

纽约州儿童和家庭委员会 (CCF)

跨机构解决方案接收表

(请尽可能将内容填写完整。带(*)的部分为必填项。)

跨机构解决部门 (Interagency Resolution Unit) 帮助儿童/青少年及其家庭更容易获得最合适的社区或住宿服务。援助申请可通过自我转介、家长/照护者、学区、当地社会服务部、医院、州立机构或其他组织和倡导者提出。

联系信息 (*)			
转介提出者姓名:	<input type="text"/>		
与儿童/青少年的关系:	<input type="text"/>	组织 (如适用):	<input type="text"/>
转介日期:	<input type="text"/>	电话:	<input type="text"/>
		电子邮箱:	<input type="text"/>

转介详情 (*)	
转介原因:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
服务/安置障碍:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

儿童/青少年信息 (*)				
名字:	<input type="text"/>	姓氏:	<input type="text"/>	
		性别认同:	<input type="text" value="请选择....."/>	
出生日期:	<input type="text"/>	出生证明上的性别:	<input type="text"/>	
		具体说明:	<input type="text"/>	
种族: (*) (仅选择一项)				
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 混血	亚洲人:	<input type="text" value="请选择..."/>	
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 白人	太平洋岛民:	<input type="text" value="请选择..."/>	
族裔: (*)				
<input type="checkbox"/> 西班牙裔	<input type="checkbox"/> 非西班牙裔			
语言: (*)				
<input type="checkbox"/> 英语流利				
惯用语言:	<input type="text" value="请选择..."/>	其他 (请具体说明):	<input type="text"/>	
		沟通方式:	<input type="text"/>	
儿童/青少年合法地址: (*)				
街道:	<input type="text"/>		城市:	<input type="text"/>
州:	<input type="text" value="纽约州"/>	邮政编码:	<input type="text"/>	
		县:	<input type="text" value="请选择..."/>	

转介时的安置情况 (*)			
<input type="checkbox"/> 与父母同住	<input type="checkbox"/> 与亲属同住	<input type="checkbox"/> 独自生活	
<input type="checkbox"/> 寄养	<input type="checkbox"/> 危机住所	<input type="checkbox"/> 居住在收容所/暂息住所	
<input type="checkbox"/> 医院	<input type="checkbox"/> 急诊室	<input type="checkbox"/> 青少年拘留中心	
<input type="checkbox"/> 住宿安置 (请具体说明)			
安置联系人姓名:	<input type="text"/>	联系电话:	<input type="text"/>

家长/照护者信息 (*)

姓名: <input style="width:90%;" type="text"/>	姓名: <input style="width:90%;" type="text"/>
电话: <input style="width:90%;" type="text"/>	电话: <input style="width:90%;" type="text"/>
电子邮箱: <input style="width:90%;" type="text"/>	电子邮箱: <input style="width:90%;" type="text"/>
地址: <input style="width:90%;" type="text"/>	地址: <input style="width:90%;" type="text"/>
城市: <input style="width:15%;" type="text"/> 州: <input style="width:15%; border: 1px solid black;" type="text" value="纽约州"/> 邮政编码: <input style="width:20%;" type="text"/>	城市: <input style="width:15%;" type="text"/> 州: <input style="width:15%; border: 1px solid black;" type="text" value="纽约州"/> 邮政编码: <input style="width:20%;" type="text"/>

优势

青少年:

家属/照护者:

医疗和行为健康状况

护理需求 (*)

情感/行为	创伤	发育需求
抑郁: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 焦虑: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 创伤后应激障碍 (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD): 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 冲动/多动: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 精神病: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 攻击性/暴力倾向: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 物质使用: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 依恋障碍: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 自杀意念: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 杀人倾向: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 毁坏财物: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 旷课: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 违抗/对立: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 虐待动物: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 不当性行为: 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 其他 (请具体说明): <input style="width:90%;" type="text"/>	性虐待 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 身体虐待 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 忽视 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 情感虐待 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 目睹家庭暴力 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 目睹社区暴力 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 照护者依恋/失落 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 其他 (请具体说明): <input style="width:90%;" type="text"/> 社会心理/环境 主要支持问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 社会环境问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 医疗保健问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 教育问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 住房问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 经济问题 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 其他 (请具体说明): <input style="width:90%;" type="text"/>	自闭症 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 脑瘫 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 认知 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 日常生活技能 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 发育障碍 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 言语 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 精细运动技能 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 大动作运动技能 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 异食癖 (PICA) 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 自我照顾 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 自我引导 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 感官 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 社交技能 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 创伤性脑损伤 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/>

其他信息 (*)

智力功能 (Intellectual Functioning, IQ)

非常高 (130+)

高 (120-129)

中等偏上 (110-119)

中等 (90-109)

中等偏下 (80-89)

临界点 (70-79)

轻度智力障碍 (55-69)

中度智力障碍 (40-54)

重度智力障碍 (25-39)

极重度智力障碍 (低于 25)

特殊护理/医疗状况

辅助技术
是 否

护理
是 否

药物管理
是 否

听力
是 否

视力
是 否

糖尿病
是 否

癫痫
是 否

其他 (请具体说明):

