

نیو یارک اسٹیٹ  
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
وسائل کی خصوصیات  
صرف ایڈاپشن

**ہدایات:**

درخواست دہندہ (دہندگان): ذیل میں ان بچوں کی خصوصیات اور دلچسپیاں درج ہیں جنہیں گود لینے کی جگہ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ براہ کرم ان سبھی کو نشان زد کریں کہ آپ کا کنبہ راضی ہے اور ایڈجسٹ کر سکتا ہے۔

درخواست دہندہ (دہندگان) کا نام:		
ہاں	نہیں	خصوصیات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوسروں کی طرف جارحیت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پراپرٹی کی طرف جارحیت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بستر گیلا کرنا یا انکوپریسیس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دائمی طبی حالت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیچیدہ ادویات کا طریقہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نشوونما کی معذوری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غذائی پابندیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متواتر اپائنٹمنٹس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گود لینے کا مقصد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حلال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آگ لگانے کے طرز عمل کی سرگزشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متواتر AWOLS یا بھاگنے کی سرگزشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انصاف میں شمولیت کی سرگزشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جنسی بدسلوکی کی سرگزشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جنسی استحصال کی سرگزشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور کی معذوری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روزمرہ زندگی کی سرگرمیوں کے ساتھ مسائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کوشر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ہم جنس پرست عورت، ہم جنس پرست مرد، یا باہو سیکسول (Lesbian, gay, or bisexual, LGB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معذوروں کے لیے قابل رسائی وسائل کی ضرورت ہے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیر تمباکو نوشی کے وسائل کی ضرورت ہے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کسی پالتو جانور کے بغیر وسائل کی ضرورت ہے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاملہ یا بچے کی پرورش کرنے والے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خود کو چوٹ لگنا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خصوصی تعلیم کی ضروریات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبی حالت کے لیے خصوصی آلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منشیات کا استعمال علاج کی ضرورت نہیں ہے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اثر کی علامات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹرانس جینڈر یا نان بانٹری صنف (Transgender or gender non-conforming, TGNC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زبانی جارحیت

ہاں	نہیں	دلچسپیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فنون اور دستکاری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کھانا پکانا/بیکنگ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فلمیں، ویڈیو گیمز، یا ٹیلی ویژن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موسیقی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیرونی سرگرمیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پرفارمنگ آرٹس

فائنلنگ کے مقاصد کے لیے  
درخواست دہندہ (دہندگان) کا نام:  
ایجنسی کا نام:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پڑھنا/تخلیقی تحریر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سائنس/ریاضی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسپورٹس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹیکنالوجی/انجینئرنگ

تاریخ: / /	درخواست دہندہ کا دستخط: <b>X</b>
تاریخ: / /	درخواست دہندہ کا دستخط: <b>X</b>