

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

**COMPOSIZIONE E RELAZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE (PARTE I)**  
**SOLO ADOZIONE**

**Istruzioni:**

**Operatori domiciliari/operatori di agenzia:** Questo modulo deve essere compilato individualmente da ciascun/a candidato/a. Questo modulo deve essere compilato con le informazioni raccolte da interviste, osservazioni e altre informazioni acquisite durante il processo di approvazione. Non tutte le domande potrebbero essere applicabili a ciascun/a candidato/a. Se non applicabile, inserire N/A. Se richiesto dall'agenzia, il modulo deve essere firmato da un supervisore al momento della compilazione.

<b>NOME DEL/LA CANDIDATO/A:</b>	
<b>STATO CIVILE</b>	
È sposato/a?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha avuto matrimoni o relazioni a lungo termine in precedenza?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
a. Se sì, quando e perché sono finiti?	
<b>SE CONIUGATI:</b>	
1. In che data si è sposato/a?	/    /
2. Da quanto tempo state insieme?	
3. Come descriverebbe la sua relazione?	
<b>SE NON SPOSATO/A:</b>	
1. Ha un partner o un'altra persona importante?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì    Se sì, indicare il nome:
2. Quanto spesso questa persona risiede da lei?	<input type="checkbox"/> N/A
3. Da quanto tempo state insieme?	
4. Come descriverebbe la sua relazione?	
<b>I. RELAZIONE - da compilare a cura dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia se il/la candidato/a è sposato/a o ha una relazione con un/a partner/un'altra persona significativa.</b>	
1. Cosa la rende felice del/la suo/a partner?	
2. Quali sono le cose che la fanno arrabbiare del/la suo/a partner?	
3. Quali sono i punti di forza della vostra relazione?	
4. Quali sono le aree di disaccordo nella vostra relazione?	
5. Come vengono gestite le divergenze?	
6. Come reagisce con il/la suo/sua partner in caso di divergenze?	
7. Come vengono prese le decisioni?	
8. Quali sono i fattori di stress nella relazione?	
9. Come vengono gestiti i fattori di stress nella relazione?	
10. Chi gestisce i soldi nella relazione?	
11. Come vengono prese le decisioni finanziarie?	
12. Come descriverebbe i punti di forza e le esigenze del/la suo/sua partner?	
13. Come descriverebbe il Suo partner i Suoi punti di forza e le Sue esigenze?	
<b>II. FAMIGLIA</b>	
<b>PROGRAMMAZIONE</b>	
1. Come trascorre un tipico giorno della settimana?	
a. Fine settimana tipico?	
2. Come trascorrete il tempo libero in famiglia?	
a. Individualmente?	
3. In quali risorse/attività della comunità è coinvolto/a (e la sua famiglia)?	

<b>RAPPORTI CON GLI ALTRI</b>	
1. Quali sono i componenti della vostra famiglia allargata? a. Dove vivono? b. Con che frequenza interagite? c. Che tipo di rapporto avete?	
2. Dove si trovano i vostri amici? a. Da quanto tempo siete amici? b. In quali circostanze e con quale frequenza interagite?	
3. Quali sistemi di supporto ha a disposizione?	
4. Chi sarebbe la persona di riserva se non foste più in grado di occuparvi del/la bambino/a?	
<b>FAMIGLIE CON BAMBINI (SE APPLICABILE)</b>	
1. I bambini della famiglia vanno d'accordo tra loro e, se del caso, con i vostri figli che non risiedono più a casa?	
2. Quali regole esistono in casa e quali sono le conseguenze se infrante?	
3. Come vengono adattate le regole in base all'età, capacità, ecc. di ogni bambino/a?	
4. Come viene gestita la disciplina?	
<b>ADOZIONE</b>	
1. Qual è il parere di ciascun membro della famiglia riguardo alla possibilità di diventare una famiglia adottiva?	
2. Qual è il livello di preparazione all'adozione di ciascun membro della famiglia?	
3. Cosa pensano i vostri parenti e amici dell'adozione?	
<b>III. GENITORIALITÀ</b>	
1. Che esperienza ha avuto come genitore?	
2. Qual è il suo stile genitoriale? <input type="checkbox"/> N/A a. Qual è lo stile genitoriale del suo partner? <input type="checkbox"/> N/A	
3. Qual è, secondo lei, la forma più efficace di disciplina?	
4. Descriva il suo rapporto con ciascuno dei figli presenti nel nucleo familiare e, se del caso, con quelli che non vivono più a casa.	
5. Quale formazione genitoriale ha avuto, se ne ha avuta una? a. Di quale formazione/supporto genitoriale pensa di aver bisogno?	
6. Cosa pensa che la renderebbe un buon genitore?	
7. Quali esperienze di assistenza ai bambini ha avuto?	
8. Come sostiene i suoi figli dal punto di vista accademico, a casa e a scuola? <input type="checkbox"/> N/A	
9. Qualcuno dei suoi figli ha studiato a casa? <input type="checkbox"/> N/A	
<b>ESSERE GENITORI DI UN/A BAMBINO/A CHE È STATO/A AFFIDATO/A IN ADOZIONE</b>	
1. Quali sono i motivi per cui ritiene che un/a bambino/a possa essere adottato/a?	
2. Qual è la motivazione che la spinge a perseguire l'adozione in questo momento?	

