

Бланк направления в программу ODDS для детей с особыми потребностями

Программа помощи детям с особыми потребностями (Children's Extraordinary Needs, CEN) находится в управлении Отдела обслуживания лиц с нарушениями развития (ODDS) штата Орегон. Эта программа предназначена для родителей/опекунов, осуществляющих уход за несовершеннолетними детьми, у которых, по результатам оценок, были выявлены крайне высокие потребности в медицинской или поведенческой поддержке.

Для направления ребенка в эту программу, пожалуйста, заполните и отправьте бланк направления. Представитель отдела ODDS уведомит родителя или опекуна о статусе рассмотрения этого направления. Если у вас возникли вопросы по заполнению данного бланка, напишите по электронной почте cenprogram@odhs.oregon.gov.

Не все поля обязательны для заполнения, однако мы просим вас заполнить как можно больше необязательных полей.

Информация о заявителе

Дата подачи заявления: _____ Имя: _____

Фамилия: _____

Адрес эл. почты: _____

Основной номер телефона: _____

Кем приходится ребенку: Родитель Опекун

Общественная программа для лиц с нарушениями развития (CDDP)

Сотрудник отдела социальной защиты детей при департаменте ODHS

Координатор программы интенсивного обслуживания детей на дому (CIIS) при отделе ODDS

Координатор программы обслуживания детей по месту жительства при отделе ODDS

Другое _____

Служба, программа или организация, выдавшая направление ребенку:

Информация о ребенке

Фамилия: _____

Имя: _____ Предпочитаемое имя: _____

Адрес (с указанием дома, улицы): _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Округ: _____ Дата рождения: _____

Есть ли у ребенка опекун, который не приходится ему/ей родителем? Да Нет

Место проживания ребенка в настоящее время: Дом семьи Дом патронатной семьи

Дом приемной семьи, назначенной отделом ODDS

Учреждение с круглосуточным проживанием

Местоимения, используемые ребенком: он/его/ему она/её/ей они/их/им

хе/хир/хирс зе/хир/хирс зе/зир/зирс

Пол ребенка при рождении:

Пол, мужской, женский или интерсексуальный, который врач или акушерка используют для описания ребенка при рождении, основываясь на его внешних анатомических признаках.

Женский Мужской Интерсексуал

Гендерная идентичность в настоящее время: _____

Основной язык общения ребенка:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) | <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Арабский | |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Чатино | <input type="checkbox"/> Китайский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Филиппинский |
| <input type="checkbox"/> Хинди | <input type="checkbox"/> Хмонг | <input type="checkbox"/> Японский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Мамский |
| <input type="checkbox"/> Миштецкий | <input type="checkbox"/> Панджаби | <input type="checkbox"/> Пурепеча | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Тлапанекский | <input type="checkbox"/> Трике | <input type="checkbox"/> Украинский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Сапотекский |
| <input type="checkbox"/> Другой _____ | | | | |

Информация о родителе или опекуне

Родитель или опекун № 1: _____

Адрес эл. почты: _____

Адрес (с указанием дома, улицы): _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Основной номер телефона: _____

Информация о родителе или опекуне (продолжение)

Основной язык общения:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) | <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Арабский | |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Чатино | <input type="checkbox"/> Китайский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Филиппинский |
| <input type="checkbox"/> Хинди | <input type="checkbox"/> Хмонг | <input type="checkbox"/> Японский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Мамский |
| <input type="checkbox"/> Миштецкий | <input type="checkbox"/> Панджаби | <input type="checkbox"/> Пурепеча | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Тлапанекский | <input type="checkbox"/> Трике | <input type="checkbox"/> Украинский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Сапотекский |
| <input type="checkbox"/> Другой _____ | | | | |

Родитель или опекун № 2: _____

Адрес эл. почты: _____

Адрес (с указанием дома, улицы): _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Основной номер телефона: _____

Основной язык общения:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) | <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Арабский | |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Чатино | <input type="checkbox"/> Китайский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Филиппинский |
| <input type="checkbox"/> Хинди | <input type="checkbox"/> Хмонг | <input type="checkbox"/> Японский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Мамский |
| <input type="checkbox"/> Миштецкий | <input type="checkbox"/> Панджаби | <input type="checkbox"/> Пурепеча | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Тлапанекский | <input type="checkbox"/> Трике | <input type="checkbox"/> Украинский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Сапотекский |
| <input type="checkbox"/> Другой _____ | | | | |

Другой родитель: _____

Адрес эл. почты: _____

Адрес (с указанием дома, улицы): _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Основной номер телефона: _____

Информация о родителе или опекуне (продолжение)

Основной язык общения другого родителя:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) | <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Арабский | |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Чатино | <input type="checkbox"/> Китайский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Филиппинский |
| <input type="checkbox"/> Хинди | <input type="checkbox"/> Хмонг | <input type="checkbox"/> Японский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Мамский |
| <input type="checkbox"/> Миштецкий | <input type="checkbox"/> Панджаби | <input type="checkbox"/> Пурепеча | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Тлапанекский | <input type="checkbox"/> Трике | <input type="checkbox"/> Украинский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Сапотекский |
| <input type="checkbox"/> Другой _____ | | | | |

Информация о координаторе услуг или ведущем личном деле

Координатор услуг Отдела обслуживания лиц с нарушениями развития при департаменте ODHS

Имеет ли ребенок в настоящее время право на получение услуг для лиц с нарушениями развития (DD)?: Да Нет

Координатор отдела CDDP: _____

Адрес эл. почты: _____

Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Зарегистрирован ли ребенок для получения услуг учреждения с проживанием? Да Нет

Зарегистрирован ли ребенок в программе CIIS? Да Нет

Координатор программы CIIS при департаменте ODHS или услуг учреждения с проживанием: _____

Адрес эл. почты: _____

Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Ведущий личного дела из отдела социальной защиты детей при департаменте ODHS:

Если отличается от опекуна, который указан выше: _____

Адрес эл. почты: _____

Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Пожалуйста, отправьте этот бланк по электронной почте на адрес [_cenprogram@odhs.oregon.gov](mailto:cenprogram@odhs.oregon.gov)

Онлайн версия (через браузер) этого бланка доступна здесь:

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

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с отделом ODDS штата Орегон по адресу dd.directorsoffice@odhs.oregon.gov или по тел. 503-945-5811. Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.