

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة
سمات المورد
التبني فقط**التعليمات:**

مقدم (مقدمي) الطلب: مدرج أدناه سمات واهتمامات الأطفال الذين قد يحتاجوا إلى التبني. يرجى تحديد تلك التي تكون أسرته مستعدة وقادرة على التكيف معها.

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:		
نعم	لا	السمات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التصرف بعدوانية تجاه الآخرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التصرف بعدوانية مع الممتلكات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التبول اللاإرادي أو التبرز اللاإرادي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حالة طبية مزمنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظام علاجي معقد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعاقات في النمو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القيود الغذائية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المواعيد المتكررة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هدف التبني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأطعمة الحلال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ من سلوك يتعلق بإشعال الحرائق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ من الفرار أو الهروب بشكل متكرر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ من التورط في قضايا العدالة الجنائية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ من الاعتداء الجنسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ من الاستغلال الجنسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإعاقات الذهنية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشكلات متعلقة بأنشطة الحياة اليومية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأطعمة الشرعية اليهودية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مثلية أو مثلي أو مزدوج الميل الجنسي (LGB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحاجة إلى مورد ملائم للمعاقين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحاجة إلى مورد لغير المدخنين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحاجة إلى مورد بلا حيوانات أليفة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حامل أو لديها أبناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إلحاق الأذى بالنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتياجات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معدات خاصة للحالات الطبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام المواد الذي لا يلزم علاجاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الإصابة بالتوحد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متحول جنسياً أو مغاير جنسياً (TGNC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاعتداء اللفظي

نعم	لا	الاهتمامات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ممارسة الفنون والحرف اليدوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطهي/الخبز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأفلام أو ألعاب الفيديو أو التلفزيون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الموسيقى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأنشطة الخارجية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفنون الاستعراضية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القراءة/الكتابة الإبداعية

لأغراض تقديم الطلبات

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:
اسم الوكالة:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العلوم/الرياضيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرياضيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التكنولوجيا/الهندسة

التاريخ: / /	توقيع مقدم الطلب: X
التاريخ: / /	توقيع مقدم الطلب: X