3. Qual è la sua concezione del ruolo di genitore adottivo?	
4. Che esperienza ha avuto con l'adozione?	
5. Come sosterebbe un/a bambino/a dal punto di vista accademico, a casa e a scuola? a. Quali sono le sue aspettative sui progressi scolastici di un/a bambino/a?	
6. Come aiuterebbe un/a bambino/a a mantenere i legami familiari, culturali, religiosi e comunitari?	
7. Quale ruolo pensa che avrà la famiglia biologica del/la bambino/a dopo l'adozione? a. Che ruolo pensa di avere nella famiglia biologica del/la bambino/a?	

**SOSTEGNI**

1. Qualche membro della famiglia ha esigenze o difficoltà particolari? a. Se sì, per favore descriva in dettaglio. b. Qual è il suo ruolo nell'assistenza ai bisogni speciali o alle difficoltà di questo membro della famiglia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
2. Se applicabile, descriva la storia di abuso di sostanze, di problemi di salute mentale e di problemi comportamentali dei vostri figli, e il relativo trattamento.	<input type="checkbox"/> N/A

**IV. COLLOQUIO PSICOSOCIALE**

Lo scopo del colloquio psicosociale è quello di esplorare la storia del/la candidato/a e gli attuali fattori psicologici/sociali e il loro impatto sulla capacità, volontà e idoneità ad adottare un/a bambino/a, e di sviluppare piani di sostegno ove applicabile.

In questa sezione, le domande vengono fornite solo a titolo indicativo. Gli operatori domiciliari/operatori di agenzia dovranno utilizzare le proprie capacità di coinvolgimento e valutazione per esplorare queste aree, utilizzando le domande e la guida di seguito, se pertinenti e applicabili. Le risposte del/la candidato/a devono essere fornite in formato narrativo nello spazio fornito di seguito.

**STORIA PERSONALE****Aree da prendere in considerazione:**

- Storia familiare e relazioni con tutti i membri della famiglia e la famiglia allargata (genogramma)
- Rapporti con la famiglia
- Esperienze infantili e momenti decisivi
- Come era disciplinato/a da bambino/a?
- Tradizioni e religione/spiritualità
- Storia del matrimonio/della relazione
- Il piano di adozione ha creato stress a lei e/o alla sua famiglia?

**ABILITÀ DI COPING E GESTIONE DELLO STRESS****Aree da prendere in considerazione:**

- Esperienze di perdite e/o traumi nel corso della propria vita
- Infertilità (se applicabile)
- Strategie di coping e gestione dello stress
- Impatto delle esperienze di vita sulle funzionalità attuali
- Aspettative realistiche sull'infanzia

**Esempi di domande:**

- Molti dei genitori adottivi di maggior successo hanno subito perdite e traumi nella loro vita che li hanno aiutati a diventare le persone che sono oggi. Ci sono stati avvenimenti del genere nella sua vita?
  - Che impatto hanno avuto su di lei allora e adesso?
  - Quali sfide le si sono presentate?
- Quando attraversa un periodo difficile, quali risorse utilizza per far fronte alla situazione? Da chi riceve aiuto?
- Come fa a sapere quando è stressato/a? Quali segnali nota a livello fisico, sociale e/o cognitivo?
- Quali sono le situazioni che possono generarle stress o innescare una crisi?
- Quali strategie per la cura di sé sono efficaci per lei?

