

اتفاقية إحقاق الطفل بأسرة حاضنة Placement Agreement

الأطفال/صغار السن المُلتحقين بأسرة حاضنة	تاريخ الميلاد	الأطفال/صغار السن المُلتحقين بأسرة حاضنة	تاريخ الميلاد
مُلتحقون بحضانة:			

تقدم اتفاقية إحقاق الطفل بأسرة حاضنة معلومات ضرورية وهامة لضمان سلامة الأطفال المُلتحقين بالحضانات في منزلك. تُعد البيانات المتعلقة بالطفل أو الشخص صغير السن أو عائلته سرية، ويجب عدم مشاركتها إلا مع الأشخاص الذين تربطهم علاقة مباشرة بالتخطيط الموضوع للحالة. استشر أخصائي الحالة المعني بك لمساعدتك في مشاركة البيانات مع الآخرين.

بيانات التواصل:

جهات الاتصال المعتادة والاحتياجات اليومية

أخصائي الحالة المُتابع للطفل المُلتحق بحضانتك هو
يمكنك التواصل معه من خلال رقم الهاتف أو البريد الإلكتروني
ويعمل خارج مكتب رقم هاتف المكتب هو . المكتب مفتوح خلال ساعات العمل الاعتيادية من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5:00 مساءً.

جهات الاتصال في حالات الطوارئ

يُرجى الاتصال بأخصائي الحالة أو الاتصال بمكتبه في الحالات الطارئة المتعلقة بإحقاق الطفل بالحضانة خلال فترة النهار. احرص على إبلاغ الأخصائي أو مكتبه أنك تواجه حالة طارئة تتعلق بإحقاق الطفل بالحضانة، وأنه لا بد أن تتحدث إلى شخص معني في الحال.
للإبلاغ عن الحالات الطارئة المتعلقة بإحقاق الطفل بالحضانة أو الإبلاغ عن إساءة معاملة الطفل أو الإهمال في رعايته بعد ساعات العمل الاعتيادية، من الساعة 5:00 مساءً إلى الساعة 8:00 صباحاً، من الاثنين إلى الجمعة، وعلى مدار أيام عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، اتصل بمركز Central Intake (مركز الاستقبال الرئيسي) على الرقم 1-800-301-1868.
إذا تعرّضت أو تعرّض أي من أفراد أسرتك للخطر أو لطارئ طبي، فاتصل بالرقم 911، واطلب مساعدة الشرطة.

المتطلبات المتعلقة بالأطفال وصغيري السن خلال الثلاثين (30) يوماً الأولى من إحقاقهم بالأسرة الحاضنة

هناك متطلبات خاصة يجب توافرها خلال الثلاثين (30) يوماً الأولى من إحقاق الطفل أو الشخص صغير السن بحضانة أسرتك بعد فصله عن أسرته. أوافق على ما يلي:

- تحديد المواعيد اللازمة المُبيّنة أدناه وحضورها، واتباع التوصيات التي نوقشت خلال تلك المواعيد. إبلاغ الأخصائي المُكلف بمتابعة الحالة بجميع المخاوف، والنصائح، والمتابعات المُبيّنة خلال المواعيد.

مطلوب	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إجراء فحص طبي أولي في أقرب وقت ممكن، في موعد لا يتجاوز 5 أيام بعد الدخول الأولي في الرعاية. إجراء ذلك الفحص مطلوب عندما يكون الطفل مصاباً بمرض غير مستجد، أو يعاني من مشكلة صحية مزمنة، أو إصابة، أو أي مخاوف صحية. يجب علاج المشكلات الصحية المُلتحّة في قسم الطوارئ أو وحدة الرعاية العاجلة. (إذا تم إكمال الفحص الطبي، والتشخيص، والعلاج المبكر، والدوري (EPSDT) خلال الأيام الخمسة الأولى، فلا يُعد إجراء الفحص الطبي الأولي مطلوباً).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مطلوب إجراء فحص طبي للتأكد من سلامة الطفل يُسمى الفحص الطبي والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (EPSDT) خلال أول 30 يوماً من حضانة الطفل خارج المنزل.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إجراء فحص للأسنان خلال 60 يوماً.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إجراء فحص لدى موظفي برنامج Child Health and Education Tracking (برنامج CHET)، برنامج متابعة صحة الطفل وتعليمه). ملحوظة: سيتصل بك القائم بالفحص في برنامج CHET لتحديد موعد الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المتطلبات المستمرة المتعلقة بالأطفال وصغار السن

