

**СОВЕТ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE COUNCIL ON CHILDREN AND FAMILIES, CCF)
Форма для получения межведомственного разрешения**

(Заполните ее как можно более полно. Поля, помеченные символом (*), являются обязательными для заполнения.)

Отдел межведомственного взаимодействия оказывает поддержку детям, несовершеннолетним лицам и их семьям, помогая с получением наиболее подходящих услуг по месту жительства или в рамках местного сообщества. Заявки на помощь могут подавать лица самостоятельно или их родители/опекуны, школьные округа, местные социальные службы, больницы, государственные агентства или другие организации и представители интересов.

Контактная информация (*)		
Имя и фамилия лица, подающего запрос на направление:	<input type="text"/>	
Кем приходится ребенку / несовершеннолетнему лицу:	<input type="text"/>	Организация (если применимо): <input type="text"/>
Дата подачи запроса: <input type="text"/>	Номер телефона: <input type="text"/>	Адрес электронной почты: <input type="text"/>

Подробная информация о направлении (*)	
Причина направления:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Препятствия к предоставлению услуг / размещению:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Информация о ребенке / несовершеннолетнем лице (*)			
Имя: <input type="text"/>	Фамилия: <input type="text"/>	Гендерная идентичность: <input type="text" value="Выбрать..."/>	
Дата рождения: <input type="text"/>	Пол, указанный в свидетельстве о рождении: <input type="text"/>	Укажите:	
Расовая принадлежность: (*) (выберите один вариант)			
<input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы	<input type="checkbox"/> Представители смешанных рас	Выходцы из Азии: <input type="text" value="Выбрать..."/>	
<input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски	<input type="checkbox"/> Европеиды (белые)	Выходцы с тихоокеанских островов: <input type="text" value="Выбрать..."/>	
Этническая группа: (*)			
<input type="checkbox"/> Испаноязычные	<input type="checkbox"/> Не испаноязычные		
Язык: (*)			
<input type="checkbox"/> Английский (свободное владение)			
Основной язык: <input type="text" value="Выбрать..."/>	Другое (укажите): <input type="text"/>	Способы коммуникации: <input type="text"/>	
Юридический адрес ребенка / несовершеннолетнего лица: (*)			
Улица: <input type="text"/>	Город: <input type="text"/>		
Штат: <input type="text" value="NY"/>	Почтовый индекс: <input type="text"/>	Округ: <input type="text" value="Выбрать..."/>	

Место проживания на момент обращения (*)		
<input type="checkbox"/> Проживание с родителем (родителями)	<input type="checkbox"/> Проживание с родственником (родственниками)	<input type="checkbox"/> Самостоятельное проживание
<input type="checkbox"/> Патронатное воспитание	<input type="checkbox"/> Жилье на случай кризисной ситуации	<input type="checkbox"/> Приют / временное убежище
<input type="checkbox"/> Лечебное учреждение	<input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи	<input type="checkbox"/> Центр содержания несовершеннолетних под стражей
<input type="checkbox"/> Водворение в помещение стационарного вида (укажите)		
Контактное лицо по размещению (имя и фамилия): <input type="text"/>	Номер телефона: <input type="text"/>	

Информация о родителе/опекуне (*)

Имя и фамилия:	<input type="text"/>	Имя и фамилия:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Номер телефона:	<input type="text"/>
Адрес электронной почты:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Адрес:	<input type="text"/>	Адрес:	<input type="text"/>
Город: <input type="text"/> Штат: NY Почтовый индекс: <input type="text"/>		Город: <input type="text"/> Штат: NY Почтовый индекс: <input type="text"/>	

Сильные стороны

Несовершеннолетнее лицо:

Семья/опекун:

Медицинские и поведенческие состояния

Потребности в уходе (*)

