

NEW YORK STATE
 OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
פערזענליכע המלצה-געבער
 נאר אדאפשאן

אנווייזונגען:

היים טרעפערס/אגענטור ארבעטערס: פולט אויס טייל 1: יעדע אפליקאנט מוז האבן דריי המלצות וואס קענען באשטעטיגן דעם אפליקאנט'ס כאראקטער, געוואוינהייטן, גוטע נאמען, און פערזענליכע פעהיגקייטן.
 פערפערענס: פולט אויס טייל 2 און שיקט צוריק, לויט די אנווייזונגען פון א היים טרעפער/אגענטור ארבעטער.

טייל 1:
נאמען פון אפליקאנט(ן):
די אויבן-דערמאנטע אפליקאנט האט זיך איינגעגעבן פאר: אגענטור נאמען:
ווערן אן אדאפטירנדע עלטערן. אלס טייל פונעם אפליקאציע פראצעס, דארף דער אגענטור באקומען קאמענטארן וועגן דעם אפליקאנט. אייער נאמען איז צוגעשטעלט געווארן דורכן אפליקאנט אלס א פערזענליכע המלצה-געבער. ביטע פולט אויס אלע אינפארמאציע אונטן און שיקט צוריק די פארם אינעם זעלבסט-אדרעסירטע קאנווערט אדער סקענ'ט און אימעיל'ט דעם פארם צו: נישט שפעטער ווי ____ / ____ / ____ . אויב איר האט סיי וועלכע פראגעס, ביטע פארבינדט זיך מיט: נאמען: _____ טעלעפאן: _____

טייל 2: המלצה-געבער אינפארמאציע:
די צוגעשטעלטע אינפארמאציע וועט ווערן גענוצט צו מאכן אן ענדגילטיגע באשלוס און קען מיטגעטיילט ווערן מיט'אפליקאנט. אבער, דער מקור פון די אינפארמאציע וועט בלייבן אין געהיים.
המלצה-געבער נאמען:
אדרעס:
טעלעפאן נומער:
אימעיל אדרעס:
וואס איז אייער באציונג מיט'ן/צום אפליקאנט?
ווי לאנג קענט איר דעם אפליקאנט?
שילדערט אייער געפיל וועגן דעם אפליקאנט
כאראקטער און באשלוס:
געוואוינהייטן און גוטער נאמען:
מעגליכקייט זיך אן עצה צו געבן מיט פינאנציעלע רעסארסן:
מעגליכקייט צו אנטוויקלען גוטע באציונגען מיט אנדערע:
מין ערציונג, אויב גילטיג: <input type="checkbox"/> נישט גילטיג
שילדערט אונטן די קוואליטעטען וואס איר פילט וואלט צוגעגעבן צום אפליקאנט'ס מעגליכקייט צו זיין אן אדאפטירנדע עלטערן. ביטע צייכענט סיי וועלכע זארגן וואס איר האט.

א דאנק פאר אייער צייט. ביטע שרייבט אונטער, לייגט אריין דעם דאטום און שיקט צוריק די פארם אינעם זעלבסט-אדרעסירטע קאנווערט אדער סקענ'ט און אימעיל'ט דעם פארם צום אימעיל אדרעס געצייכענט אין טייל 1.

שרייבט נאמען:	אונטערשריפט:
דאטום:	X
/ /	