

إستمارة مكتب خدمات الإعاقة الإنمائية لإحالة الأطفال ذوي الاحتياجات الاستثنائية



يدير مكتب أوريغون لخدمات الإعاقة الإنمائية (ODD) برنامج التنازل عن احتياجات الأطفال الاستثنائية (CEN). إن هذا البرنامج مخصص لمقدمي الرعاية من الأباء/الأوصياء للأطفال القاصرين الذين وجد بأن لديهم احتياجات مساعدة طبية أو سلوكية عالية.

من أجل إحالة أي طفل لهذا البرنامج، يرجى إكمال إستمارة الإحالة وإرسالها. سيبلغ مكتب خدمات الإعاقة الإنمائية (ODDS) الوالد/الوصي بحالة الإحالة. إذا كان لديك أية أسئلة تتعلق بالتقديم، يرجى إرسال رسالة إلكترونية إلى cenprogram@odhs.oregon.gov.

من غير المطلوب ملء جميع الحقول، إلا أننا نطلب رجاءاً إكمال أكبر قدر ممكن من الحقول الاختيارية.

معلومات مقدم الاستمارة

تاريخ التقديم: _____ الاسم الأول: _____

الاسم الأخير: _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف الرئيسي: _____

القراءة بالطفل: الوالد الوصي

برامج الإعاقات الإنمائية المجتمعية
(Community Developmental Disabilities Programs: CDDP)

موظف رفاهية الطفل في ODHS

منسق خدمات برنامج الخدمات المنزلية المكثفة للأطفال من ODD (CIIS)

منسق خدمات الأطفال السكنية في ODDS

غير ذلك _____

الوكالة أو البرنامج أو المنظمة التي تحيل الطفل:

معلومات الطفل

الاسم الأخير: _____

الاسم الأول: _____ الاسم المفضل: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

المقاطعة: _____ تاريخ الميلاد: _____

هل لدى الطفل وصي ليس أحد والديه؟ نعم لا

ترتيبات معيشة الطفل الحالية: منزل الأسرة منزل رعاية

منزل استضافة ODDS منزل سكني 24 ساعة

الضمائر التي يستخدمها الطفل: هو/له هي/لها هم/لهم

ze/zir/zirs ze/hir/hirs xe/xir/xirs

جنس الطفل عند الولادة:

الجنس، ذكر أو انثى أو متباين الجنس، والذي يستخدمه الطبيب أو القابلة لوصف طفل عند الولادة استنادا إلى تشريحه الخارجي. أنثى ذكر متباين

الهوية الجنسية الحالية: _____

لغة الطفل الأساسية:

لغة الإشارة الأمريكية الانكليزية الاسبانية العربية الأرمينية

تشاتينو الصينية الفارسية الفلبينية الهندية الهامونغ

اليابانية الكورية مام مكستيكو بنجابي

بيوربيتشا الروسية تاغالوغ تلابانيكو تريكي

الاوكرانية الفيتنامية زابوتيكو أخرى _____

معلومات الوالد(ة)/الوصي

الوالد(ة)/الوصي(ة) رقم 1: _____

البريد الإلكتروني: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف الرئيسي: _____

معلومات الوالد(ة)/الوصي (يتبع)

اللغة الرئيسية:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأرمنية | العربية | الاسبانية | الانكليزية | لغة الإشارة الأمريكية | تشاتينو |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الهامونغ | الهندية | الفلبينية | الفارسية | الصينية | اليابانية |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | بنجابي | مكستيکو | مام | الكورية | بيوريتشا |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | تريكي | تلابانيكو | تاغالوغ | الروسية | الاوكرانية |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | أخرى | زابوتيکو | الفيتنامية | | |

الوالد(ة)/الوصي(ة) رقم 2:

البريد الإلكتروني: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف الرئيسي: _____

اللغة الرئيسية:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الأرمنية | العربية | الاسبانية | الانكليزية | لغة الإشارة الأمريكية | تشاتينو |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| الهامونغ | الهندية | الفلبينية | الفارسية | الصينية | اليابانية |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | بنجابي | مكستيکو | مام | الكورية | بيوريتشا |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | تريكي | تلابانيكو | تاغالوغ | الروسية | الاوكرانية |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | أخرى | زابوتيکو | الفيتنامية | | |

الوالد الإضافي:

البريد الإلكتروني: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف الرئيسي: _____

معلومات الوالد(ة)/الوصي (يتبع)

اللغة الأساسية للوالد الإضافي:

- لغة الإشارة الأمريكية الانكليزية الاسبانية العربية الأرمنية
- تشاتينو الصينية الفارسية الفلبينية الهندية الهامونغ
- اليابانية الكورية مام مكستيكو بنجابي
- بيوربيتشا الروسية تاغالوغ تلابانيكو تريكي
- الاوكرانية الفيتنامية زابوتيكو أخرى _____

معلومات منسق الخدمة أو مدير الملف

منسق خدمات الإعاقات الإنمائية في ODHS

هل أن الطفل مؤهل حالياً لتلقي خدمات الإعاقات الإنمائية (DD)؟

نعم لا

منسق برامج الإعاقات الإنمائية في المقاطعة (CDDP): _____

البريد الإلكتروني: _____

هاتف المكتب: _____ هاتف: _____

هل الطفل مسجل في خدمات الأطفال السكنية؟ نعم لا

هل الطفل مسجل في خدمات الرعاية المنزلية المكثفة (CIIS)؟ نعم لا

أدخل اسم ODHS CIIS أو منسق الخدمات السكنية للأطفال: _____

البريد الإلكتروني: _____

هاتف المكتب: _____ هاتف: _____

مدير ملف رفاهية الطفل في ODHS:

إذا كان مختلفاً عن الوصي المدرج أعلاه: _____

البريد الإلكتروني: _____

هاتف المكتب: _____ هاتف: _____

يرجى إرسال هذه الاستمارة إلى البريد الإلكتروني cenprogram@odhs.oregon.gov

تتوفر نسخة متصفح من هذه الاستمارة هنا:

<https://app.smartsheet.com/b/form/d256bdcc598f48ffb038a024f2979b4f>

يمكنك الحصول على هذا النموذج مجاناً بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بلغة البريل أو بأية صيغة تفضلها. إتصل بهيئة الرعاية المنزلية في ولاية أوريغون من خلال البريد الإلكتروني HCC@odhsoha.oregon.gov أو اتصل على الرقم 1-877-867-0077. نستقبل جميع المكالمات المحولة.