

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ
ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ
(ПРИМЕНЯТЬ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОЦЕССА УСЫНОВЛЕНИЯ)

Указания:

Заявителю(-ям): Ниже перечислены характеристики и интересы детей, которые могут нуждаться в усыновлении. Отметьте те из них, которые соответствуют ожиданиям вашей семьи.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЕНА И ФАМИЛИИ) ЗАЯВИТЕЛЯ(-ЕЙ):		
ХАРАКТЕРИСТИКИ	НЕТ	ДА
Агрессия по отношению к другим людям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Агрессия по отношению к вещам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Энурез или энкопрез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хроническое заболевание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сложная схема лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нарушение развития	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ограничения в питании	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частые визиты к врачу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Желание быть усыновленным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Употребление только халяльной пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Случаи поджогов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частые побеги или прогуливания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Случаи, связанные с судебным процессом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Случаи сексуального насилия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Случаи сексуальной эксплуатации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нарушение интеллектуальных способностей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы с ведением повседневной деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Употребление только кошерных продуктов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Определение себя как лесбиянки, гея или бисексуала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потребность в специальных ресурсах в связи с ограниченными возможностями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потребность пребывания в семье без курящих лиц	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потребность в отсутствии домашних животных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беременность или наличие детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Случаи нанесения себе вреда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Особые образовательные потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Необходимость особого оборудования в связи с медицинским состоянием	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Употребление психоактивных веществ, не требующее лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Симптомы расстройства аутистического спектра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Определение себя как трансгендерного лица или наличие гендерной нестандартности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вербальная агрессия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИНТЕРЕСЫ	НЕТ	ДА
Искусство и ремесло	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кулинария	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Фильмы, видеоигры или телевидение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Музыка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Активный отдых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Исполнительные виды искусства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Чтение/творческое письмо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наука/математика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Технологии/разработка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X	ДАТА: / /