其他信息 (续)			
高风险警告	儿童保护服务部 (Child Protective Services, CPS) 介入	儿童/青少年法定监护权	儿童/青少年合法身份
自残 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 伤害他人 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 性攻击 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 离家出走 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 犯罪行为 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 纵火行为 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 医疗状况 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 性贩卖 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/>	正在接受 CPS 的服务 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/>	亲生父母 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 养父母 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> (外) 祖父母 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 家属/法定监护人 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 当地社会服务部 (Department of Social Services, DSS) 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 独立生活的未成年人 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 其他 (请具体说明): <input type="text"/>	需要监管的人士 (Persons in Need of Supervision, PINS) 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> PINS 转介 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 服缓刑 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 少年违法者 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 少年犯罪者 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 家事法庭 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 未决指控 (请具体说明): <input type="text"/> 青少年犯罪者 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/>

教育情况 (*)		
学区: <input type="text" value="请选择..."/>	学校名称: <input type="text"/>	
特殊教育分类委员会	预期文凭类型	当前教育安置
<input type="checkbox"/> 无分类 <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 失聪/失明 <input type="checkbox"/> 听力受损 <input type="checkbox"/> 智力障碍 <input type="checkbox"/> 肢体障碍 <input type="checkbox"/> 其他健康损害 <input type="checkbox"/> 情感障碍 <input type="checkbox"/> 言语或语言障碍 <input type="checkbox"/> 特定学习障碍 <input type="checkbox"/> 创伤性脑损伤 <input type="checkbox"/> 视力受损 (包括失明) <input type="checkbox"/> 多重障碍 <input type="checkbox"/> 失聪 <input type="checkbox"/> 504 计划	<input type="checkbox"/> 纽约州替代性评估 <input type="checkbox"/> 高中会考文凭 <input type="checkbox"/> 高中或同等学历 <input type="checkbox"/> 技能和成绩证书 <input type="checkbox"/> 地区文凭 <input type="checkbox"/> 职业发展和职业研究	<input type="checkbox"/> 通识教育 <input type="checkbox"/> 综合课程 <input type="checkbox"/> 自主学习 <input type="checkbox"/> 合作教育服务委员会 (Boards of Cooperative Educational Services, BOCES) <input type="checkbox"/> 853 日间学校 <input type="checkbox"/> 日间治疗 <input type="checkbox"/> 853 住宿学校 <input type="checkbox"/> 职业教育 <input type="checkbox"/> 儿童住宿计划 (Children's Residential Project, CRP) <input type="checkbox"/> 普通教育发展 (General Educational Development, GED) 计划 <input type="checkbox"/> 高中毕业 <input type="checkbox"/> 家庭教学/辅导 <input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明): <input type="text"/>
学校联系人		
姓名: <input type="text"/>		
电话: <input type="text"/> 电子邮箱: <input type="text"/>		

当前服务 (*)

发育障碍人士办公室 (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD)	心理健康办公室 (Office of Mental Health, OMH)	儿童与家庭服务办公室 (Office of Children and Family Services, OCFS)	成瘾服务和支持办公室 (Office of Addiction Services and Supports, OASAS)
<input type="checkbox"/> 家庭支持服务 <input type="checkbox"/> 自我引导 <input type="checkbox"/> 家庭与社区服务 (Home and Community Based Services, HCBS) 豁免 <input type="checkbox"/> 健康居家-护理协调组织 (Care Coordination Organization, CCO) <input type="checkbox"/> 为患有智力和/或发育障碍的人士提供的危机服务 (Crisis Services for Individuals w/ Intellectual and/or Developmental Disabilities, CSIDD) <input type="checkbox"/> 暂托服务 <input type="checkbox"/> 社区康复训练 <input type="checkbox"/> 儿童住宿计划 <input type="checkbox"/> 家庭护理环境 <input type="checkbox"/> 个人住宿替代 (Individual Residential Alternatives, IRA) <input type="checkbox"/> 中等监护机构 <input type="checkbox"/> 支持性住房 <input type="checkbox"/> 第 16 条诊所 <input type="checkbox"/> 资源中心 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 门诊诊所 <input type="checkbox"/> 学校诊所 <input type="checkbox"/> 强化门诊诊所 <input type="checkbox"/> 日间治疗 <input type="checkbox"/> 综合精神科应急计划 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) <input type="checkbox"/> 流动危机服务 <input type="checkbox"/> 儿童与家庭治疗和支持服务 (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS) <input type="checkbox"/> 危机住所服务 <input type="checkbox"/> 社区住所服务 <input type="checkbox"/> 住院治疗机构 (Residential Treatment Facility, RTF) <input type="checkbox"/> 住院服务 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 预防服务 <input type="checkbox"/> 团体之家 <input type="checkbox"/> 寄养之家 <input type="checkbox"/> 安全型少年拘留机构 <input type="checkbox"/> 非安全型少年拘留机构 <input type="checkbox"/> 有限安全型少年拘留机构 <input type="checkbox"/> 特定资格住院治疗计划 <input type="checkbox"/> 住院治疗中心 <input type="checkbox"/> 赋权 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 第 32 条诊所 <input type="checkbox"/> 成瘾治疗中心 <input type="checkbox"/> 其他 <hr/> <p>卫生部 (Department of Health, DOH)</p> <input type="checkbox"/> 急诊室 <input type="checkbox"/> 特殊医疗护理 <input type="checkbox"/> 住院服务 <input type="checkbox"/> 健康居家 (健康居家护理管理 (Health Home Care Management, HHCM)) 服务 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="text"/>

当前服务提供者 (*)

联系人姓名 1: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>
联系人姓名 2: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>
联系人姓名 3: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>
联系人姓名 4: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>
联系人姓名 5: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>
联系人姓名 6: <input type="text"/>	机构: <input type="text"/>
电话: <input type="text"/>	电子邮箱: <input type="text"/>