Эмоциональные/поведенческие особенности	Травмы	Потребности в развитии
<p>Депрессия: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Тревожность: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство): Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Импульсивность/гиперактивность: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Психоз: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Агрессивность / склонность к нападению: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Употребление психоактивных веществ: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Трудности с привязанностью: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Мысли о самоубийстве: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Мысли об убийствах: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Уничтожение имущества: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Прогоулы: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Непокорность/протест: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Жестокость в отношении животных: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Сексуально неподобающие поступки: Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Другое (укажите): <input type="text"/></p>	<p>Сексуальное насилие Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Физическое насилие Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Небрежное отношение Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Эмоциональное насилие Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Является свидетелем насилия в семье Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Является свидетелем насилия в общественных местах Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы с привязанностью к опекунам / утраты Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Другое (укажите): <input type="text"/></p> <p>Психосоциальные проблемы / проблемы с окружающей средой</p> <p>Проблемы — первичная помощь Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы — социальная среда Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы — здравоохранение Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы — образование Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы — жилье Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы — финансовое состояние Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Другое (укажите): <input type="text"/></p>	<p>Аутизм Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Церебральный паралич Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Когнитивные нарушения Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Навыки повседневной жизни Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Нарушение развития Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Речевые и языковые нарушения Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы с мелкой моторикой Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Проблемы с крупной моторикой / передвижением Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Пикацизм Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Навыки самообслуживания Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Саморегуляция Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Сенсорные нарушения Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Социальные навыки Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Травматическое поражение головного мозга Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p>

Дополнительная информация (*)

Показатель умственных способностей (IQ) в баллах

Очень высокий (130 и выше)

Высокий (120–129)

Выше среднего (110–119)

Средний (90–109)

Ниже среднего (80–89)

Пограничный (70–79)

Легкая умственная отсталость (55–69)

Умеренная умственная отсталость (40–54)

Тяжелая умственная отсталость (25–39)

Глубокая умственная отсталость (менее 25)

Специальный уход / медицинское обслуживание

Вспомогательные технологии
Да Нет

Сестринские услуги
Да Нет

Контроль приема лекарственных препаратов
Да Нет

Уход за слухом
Да Нет

Уход за зрением
Да Нет

Диабет
Да Нет

Судороги
Да Нет

Другое (укажите):

Дополнительная информация (продолжение)			
Уведомления о высоком риске	Участие органов опеки (Child Protection Services, CPS)	Опека над ребенком / несовершеннолетним лицом	Правовой статус ребенка / несовершеннолетнего лица
<p>Самоповреждения Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Угроза другим Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Сексуальная агрессия Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Побеги Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Противоправное поведение Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Поджоги Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Медицинские проблемы Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Сексуальная эксплуатация Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p>	<p>Текущие дела в CPS Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p>	<p>Биологические родители Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Приемные родители Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Бабушки и дедушки Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Семья / законные опекуны Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Местный департамент социального обслуживания (Department of Social Services, DSS) Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Эмансипированный несовершеннолетний Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Другое (укажите): <input type="text"/></p>	<p>Лицо, подлежащее наблюдению (Person In Need of Supervision, PINS) Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Программа отклонения для лиц PINS Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Испытательный срок Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Несовершеннолетний правонарушитель Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Несовершеннолетний преступник Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Суд по семейным делам Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p> <p>Ожидаемые обвинения (укажите): <input type="text"/></p> <p>Подросток, совершивший правонарушение Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/></p>

Образование (*)		
Школьный округ: <input type="text" value="Выбрать..."/>	Название учебного заведения: <input type="text"/>	
Комитет по классификации специального образования	Ожидаемый тип диплома	Текущее место получения образования
<input type="checkbox"/> Без классификации <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Глухота, слепота <input type="checkbox"/> Нарушение слуха <input type="checkbox"/> Умственная отсталость <input type="checkbox"/> Нарушение работы опорно-двигательного аппарата <input type="checkbox"/> Другое нарушение здоровья <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство <input type="checkbox"/> Речевое или языковое нарушение <input type="checkbox"/> Специфические потребности в обучении <input type="checkbox"/> Травматическое поражение головного мозга <input type="checkbox"/> Нарушение зрения (в том числе слепота) <input type="checkbox"/> Множественные нарушения <input type="checkbox"/> Глухота	<input type="checkbox"/> Альтернативная оценка в штате Нью-Йорк <input type="checkbox"/> Государственный аттестат <input type="checkbox"/> Средняя школа или ее эквивалент <input type="checkbox"/> Свидетельство о навыках и достижениях <input type="checkbox"/> Местный аттестат <input type="checkbox"/> Профессиональное развитие и повышение квалификации	<input type="checkbox"/> Общее образование <input type="checkbox"/> Класс интегрированного обучения <input type="checkbox"/> Обучение в отдельной группе <input type="checkbox"/> Совет по кооперативным образовательным услугам (Board Of Cooperative Education Services, BOCES) <input type="checkbox"/> Школа типа 853 (дневное обучение) <input type="checkbox"/> Дневное лечение <input type="checkbox"/> Школа типа 853 (с проживанием) <input type="checkbox"/> Профессиональное обучение <input type="checkbox"/> Программа размещения детей (Children's Residential Project, CRP) <input type="checkbox"/> Программа общеобразовательной подготовки (General Education Development, GED) <input type="checkbox"/> Законченное среднее образование <input type="checkbox"/> Домашнее обучение / занятия с репетиторами <input type="checkbox"/> Другое (укажите): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> План 504		
Контактное лицо школы		
Имя и фамилия: <input type="text"/>		
Номер телефона: <input type="text"/> Адрес электронной почты: <input type="text"/>		

