

## Личные данные Personal Information

ПОЛНОЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
------------	---------------

Важно, чтобы работник Лицензирующего управления (Licensing Division, LD), проводящий изучение ваших социально-бытовых условий, имел возможность познакомиться с вами. Первым шагом к этому будут ваши ответы на эти вопросы о вашем семейном окружении, образовании, работе, отношениях с другими и о вашей культуре. «Правильных» и «неправильных» ответов нет. Если есть вопросы, которые вы предпочли бы обсудить при личной встрече, укажите это.

Представляющий LD специалист, выдающий лицензию/социальный работник, анализирующий ваши социально-бытовые условия, ознакомится с этой информацией до изучения социально-бытовых условий и будет использовать ее в качестве основы для обсуждения во время собеседования.

**Все заявители и лица, осуществляющие уход, должны заполнить эту форму.**

**Если у вас есть трудности с ответами на любую часть анкеты или вам нужна дополнительная помощь, обсудите это с лицензиаром/работником, анализирующим ваши социально-бытовые условия.**

### А. Биографические данные заявителя

**Данные о семье:**

1. Где вы родились и воспитывались? \_\_\_\_\_

2. Кто вас воспитывал: (Отметьте все, что относится к вам)

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Мать    | <input type="checkbox"/> Тетя  |
| <input type="checkbox"/> Отец    | <input type="checkbox"/> Дядя  |
| <input type="checkbox"/> Бабушка | <input type="checkbox"/> Родитель, принявший вас на патронатное воспитание (Foster Parent) |
| <input type="checkbox"/> Дедушка | <input type="checkbox"/> Приемный родитель   |
| <input type="checkbox"/> Мачеха  | <input type="checkbox"/> Брат или сестра   |
| <input type="checkbox"/> Отчим   | <input type="checkbox"/> Другое лицо: _____  |

3. Укажите имена, фамилии, возраст и местонахождение всех своих братьев и сестер: (Приложите дополнительные листы, если необходимо)

Имя/местонахождение:	Возраст:	Имя/местонахождение:	Возраст:

4. Как вы можете описать ваше детство? (Отметьте все, что относится к вам)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Счастливое    | <input type="checkbox"/> Предсказуемое       | <input type="checkbox"/> Травматизирующее | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Грустное      | <input type="checkbox"/> Обескураживающее    | <input type="checkbox"/> Веселое          |  |
| <input type="checkbox"/> Стабильное    | <input type="checkbox"/> Наполненное любовью | <input type="checkbox"/> Одинокое         |  |
| <input type="checkbox"/> Беспорядочное | <input type="checkbox"/> Пугающее            | <input type="checkbox"/> Потрясающее      |  |
| <input type="checkbox"/> Беззаботное   | <input type="checkbox"/> Радостное           | <input type="checkbox"/> Сложное          |  |

**Образование:**

1. Обучались ли вы на дому?  Да  Нет

**Трудовой стаж/военная служба:**

1. Проходили ли вы службу в вооруженных силах?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:

С \_\_\_\_\_ По: \_\_\_\_\_

Род вооруженных сил \_\_\_\_\_ Звание \_\_\_\_\_

Участвовали ли вы в боевых действиях при несении военной службы?  Да  Нет

Категория увольнения \_\_\_\_\_

2. Вы трудоустроены?  Да  Нет

Если да, укажите, в какие дни недели вы обычно работаете и сколько часов: \_\_\_\_\_

3. Потребуется ли вам уход за ребенком, который будет размещен на воспитание у вас в доме?  Да  Нет

Если да, то каким планом ухода за ребенком вы хотите воспользоваться?