أو افق على ما يلي:

- تحديد مواعيد تلقي الخدمات الطبية العامة، وخدمات طب الأسنان، وخدمات الصحة النفسية المستمرة، بما في ذلك إجراء فحص **EPSDT** وفقاً لمواعيد الفحوصات الموصى بها:
 - 6 فحوصات في السنة الأولى من عمر الطفل (لحديثي الولادة في الشهر الأول، والثاني، والرابع، والسادس، والتاسع).
 - 5 فحوصات للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة و3 سنوات (في الشهر 12، و15، و18، و24، و30).
 - فحوصات سنوية للأطفال وصغار السن الذين تتراوح أعمارهم بين 3 سنوات و24 سنة.

يمكنك العثور على مزيد من المعلومات على الرابط <https://www.dcyf.wa.gov/services/health-for-youth/epsdt>.

استخدم قسيمة الحصول على الخدمات الصيدلانية والطبية المؤقتة للأطفال المُحتَضَنِينَ لتحديد المواعيد أو الحصول على عبوات جديدة من الأدوية الموصوفة طبيًا للطفل في الوقت الحالي، حتى تتسلم بطاقة Provider One الخاصة بالطفل في حالة عدم تسلمك قسيمة، يمكنك زيارة [الموقع الإلكتروني لمنظمة Coordinated Care](https://www.dcyf.wa.gov) (منظمة الرعاية المُنسقة) وطباعة قسيمة، <https://bit.ly/3NGFfyf>

- أبقِ الطفل أو الشخص صغير السن ملتحقًا بالمدرسة المُلتحق بها في الوقت الحالي، ما لم يخبرك أخصائي الحالة بغير ذلك. تحدّث مع أخصائي الحالة إذا كنت ترى وجوب مناقشة احتياج الطفل إلى مدرسة جديدة.
- ادعم علاقة الطفل أو الشخص صغير السن بوالديه وأشقائه من خلال دعم الزيارات العائلية.
- ادعم احتياجات الطفل أو الشخص صغير السن فيما يتعلق بعرقه، ودينه، وثقافته، وتوجّهه الجنسي، وهويته الجنسية. تتضمن تلك الاحتياجات أداء الطفل للأنشطة التعليمية والدينية في منزل وفي المجتمع، بما في ذلك الأنشطة العائلية داخل عشيرة الطفل أو الشخص صغير السن أو مع أقاربه.
- اطلب من أخصائي الحالة مساعدتك عند احتياجك إلى المساعدة على التعامل مع سلوكيات الطفل أو الشخص صغير السن. لا يجوز لك استخدام العقاب البدني مع الطفل.
- شارك في اجتماعات التخطيط المشترك، فإن هذه الاجتماعات تكون فرصة لمشاركة الآراء والأفكار عن سلامة الطفل أو الشخص صغير السن، وديمومته، وعافيته.
- أخبر أخصائي الحالة بما يلي:
 - المخاوف المتعلقة بالطفل أو الشخص صغير السن، مثل إساءة المعاملة، أو الإهمال، أو المشكلات الطبية، أو السلوكية، أو النمائية، أو التعليمية التي تواجهه.
 - عندما تحتاج إلى دعم لتقديم الرعاية للطفل أو الشخص صغير السن. إن طلب الدعم والمساعدة يُعد جزءًا طبيعيًا من تقديم الرعاية الأبوية، ولا يعني ذلك عزك عن تقديم الرعاية للطفل أو الشخص صغير السن.
 - إذا كان الطفل أو الشخص صغير السن يحتاج إلى الانتقال من منزل، فقم بإخطار لا تقل مدته عن 14 يومًا إلى أخصائي الحالة المُكلف بمتابعة الطفل، ما لم تكن هناك حالة طارئة، لضمان حدوث التخطيط المناسب.

