekazać po jednym formularzu każdemu kandydatowi.

**CZĘŚĆ 1: DANE CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO**

NAZWISKO, IMIĘ, INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA:	DATA URODZENIA:	NUMER TELEFONU: ( ) -
Wyżej wymieniona osoba przebywa w domu kandydata na rodzica adopcyjnego. Zgodnie z przepisami stanu Nowy Jork, agencja jest zobowiązana do uzyskania raportu medycznego dotyczącego ogólnego stanu zdrowia członków gospodarstwa domowego. Raport taki musi wykazać, że wszyscy członkowie gospodarstwa domowego nie chorują na chorobę zakaźną, infekcję lub chorobę, ani też nie cierpią na żadne dolegliwości fizyczne lub psychiczne, które mogłyby wpłynąć na właściwą opiekę nad adoptowanym dzieckiem. Raport taki musi obejmować badanie lekarskie członka gospodarstwa domowego przeprowadzone nie wcześniej niż na rok przed datą złożenia w agencji wniosku o zatwierdzenie adopcji.		
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA:	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z KANDYDATEM:	
ADRES KANDYDATA:		
Niniejszym upoważniam mojego lekarza do przekazania następujących informacji agencji wymienionej poniżej.		
PODPIS CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO LUB RODZICA/OPIEKUNA, JEŚLI CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO NIE UKOŃCZYŁ 18. ROKU ŻYCIA: <b>X</b>		DATA:

**CZĘŚĆ 2: DANE AGENCJI**

NAZWA AGENCJI:
ADRES AGENCJI:
DANE KONTAKTOWE AGENCJI: (Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby szukającej domu / pracownika agencji)

**CZĘŚĆ 3:** wypełnia lekarz, lekarz stażysta, pielęgniarka lub inny uprawniony i wykwalifikowany pracownik służby zdrowia w odniesieniu do członka gospodarstwa domowego**Prosimy udzielić odpowiedzi na każde z poniższych pytań zgodnie z posiadaną wiedzą:**

Czy kandydat cierpi na przewlekłe lub poważne zaburzenia lub schorzenia, na które był lub jest leczony?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy kandydat przyjmuje obecnie leki?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy kiedykolwiek skierował(a) Pan/Pani kandydata do skorzystania z innych świadczeń medycznych, świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego lub leczenia uzależnienia od alkoholu/substancji?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy kandydat cierpi na chorobę zakaźną, infekcję lub chorobę, lub dolegliwości fizyczne lub psychiczne, które mogłyby wpłynąć na właściwą opiekę nad adoptowanym dzieckiem?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy obecność jakiegokolwiek stwierdzonej przypadłości stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa dzieci?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Prosimy podać wyjaśnienie do każdej odpowiedzi „Tak”.		
Czy wyżej wymieniona osoba jest w dobrym stanie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz nie cierpi na choroby zakaźne, infekcje lub schorzenia?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Prosimy podać wyjaśnienie w przypadku odpowiedzi „Nie”.		

PODPIS ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ: <b>X</b>	NUMER TELEFONU: (     )     –	DATA ZŁOŻENIA PODPISU: .     .
ADRES ŚWIADCZENIODAWCY:		
PIECZĘĆ LEKARZA:		
<b>ŚWIADCZENIODAWCA OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINIEN DOSTARCZYĆ WYPEŁNIONY RAPORT, KORZYSTAJĄC Z DANYCH KONTAKTOWYCH AGENCJI WYMIENIONYCH W CZĘŚCI 2.</b>		