

个人情况 Personal Information

姓名	出生日期
----	------

许可处(LD)工作人员可通过家庭情况考察对您进行详细了解，这非常重要。下列问题涉及您的家庭背景、教育、就业、关系和文化，是家庭情况考察的第一步。答案没有对错之分。如果有些问题您愿意面谈，请在指定的空白栏位写明。

您的 LD 许可人/家庭情况考察人员会在开始进行家庭情况考察之前查看这些情况，并在面谈过程中以此作为讨论的依据。

每个申请人/看护人都需要填写此表格。

如果您对回答本调查表格的任何部分感到困难，或者需要额外协助，请与您的执照颁发人员/家庭情况考察人员讨论。

A. 申请人背景

家庭情况：

1. 您的出生和成长地点在哪里？ _____

2. 您的抚养人是谁：（请勾选所有适用选项）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 母亲 | <input type="checkbox"/> 姑姑 |
| <input type="checkbox"/> 父亲 | <input type="checkbox"/> 叔叔 |
| <input type="checkbox"/> 祖母 | <input type="checkbox"/> 寄养家长 |
| <input type="checkbox"/> 祖父 | <input type="checkbox"/> 领养家长 |
| <input type="checkbox"/> 继母 | <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 |
| <input type="checkbox"/> 继父 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |

3. 请列出所有兄弟姐妹的姓名和当前年龄：（如果需要，请加页填写）

姓名/地点：	年龄：	姓名/地点：	年龄：

4. 您如何描述自己的童年？（请勾选所有适用选项）

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 快乐 | <input type="checkbox"/> 可预见 | <input type="checkbox"/> 创伤 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| <input type="checkbox"/> 悲伤 | <input type="checkbox"/> 困惑 | <input type="checkbox"/> 乐趣 | |
| <input type="checkbox"/> 稳定 | <input type="checkbox"/> 友爱 | <input type="checkbox"/> 孤独 | |
| <input type="checkbox"/> 混乱 | <input type="checkbox"/> 恐惧 | <input type="checkbox"/> 兴奋 | |
| <input type="checkbox"/> 无忧无虑 | <input type="checkbox"/> 愉悦 | <input type="checkbox"/> 复杂 | |

教育：

您是否在家上学？ 是 否

就业史/服兵役情况:

1. 您是否曾在军队服役? 是 否

如果是, 请回答下列问题:

从 _____ 至: _____

陆海空三军部门 _____ 军衔 _____

您的军队经历是否包括战斗? 是 否

退役的类型 _____

2. 您是否有工作? 是 否

如果是, 请列出您正常工作周中的工作天数和小时数: _____

3. 您家里的孩子是否需要托儿服务? 是 否

如果是, 您打算使用哪类托儿服务?

托儿中心 家庭居家托儿 家庭成员: _____ 其他: _____

文化传统

1. 您是否是美国本土人? 是 否

如果是, 您是否是注册的部落成员? 是 否

部落 _____

(需要备案印第安人身份核实表 DCYF 15-128, 如适用)

2. 您的母语是哪种语言? _____

您是否能流利地讲任何其他语言? 是 否

如果是, 是何种语言? _____

3. 其它文化考量? _____

B. 关系**配偶/伴侣:**

1. 您目前是否已婚或有重要关系? 是 否

2. 请提供与您过去的重要关系相关的下列信息:

列出当前和以前的婚姻/民事结合/家庭伴侣关系:	县/州	丧偶的日期	结婚/民事结合/家庭伴侣关系的日期	解散日期
伴侣姓名:				
伴侣姓名:				
伴侣姓名:				
伴侣姓名:				

* 目前的结婚证、家庭伴侣登记, 以及任何离婚判决、废除、解散和监护令的副本。

子女：（如果没有子女，请跳至下一节）

1. 请提供与您子女相关的下列信息：（如果需要，请加页填写）

【包括亲生、领养，及您抚养的其他子女】

子女姓名	出生日期	出生地点 (城市, 州)	另一家长的姓名	子女是否与您住在一起?
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您是否有任何子女曾经触犯法律? 是 否

如果是，请提供以下情况：

哪个子女? _____

描述相关情况: _____

C. 抚养子女和与子女相处的经历

1. 年幼时，您如何受管教？

2. 请描述您目前管教子女的做法和原则（接受离家看护的子女不可受到任何体罚）。您如何管教自己的子女？

3. 请描述您将如何在以下方面教导子女：

种族

文化

精神

性取向

性别表达

4. 您是否希望与在您家接受安置的子女一同参与咨询? 是 否

如果否, 为什么?

5. 您是否希望参加培训? 是 否

如果是, 您想培训哪些主题?

D. 医疗/心理社会状况

请提供以下情况: 注意 - 对以下任何一项回答“是”不会自动取消您作为潜在安置选项的资格。

1. 您是否曾被告知您有过以下任何问题:

酗酒 吸毒 愤怒管理 心理健康 不适用

2. 您是否曾使用违禁药品、贩卖违禁药品或滥用合法药品? 是 否

3. 您的家庭成员或其他经常接触您家中儿童的人士是否曾使用违禁药品、贩卖违禁药品或滥用合法药品? 是 否

如果是, 请勾选具体的家庭成员:

本人 父亲 祖母
 配偶或伴侣 继母 祖父
 儿子 继父 其他 (会经常和安置儿童接触的人士): _____
 女儿 兄弟
 母亲 姐妹

4. 无论多久以前, 您是否经历过下列任何问题:

是 否 身体健康问题
 是 否 心理健康问题和/或治疗
 是 否 药物或酒精滥用和/或治疗
 是 否 家庭暴力
 是 否 咨询; 个人和/或其他 (家庭、团体等)
 是 否 流产或不育症
 是 否 创伤或损失

请对答案为“是”的所有问题进行解释, 包括诊断、日期、治疗结果, 及/或执法介入。

5. 无论多久以前, 您家中的任何人或将会经常与您家中安置的孩子接触的其他人是否经历过以下情况:

是 否 身体健康问题
 是 否 心理健康问题和/或治疗
 是 否 药物或酒精滥用和/或治疗
 是 否 家庭暴力
 是 否 咨询; 个人和/或其他 (家庭、团体等)
 是 否 流产或不育症
 是 否 创伤或损失

请对答案为“是”的所有问题进行解释, 包括诊断、日期、治疗结果, 及/或执法介入。

6. 您或任何其他家庭成员在过去一年中是否受过严重伤害、疾病或住院治疗，或有精神或生理缺陷史，或目前正在服药？

是 否

如果是，请说明：

E. 住宅和居民区

1. 您在目前的居民区居住时间已有多久？ _____

2. 您在目前的住宅居住时间已有多久？ _____

3. 您家中或车中是否允许吸烟或吸电子烟？ 是 否

4. 您的房产中是否有宠物或动物？ 是 否

5. 您使用公用还是私人供水系统？ _____

宠物类型

最新疫苗接种

(请提供证明)

是 否

是 否

是 否

是 否

如果是，请列出房产中的所有家庭宠物或其他动物： _____ (如果需要，请加页填写)

F. 子女具体情况

此时，您是否愿意在以下任何方面教导子女？ (请勾选所有适用选项)

创伤史

性侵犯

心理健康

人身侵犯

物质滥用

学习障碍

青少年家长

发育迟缓

医疗需求

其他： _____

行为需求

G. 您是否有疑问？

1. 是否有我们需知道的重要信息？

签名

日期