Текущие услуги (*)			
Служба помощи людям с нарушениями развития (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD)	Служба охраны психического здоровья (Office of Mental Health, OMH)	Служба по делам детей и семей (Office of Children and Family Services, OCFS)	Служба по вопросам алкоголизма и наркозависимости (Office of Addiction Services and Supports, OASAS)
<input type="checkbox"/> Услуги по оказанию помощи семьям <input type="checkbox"/> Саморегуляция <input type="checkbox"/> Отказ от стационарного лечения в пользу услуг на дому и в сообществе (Home and Community-Based Services, HCBS) <input type="checkbox"/> Модель Health Home-ССО <input type="checkbox"/> Кризисные услуги для лиц с нарушениями интеллектуальных способностей / развития (Crisis Services for Individuals with Intellectual and/or Developmental Disabilities, CSIDD) <input type="checkbox"/> Услуги временного пребывания <input type="checkbox"/> Подготовка к жизни в сообществе <input type="checkbox"/> Программа для детей с проживанием <input type="checkbox"/> Уход в семье <input type="checkbox"/> Альтернативы индивидуального проживания (Individual Residential Alternatives, IRA) <input type="checkbox"/> Учреждение для проживания лиц, нуждающихся в патронажном уходе и бытовой помощи (Intermediate Care Facility, ICF) <input type="checkbox"/> Специально оборудованное жилье <input type="checkbox"/> Клиника по статье 16 <input type="checkbox"/> Ресурсный центр <input type="checkbox"/> Другое: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Амбулаторное обслуживание <input type="checkbox"/> Клиника на базе школы <input type="checkbox"/> Интенсивная амбулаторная клиника <input type="checkbox"/> Дневное лечение <input type="checkbox"/> Комплексная программа психиатрической неотложной помощи (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) <input type="checkbox"/> Колл-центр для поддержки в кризисных ситуациях <input type="checkbox"/> Услуги по лечению и поддержке для детей и их семей (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS) <input type="checkbox"/> Жилье на случай кризисной ситуации <input type="checkbox"/> Общественное жилье <input type="checkbox"/> Учреждение для лечения с проживанием (Residential Treatment Facility, RTF) <input type="checkbox"/> Стационарная больница <input type="checkbox"/> Другое: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Профилактические услуги <input type="checkbox"/> Интернатное учреждение <input type="checkbox"/> Проживание с приемной семьей <input type="checkbox"/> Учреждение для несовершеннолетних с усиленным режимом безопасности <input type="checkbox"/> Учреждение для несовершеннолетних без усиленного режима безопасности <input type="checkbox"/> Учреждение для несовершеннолетних с ограниченным режимом безопасности <input type="checkbox"/> Программа квалифицированного лечения с проживанием <input type="checkbox"/> Центр лечения с проживанием <input type="checkbox"/> Программа Empower <input type="checkbox"/> Другое: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Клиника по статье 32 <input type="checkbox"/> Центр лечения зависимости <input type="checkbox"/> Другое <p align="center">Департамент здравоохранения (Department Of Health, DOH)</p> <input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи <input type="checkbox"/> Учреждение со специализированной медицинской помощью <input type="checkbox"/> Стационарная больница <input type="checkbox"/> Модель Health Home (ННСМ) <input type="checkbox"/> Другое: <input type="text"/>

Текущий (-е) поставщик (-и) (*)			
Контактное лицо 1:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Контактное лицо 2:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Контактное лицо 3:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Контактное лицо 4:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Контактное лицо 5:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>
Контактное лицо 6:	<input type="text"/>	Агентство:	<input type="text"/>
Номер телефона:	<input type="text"/>	Адрес электронной почты:	<input type="text"/>