

פאר פּיילינג צוועקן

נאמען פון אפליקאנט:  
אגענטור נאמען:

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
אדאפטירנדע אפליקאנט מעדיצינישע באריכט (ערשטע טייל)  
נאר אדאפשאן

## אנווייזונגען:

**אפליקאנט:** עס זענען פארהאן דריי טיילן פאר דעם פארם. טייל 1 צו ווערן אויסגעפולט דורך די אפליקאנט טייל 2 צו ווערן אויסגעפולט דורך די אגענטור טייל 3 צו ווערן אויסגעפולט דורך א דאקטער, דאקטער אסיסטענט, נורס פראקטישינער, אדער אנדערע לייסענסד און קוואליפיצירטע העלט קעיר פראקטיציער פארן אפליקאנט.

**היים טרעפערס/אגענטור ארבעטער:** פולט אויס טייל 2 פארן צושטעלן דעם פארם צום אפליקאנט. שטעלט צו איין פארם פער אפליקאנט.

| טייל 1: אפליקאנט אינפארמאציע  |                   |                |
|---|-------------------|----------------|
| <b>נאמען פון אפליקאנט:</b>  |                   |                |
| לעצטע, ערשטע, מיטלסטע אינישעל:  | דאטום פון געבורט: | טעלעפאן נומער: |
| / /   | / /               | ( ) -          |
| אדרעס פון אפליקאנט:   |                   |                |
| אין טוה בעטן און ערלויבן מיין דאקטער צו ארויסגעבן די פאלגענדע אינפארמאציע צום אגענטור אויסגערעכנט אונטן.  |                   |                |
| אפליקאנט'ס אונטערשריפט  |                   | דאטום:         |
| X   |                   | / /            |
| די אויבן-דערמאנטע אפליקאנט האט זיך איינגעגעבן צו אדאפטירן א קינד. לויט די ניו יארק סטעיט רעגולאציעס, איז דער אגענטור פארלאנגט צו באקומען א מעדיצינישע באריכט אנבאלאנגט די מיטגלידער פונעם הויזגעזינד'ס אלגעמיינע געזונט. דער באריכט מוז ציין אז יעדע מיטגלידער פונעם הויזגעזינד איז פריי פון אנשטעקליגע קרענק, אינפעקציעס, אדער סיי וועלכע פיזישע אדער גייסטישע צושטאנד(ן) וואס קענען אפּעקטירן פאסיגע קיער פון אן אדאפטירטע קינד. דער באריכט מוז דעקן א פיזישע אונטערזוכונג פונעם אפליקאנט אויסגעפירט געווארן נישט מער ווי איין יאר פארן דאטום וואס דער אפליקאציע פאר באשטעטיגונג ווערט אריינגעגעבן צום אגענטור. |                   |                |

| טייל 2: אגענטור אינפארמאציע  |  |
|--|--|
| אגענטור נאמען:   |  |
| אגענטור אדרעס:   |  |
| אגענטור קאנטאקט: (היים טרעפער/אגענטור ארבעטער נאמען און טעלעפאן נומער) |  |

| טייל 3: צו ווערן אויסגעפולט דורך א דאקטער, דאקטער אסיסטענט, נורס פראקטישינער, אדער אנדערע לייסענסד און קוואליפיצירטע העלט קעיר פראקטיציער פאר יעדע אפליקאנט. |        |   |            |
|--|--------|---|------------|
| <b>ביטע ענטפערט די פאלגענדע פראגעס לויט אייער בעסטע וויסנשאפט:</b>   |        |   |            |
| זענען פארהאן סיי וועלכע כראנישע אדער ערנסטע דיסארדערס אדער צושטאנדן פאר וואס דער מענטש באקומט אדער האט באקומען באהאנדלונג?                                   |        | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |            |
| נעמט דער מענטש יעצט מעדיצין?   |        | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |            |
| האט איר אמאל רעפערירט דעם מענטש פאר אנדערע מעדיצינישע סערוויסעס, גייסטישע געזונט סערוויסעס אדער באהאנדלונג פאר אלקאהאל/סובסטאנס אביוז?                       |        | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |            |
| ביטע שטעלט צו אן ערקלערונג פאר סיי וועלכע "יא" ענטפער.   |        |   |            |
| אלגעמיינע געזונט איבערזוכט פארן אפליקאנט   |        |   |            |
| פיזישע אונטערזוכונג דאטום:   | הייער: | וואג:   | בלוט דרוק: |
| / /  | :      | פונט  | /          |
| זע-קראפט:  |        | הירינג:   |            |
| קארד'יאואסקיולער:  |        | פאלמענער:   |            |
| מאגן:  |        | ענדאקריין:  |            |
| נערוון סיסטעם:   |        | מוסקל/סקעלעטעל:   |            |
| הויט:  |        |   |            |