Лицензированный центр по уходу за детьми  Лицензированный центр по уходу за детьми с семейным проживанием

Член (-ы) семьи: \_\_\_\_\_  Иное: \_\_\_\_\_

**Культурные корни и традиции**

1. Принадлежите ли вы к коренным американским народностям?  Да  Нет

Если да, то зарегистрированы ли вы в качестве члена определенного племени?  Да  Нет

Племя \_\_\_\_\_

(Необходимо приложить бланк Проверки статуса лица индейского происхождения (Verification of Indian Status) DCYF 15-128, если это применимо)

2. Какой язык для вас основной? \_\_\_\_\_

Говорите ли вы свободно на других языках?  Да  Нет

Если да, то на каком (-их)? \_\_\_\_\_

3. Иная информация о культурной принадлежности: \_\_\_\_\_

**В. Отношения****Супруг (-а)/партнер:**

1. Состоите ли вы в данный момент в браке или в значимых отношениях (significant relationship)?  Да  Нет

2. Пожалуйста, предоставьте следующую информацию о ваших предыдущих значимых отношениях:

Перечислите текущие и предыдущие браки/гражданские союзы/домашние партнерства:	Округ/штат	Дата овдовения	Дата вступления в брак/гражданский союз/домашнее партнерство	Дата расторжения
Имя и фамилия партнера:				
Имя и фамилия партнера:				
Имя и фамилия партнера:				
Имя и фамилия партнера:				

\* Необходимо предоставить копии текущего свидетельства о браке, свидетельства о зарегистрированном гражданском браке и все имеющиеся решения о расторжении, аннулировании брака и постановлений о назначении опекуна.

**Дети:** (Если у вас нет детей, перейдите к следующему разделу)

1. Пожалуйста, предоставьте следующую информацию о вашем ребенке (детях): (Приложите дополнительные листы, если необходимо) **[Включите биологических, приемных и других воспитанных вами детей]**

Имя и фамилия ребенка	Дата рождения	Место рождения (Город, штат)	Имя и фамилия другого родителя	Живет ли ребенок с вами?
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Имел ли кто-нибудь из ваших детей дело с судом по делам несовершеннолетних?  Да  Нет

Если «Да», сообщите следующее:

Какой именно ребенок? \_\_\_\_\_

Опишите произошедшее: \_\_\_\_\_

### С. Родительский опыт и навыки обращения с детьми

1. Как вас приучали к дисциплине в детстве?

2. Опишите свои нынешние подходы к поддержанию дисциплины (воспитывать детей, размещенных на воспитание вне семьи, с применением физических мер воздействия недопустимо). Как вы наказываете своих собственных детей?

3. Опишите, как вы будете воспитывать и поддерживать ребенка с учетом его:

Расовой принадлежности

Культуры

Духовности

Сексуальной ориентации

Гендерного самовыражения

4. Согласитесь ли вы участвовать в психологических консультациях с ребенком, помещенным к вам на воспитание?  
 Да  Нет

Если нет, то почему?

5. Согласитесь ли вы пройти обучение?  Да  Нет.

Если да, то по каким направлениям вы хотели бы пройти обучение?

#### D. Медицинское обслуживание / психосоциальный статус

**Пожалуйста, предоставьте следующую информацию: Примечание: Если вы ответите «ДА» на любой из следующих вопросов, то вы не будете автоматически дисквалифицированы как лицо, которое потенциально сможет взять ребенка к себе на воспитание.**

1. Вам когда-либо сообщали, что у вас есть проблема с любым из перечисленного ниже:  
 Алкоголь  Наркотики  Управление гневом  Психическое здоровье  Не применимо
2. Вы когда либо использовали/продавали запрещенные наркотики или злоупотребляли ими?  Да  Нет
3. Кто-либо из ваших членов семьи или других лиц, которые будут регулярно контактировать с ребенком (детьми), размещенным (-и) на воспитание в вашем доме, когда-либо использовал/продавал запрещенные наркотики или злоупотреблял ими?  Да  Нет

Если да, укажите соответствующего члена семьи:

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Вы сами                 | <input type="checkbox"/> Отец        | <input type="checkbox"/> Бабушка  |
| <input type="checkbox"/> Супруг (-а) или партнер | <input type="checkbox"/> Мачеха      | <input type="checkbox"/> Дед  |
| <input type="checkbox"/> Сын (-овья)             | <input type="checkbox"/> Отчим       | <input type="checkbox"/> Другое лицо (которое регулярно контактирует с ребенком, размещенным у вас дома): _____ |
| <input type="checkbox"/> Дочь (-ери)             | <input type="checkbox"/> Брат (-ья)  |   |
| <input type="checkbox"/> Мать                    | <input type="checkbox"/> Сестра (-ы) |   |

4. Независимо от срока давности, сталкивались ли вы или кто-либо из ваших родственников со следующими проблемами:

- |                             |                              |   |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Проблемы с физическим здоровьем                                       |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Проблемы с психическим здоровьем и (или) психиатрическое лечение      |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Злоупотребление алкоголем или наркотиками и (или) лечение зависимости |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Бытовое насилие   |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Консультации (индивидуальные, семейные, групповые и т. д.)            |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Самопроизвольный аборт или бесплодие                                  |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Травма или утрата близких   |

**Если вы ответили «Да» на любой из этих вопросов, кратко укажите диагноз, даты, результаты лечения и/или информацию о привлечении правоохранительных органов.**

5. Независимо от срока давности, сталкивался ли кто-либо из ваших родственников или других лиц, которые будут регулярно контактировать с ребенком, находящимся на воспитании у вас дома, со следующими проблемами:

- |                             |                              |   |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Проблемы с физическим здоровьем                                       |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Проблемы с психическим здоровьем и (или) психиатрическое лечение      |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Злоупотребление алкоголем или наркотиками и (или) лечение зависимости |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Бытовое насилие   |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Консультации (индивидуальные, семейные, групповые и т. д.)            |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Самопроизвольный аборт или бесплодие                                  |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Травма или утрата близких   |

**Если вы ответили «Да» на любой из этих вопросов, кратко укажите диагноз, даты, результаты лечения и/или информацию о привлечении правоохранительных органов.**

6. Перенесли ли вы или любой другой член вашего домохозяйства серьезную травму, болезнь или госпитализацию в течение последнего года или имели в прошлом психические или физические недостатки или принимаете в настоящее время лекарственные препараты?  Да  Нет

Если да, опишите:

### Е. Дом и окружающий район

1. Сколько времени вы проживаете в своем нынешнем районе? \_\_\_\_\_
2. Сколько времени вы проживаете в своем нынешнем доме? \_\_\_\_\_
3. Разрешено ли в вашем доме или автомобиле курить или пользоваться электронными сигаретами?  Да  Нет
4. Имеются ли на территории вашей собственности домашние питомцы или иные животные?  Да  Нет
5. Какое у вас водоснабжение, центральное или частное? \_\_\_\_\_

Тип домашнего питомца	Действующие вакцинации (Предоставьте подтверждение)
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если да, то перечислите всех домашних питомцев или иных животных, проживающих на территории вашей собственности: (Приложите дополнительные листы, если необходимо)

### Ф. Специфические характеристики ребенка

1. Желаете ли вы в настоящий момент воспитывать и поддерживать ребенка с чем-либо из перечисленного ниже?  
(Отметьте все, что относится к вам)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Травмирующие события в прошлом            | <input type="checkbox"/> Сексуально агрессивен |
| <input type="checkbox"/> Психическое здоровье                      | <input type="checkbox"/> Физически агрессивен  |
| <input type="checkbox"/> Злоупотребление психоактивными веществами | <input type="checkbox"/> Трудности с обучением |
| <input type="checkbox"/> Подросток-родитель                        | <input type="checkbox"/> Отставание в развитии |
| <input type="checkbox"/> Потребность в особых медицинских услугах  | <input type="checkbox"/> Другое: _____         |
| <input type="checkbox"/> Особые поведенческие потребности          |  |

### Г. У вас есть вопросы?

1. Есть еще какая-либо информация, которую вы хотели бы нам сообщить?

ПОДПИСЬ	ДАТА
---------	------