**SALUTE COMPORTAMENTALE PER TUTTI I MEMBRI DELLA FAMIGLIA**
**Aree da prendere in considerazione:**

- Abuso di alcol e/o sostanze
- Salute mentale
- Violenza in famiglia/da parte del partner
- Trattamento attuale o passato per abuso di sostanze (droghe/alcool) o problemi di salute mentale

**Esempi di domande:**

- Descrivere eventuali episodi di abuso di alcool/sostanze nella propria famiglia, sia durante la crescita che oggi.
- C'è qualcuno nella sua famiglia che attualmente riceve o ha ricevuto in passato un trattamento per abuso di sostanze/alcol?
- Lei o qualcuno della sua famiglia ha avuto difficoltà emotive o sfide significative per la salute, comprese difficoltà fisiche, mentali o emotive?
- La sua cura di sé ha comportato la ricerca di supporto da parte di un esperto o di un terapeuta?
- Può descrivere un'occasione in cui lei o un altro membro della famiglia avete minacciato/ ferito/ spaventato un altro membro della famiglia o vi siete sentiti minacciati/ feriti/ spaventati da un altro membro della famiglia?
- Qualcuno della famiglia è attualmente o in passato in trattamento per abuso di sostanze (droghe/alcool) o per problemi di salute mentale?

**V. APPUNTI DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA**

Date delle visite/dei colloqui:	/ / ,
Note:	
Data di completamento:	/ /
<b>DATA/FIRMA:</b>	
FIRMA DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA: <b>X</b>	DATA: / /
FIRMA DEL RESPONSABILE: <b>X</b>	DATA: / /

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

**COMPOSIZIONE E RELAZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE (PARTE II)**  
**SOLO ADOZIONE**

**Istruzioni:**

**Operatori domiciliari/operatori di agenzia:** Deve essere compilato un modulo separato per ogni membro della famiglia di età inferiore ai 18 anni, a seconda dello stadio di sviluppo del/della minore. La famiglia, l'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia e il supervisore dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia determineranno se il/la minore parteciperà e se i candidati dovranno essere presenti. Si prega di notare che questo modulo può essere utilizzato anche per i figli maggiorenni dei candidati. Se richiesto dall'agenzia, il modulo deve essere firmato da un supervisore al momento della compilazione.

<b>I. INTERVISTA AL/ALLA MINORE</b>	
<b>NOME DEL/DELLA MINORE:</b>	<b>DATA DI NASCITA:</b> /     /
<b>Rapporto del/della minore con i candidati:</b>	
<b>Se si è deciso di non far partecipare un/una minore, spiegarne il motivo:</b>	
<b>SU DI TE</b>	
1. Vai a scuola? a. Se sì, in che classe sei?  b. Se sì, che scuola frequenti?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
2. Cosa pensi della scuola?	
3. Quali sono i tuoi hobby e interessi?	
4. Quali sono le cinque parole che ti descrivono meglio?	
5. Con chi puoi parlare se hai bisogno di aiuto?	
<b>I TUOI GENITORI</b>	
1. Qual è il tuo rapporto con ciascun genitore/candidato?  a. I tuoi fratelli e/o sorelle?	
2. Descrivi la relazione dei tuoi genitori/candidati.	
<b>AMBIENTE DOMESTICO</b>	
1. Quanto spesso visiti gli amici?  a. Quanto spesso gli amici vengono a casa tua?	
2. Puoi descrivere qualche regola in casa tua?  a. Cosa succede quando non si seguono queste regole?	
3. Hai difficoltà a seguire le regole della casa?  a. Quali sono le regole della casa difficili da seguire?	
<b>ADOZIONE</b>	
1. Cosa sai dell'adozione?	
2. Quali sono i tuoi sentimenti nel condividere la tua casa con un altro bambino or un'altra bambina?	

3. Spiega come pensi che un/a bambino/a si adatterà alla tua famiglia.	
4. Quali preoccupazioni hai riguardo all'adozione di un/a bambino/a da parte dei tuoi genitori/candidati?	
5. Che impatto immagini che la decisione di adottare avrà su di te?	
6. Cosa farai se il/la bambino/a non è d'accordo con te o con i tuoi genitori/candidati?	
7. Quale sarebbe il tuo desiderio per un/a bambino/a che entra a far parte della tua famiglia? Ad esempio: età, sesso, interessi?	
8. Hai mai desiderato un altro fratello o un'altra sorella?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non lo so/non ci ho mai pensato

## II. APPUNTI DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA

Date delle visite/dei colloqui:	/ / ,
Note:	
Data di completamento:	/ /
<b>DATA/FIRMA:</b>	
FIRMA DELL'OPERATORE DOMICILIARE/OPERATORE DELL'AGENZIA: <b>X</b>	DATA: / /
FIRMA DEL RESPONSABILE: <b>X</b>	DATA: / /