פאר פיילינג צוועקן

נאמען פון אפליקאנט:  
אגענטור נאמען:

האט דער מענטש סיי וועלכע אנשטעקיגע קרענק, אינפעקציע אדער קראנקהייט, אדער סיי וועלכע פיזישע אדער גייסטישע צושטאנד וואס קען אפעקטירן די ריכטיגע קעיר פון קינדער?  ניין  יא  
ערקלערט:

טוט די אנוועזנהייט פון סיי וועלכע אידענטיפיצירטע קראנקהייט שטעלן א ריזיקע צו די געזונט און זיכערהייט פון קינדער?  ניין  יא  
ערקלערט:

**געפינסן**

לויט מיינע געפינסן, ווי געצייכענט אויבן, און לויט מיין קענטעניס פונעם מענטש, געפין איך אז דער אויבנדערמאנטע מענטש:  
 איז  איז נישט אין אזא פיזישע צושטאנד וואס איז גלייך צו ערווארטן פון אים/איר צו לעבן צום קינד'ס ערציונג געברויכן און האבן די כוח און אנדערע מעגליכקייטן פארלאנגט צו ערפילן עלטערן פאראנטווארטליכקייטן.  
אויב נישט:  
ערקלערט:

מעדיצינישע קעיר פראוויידער'ס אונטערשריפט:

**X**טעלעפאן נומער:  
( ) -דאטום אונטערגעשריבן:  
/ /

פראוויידער'ס אדרעס:

דאקטער'ס שטעמפל:

**מעדיצינישע קעיר פראוויידער זאל צוריקשיקן אויסגעפולטע באריכט צום אגענטור קאנטאקט אויסגערעכנט אין טייל 2.**

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
**הויזגעזינד מיטגלידער מעדיצינישע באריכט (טייל 2)**  
נאר אדאפשאן

**אנווייזונגען:**

**אפליקאנט(ן):** עס זענען פארהאן דריי טיילן פאר דעם פארם. טייל 1 זאל ווערן אויסגעפולט דורכן אפליקאנט אויב הויזגעזינד מיטגלידער איז אונטער 18 יאר אלט אדער דורך די הויזגעזינד מיטגלידער אויב 18 יאר אלט אדער עלטער. **טייל 2 צו ווערן אויסגעפולט דורך די אגענטור** טייל 3 צו ווערן אויסגעפולט דורך א דאקטער, דאקטער אסיסטענט, נורס פראקטישינער, אדער אנדערע לייסענסד און קוואליפיצירטע העלט קעיר פראקטיציער פאר יעדע הויזגעזינד מיטגלידער.

