

ODDS 儿童特殊需求转介表

儿童特殊需求 (CEN) 豁免计划由俄勒冈州发育障碍人士服务办公室 (ODDS) 负责运作。该计划适用于经评定具有极高医疗或行为支持需求的未成年儿童的家长 / 监护人。

如需转介孩子参加该计划，请填写和提交转介表。ODDS 将向家长或监护人告知转介的状态。如果您对提交的内容有任何疑问，请发送电子邮件至 cenprogram@odhs.oregon.gov。

不是所有字段都是必填项，但我们建议您尽可能多地填写选填字段。

提交者信息

提交日期：_____ 名字：_____

姓氏：_____

电子邮箱：_____

主要联系电话：_____

与孩子的关系： 家长 监护人

社区发育残障人士计划 (Community Developmental Disabilities Program, 简称 CDDP)

ODHS 儿童福利工作者

ODDS 儿童强化居家服务(CIIS) 计划服务协调员

ODDS 儿童住宿服务协调员

其他 _____

转介孩子的机构、计划或组织：

孩子信息

姓氏: _____

名字: _____ 首选姓名: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

郡: _____ 出生日期: _____

孩子是否有父母以外的监护人? 是 否

孩子目前的居住安排: 家庭住宅 寄养家庭

ODDS 寄宿家庭 24 小时寄居家庭

孩子使用的代词: 他 / 他的 她 / 她的 他们 / 他们的
xe/xir/xirs (他 / 他的, 性别中性代词) ze/hir/hirs (他 / 他的, 性别中性代词)
ze/zir/zirs (他们 / 他们的, 性别中性代词)

孩子出生时的性别:

医生或助产士根据孩子出生时的外生殖器解剖结构来描述孩子的性别, 是指男性、女性或双性人。 女性 男性 双性人

目前的性别认同: _____

孩子的主要语言:

- 美国手语 (ASL) 英语 西班牙语 阿拉伯语 亚美尼亚语
 查蒂诺语 中文 波斯语 菲律宾语 印地语
 苗语 日语 韩语 马梅语 米斯特克语
 旁遮普语 普雷佩查语 俄语 他加禄语
 特拉帕内科语 特里基语 乌克兰语 越南语
 萨波特科语 其他 _____

家长或监护人信息

家长或监护人 1: _____

电子邮箱: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

主要联系电话: _____

家长或监护人信息 (续)

主要语言:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美国手语 (ASL) | <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 亚美尼亚语 |
| <input type="checkbox"/> 查蒂诺语 | <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 波斯语 | <input type="checkbox"/> 菲律宾语 | <input type="checkbox"/> 印地语 |
| <input type="checkbox"/> 苗语 | <input type="checkbox"/> 日语 | <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 马梅语 | <input type="checkbox"/> 米斯特克语 |
| <input type="checkbox"/> 旁遮普语 | <input type="checkbox"/> 普雷佩查语 | <input type="checkbox"/> 俄语 | <input type="checkbox"/> 他加禄语 | |
| <input type="checkbox"/> 特拉帕内科语 | <input type="checkbox"/> 特里基语 | <input type="checkbox"/> 乌克兰语 | <input type="checkbox"/> 越南语 | |
| <input type="checkbox"/> 萨波特科语 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | |

家长或监护人 2: _____

电子邮箱: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

主要联系电话: _____

主要语言:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美国手语 (ASL) | <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 亚美尼亚语 |
| <input type="checkbox"/> 查蒂诺语 | <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 波斯语 | <input type="checkbox"/> 菲律宾语 | <input type="checkbox"/> 印地语 |
| <input type="checkbox"/> 苗语 | <input type="checkbox"/> 日语 | <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 马梅语 | <input type="checkbox"/> 米斯特克语 |
| <input type="checkbox"/> 旁遮普语 | <input type="checkbox"/> 普雷佩查语 | <input type="checkbox"/> 俄语 | <input type="checkbox"/> 他加禄语 | |
| <input type="checkbox"/> 特拉帕内科语 | <input type="checkbox"/> 特里基语 | <input type="checkbox"/> 乌克兰语 | <input type="checkbox"/> 越南语 | |
| <input type="checkbox"/> 萨波特科语 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | |

其他家长: _____

电子邮箱: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

主要联系电话: _____

家长或监护人信息 (续)

其他家长的主要语言:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美国手语 (ASL) | <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 亚美尼亚语 |
| <input type="checkbox"/> 查蒂诺语 | <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 波斯语 | <input type="checkbox"/> 菲律宾语 | <input type="checkbox"/> 印地语 |
| <input type="checkbox"/> 苗语 | <input type="checkbox"/> 日语 | <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 马梅语 | <input type="checkbox"/> 米斯特克语 |
| <input type="checkbox"/> 旁遮普语 | <input type="checkbox"/> 普雷佩查语 | <input type="checkbox"/> 俄语 | <input type="checkbox"/> 他加禄语 | |
| <input type="checkbox"/> 特拉帕内科语 | <input type="checkbox"/> 特里基语 | <input type="checkbox"/> 乌克兰语 | <input type="checkbox"/> 越南语 | |
| <input type="checkbox"/> 萨波特科语 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | |

服务协调员或个案经理信息

ODHS 发育障碍服务协调员

孩子目前是否有资格获得发育障碍 (DD) 服务?

是 否

CDDP 协调员: _____

电子邮箱: _____

办公电话: _____ 手机: _____

孩子是否已报名参加儿童住宿服务? 是 否

孩子是否已接受 CIIS 服务? 是 否

ODHS CIIS 或儿童住宿服务协调员: _____

电子邮箱: _____

办公电话: _____ 手机: _____

ODHS 儿童福利个案经理:

如果与上面列出的监护人不是同一人: _____

电子邮箱: _____

办公电话: _____ 手机: _____

请将此表格通过电子邮件发送至 cenprogram@odhs.oregon.gov

此表格的网上（浏览器）版本参见此处：

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

您可以免费获得此文件的其他语言版本、大号字体版本、盲文版本或您偏好的格式版本。请发送电子邮件至 dd.directorsoffice@odhsoha.oregon.gov 或拨打电话 503-945-5811 联系俄勒冈州 ODDS。我们接听所有中继呼转电话。