**היים טרעפערס/אגענטור ארבעטער:** פולט אויס טייל 2 פארן געבן דעם פארם צום אפליקאנט(ן). שטעלט צו איין פארם פער אפליקאנט.

| טייל 1: הויזגעזינד מיטגלידער אינפארמאציע   |               |                          |
|--|---------------|--------------------------|
| לעצטע, ערשטע, מיטלסטע אינישעל:   | געבורט דאטום: | טעלעפאן נומער:           |
| / /  | / /           | ( ) -                    |
| דער אויבן דערמאנטע מענטש וואוינט אינעם היים פון אן אינדיווידועל(ן) וואס זוכט צו אדאפטירן א קינד. לויט די ניו יארק סטעיט רעגולאציעס, איז דער אגענטור פארלאנגט צו באקומען א מעדיצינישע באריכט אנבאלאנגט די מיטגלידער פונעם הויזגעזינד'ס אלגעמיינע געזונט. דער באריכט מוז ציין אז יעדע מיטגלידער פונעם הויזגעזינד איז פריי פון אנשטעקיגע קרענק, אינפעקציעס, אדער סיי וועלכע פיזישע אדער גייסטישע צושטאנד(ן) וואס קענען אפעקטירן פאסיגע קיער פון אן אדאפטירטע קינד. דער באריכט מוז דעקן א פיזישע אונטערזוכונג פונעם הויזגעזינד מיטגלידער אויסגעפירט געווארן נישט מער ווי איין יאר פארן דאטום וואס דער אפליקאציע פאר באשטעטיגונג ווערט אריינגעגעבן צום אגענטור. |               |                          |
| נאמען פון אפליקאנט(ן):   |               | פארבינדונג צום אפליקאנט: |
| אדרעס פון אפליקאנט:  |               |                          |
| איך טוה בעטן און ערלויבן מיין דאקטער צו ארויסגעבן די פאלגענדע אינפארמאציע צום אגענטור אויסגערעכנט אונטן.   |               |                          |
| הויזגעזינד מיטגלידער אדער עלטערן/היטער אויב הויזגעזינד מיטגלידער איז אונטער 18 יאר אלט אונטערשריפט:  |               | דאטום:                   |
|  |               | / /                      |

| טייל 2: אגענטור אינפארמאציע  |
|--|
| אגענטור נאמען:   |
| אגענטור אדרעס:   |
| אגענטור קאנטאקט: (היים טרעפער/אגענטור ארבעטער נאמען און טעלעפאן נומער) |

| טייל 3: צו ווערן אויסגעפולט דורך א דאקטער, דאקטער אסיסטענט, נורס פראקטישינער, אדער אנדערע לייסענסד און קוואליפיצירטע העלט קעיר פראקטיציער פאר יעדע הויזגעזינד מיטגלידער פון אן אפליקאנט |   |
|---|---|
| <b>ביטע ענטפערט די פאלגענדע פראגעס לויט אייער בעסטע וויסנשאפט:</b>  |   |
| זענען פארהאן סיי וועלכע כראנישע אדער ערנסטע דיסארדערס אדער צושטאנדן פאר וואס דער מענטש באקומט אדער האט באקומען באהאנדלונג?  | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| נעמט דער מענטש יעצט מעדיצין?  | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| האט איר אמאל רעפערירט דעם מענטש פאר אנדערע מעדיצינישע סערוויסעס, גייסטישע געזונט סערוויסעס אדער באהאנדלונג פאר אלקאהאל/סובסטאנס אביז?   | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| האט דער מענטש סיי וועלכע אנשטעקיגע קרענק, אינפעקציע אדער קראנקהייט, אדער סיי וועלכע פיזישע אדער גייסטישע צושטאנד וואס קען אפעקטירן די ריכטיגע קיער פון קינדער?                          | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| טוט די אנוועזנהייט פון סיי וועלכע אידענטיפיצירטע קראנקהייט שטעלן א ריזיקע צו די געזונט און זיכערהייט פון קינדער?  | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| ביטע שטעלט צו אן ערקלערונג פאר סיי וועלכע "יא" ענטפער.  |   |
| איז דער אויבנדערמאנטע מענטש אין א גוטע פיזישע און גייסטישע געזונט צושטאנד, און פריי פון אנשטעקיגע קרענק, אינפעקציע אדער קראנקהייט?  | ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> |
| ביטע ערקלערט יעדע "ניין" ענטפער.  |   |

פאר פיילינג צוועקן

נאמען פון אפליקאנט:

אגענטור נאמען:

|   |                |                      |
|---|----------------|----------------------|
| מעידיקל קעיר פראוויידער'ס אונטערשריפט:  | טעלעפאן נומער: | דאטום אונטערגעשריבן: |
| <b>X</b>  | ( ) -          | / /                  |
| פראוויידער'ס אדרעס:   |                |                      |
| דאקטער'ס שטעמפל:  |                |                      |
| מעדיקל קעיר פראוויידער זאל צוריקשיקן אויסגעפולטע באריכט צום אגענטור קאנטאקט אויסגערעכנט אין טייל 2. |                |                      |