المتطلبات المتعلقة بالرُضَع منذ الولادة إلى سن عام

أو افق على ما يلي:

- اتباع إرشادات النوم الآمن.
 - _____ وقّع بالأحرف الأولى من اسمك هنا إقرارًا باستيعابك لإرشادات النوم الآمن، وموافقةً منك على اتباع الممارسات المذكورة في [إرشادات النوم الآمن](#). يمكنك الاطلاع على تلك الإرشادات من خلال الرابط https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe_Sleep_Environ_update.pdf.
 - شاهد فيديو **فترة ذروة البكاء** واتبع استراتيجيات التعامل مع تلك الفترة. يمكنك الاطلاع على تلك الإرشادات من خلال الرابط <http://www.purplecrying.info/what-is-the-period-of-purple-crying.php>.
 - _____ وقّع بالأحرف الأولى من اسمك هنا إقرارًا منك بمشاهدة فيديو "فترة ذروة البكاء"، واستيعاب المفاهيم الموجودة فيه، وموافقةً منك على اتباع الإرشادات التي تناولها الفيديو.
 - اتباع خطة الرعاية الأمنة (عند اللزوم)
 - _____ وقّع بالأحرف الأولى من اسمك هنا إقرارًا منك بتضمينك في وضع خطة للرعاية الأمنة.
 - _____ وقّع بالأحرف الأولى من اسمك هنا إقرارًا منك بتلقيك نسخة من خطة الرعاية الأمنة.

المتطلبات المتعلقة بالأقارب أو مُقدّمي الرعاية المناسبين الآخرين غير المُرخّص لهم

أو افق على ما يلي:

- التحري عن السوابق الجنائية وسوابق الإساءة إلى الأطفال أو الإهمال في رعايتهم لجميع الأشخاص البالغين من العمر 16 عامًا فأكثر، ممن يتعاملون مع الطفل أو الشخص صغير السن بصفة دورية من دون مراقبة. [راجع دليل تقديم الرعاية الأبوية الحكيمة](#).
- التأكد من حضور جميع أفراد الأسرة المطلوب إتمامهم لإجراء أخذ البصمات في الموعد المُحدّد لأخذ بصماتهم، وتقديم بصماتهم في موعد أقصاه 10 أيام من الموافقة على إلحاق الطفل بأسرة حاضنة.
- إخطار أخصائي الحالة المُكلف بمتابعة الطفل بأي تغيير في الأشخاص المقيمين في المنزل للتحري عن سوابقهم الجنائية، وسوابق الإساءة للأطفال، وإهمال رعايتهم.
- المشاركة بشكلٍ فعّال في دراسة منزل الأسرة من خلال قسم إصدار التراخيص.
- السماح لموظفي Department of Children, Youth, and Families (DCYF)، إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر) بدخول منزلي والتواصل مع الطفل أو الشخص صغير السن الموجود في منزلي.

- اتصل بانتلاف برنامج Caregiver Retention, Education, and Support (برنامج CaRES، برنامج الاحتفاظ بمُقَدِّمي الرعاية، وتثقيفهم، ودعمهم) للحصول على الدعم طوال فترة تقديمك للكفالة أو رعاية ذوي القربى. يوصِّل البرنامج مُقَدِّمي الرعاية بأقرانهم من المرشدين الذين يستمعون إليهم، ويعملون على حل مشكلاتهم، ويساعدونهم في العثور على الموارد المحلية. تفضَّل زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج CaRES للحصول على معلومات عن مجموعات الدعم، والفعاليات، ومزيد من المعلومات الأخرى!
 - تفضَّل زيارة الموقع من خلال الرابط التالي [/https://alliancecares.org](https://alliancecares.org)
 - البريد الإلكتروني alliancecares@uw.edu
 - اتصل على الرقم 206-221-4913
- يمكنك العثور على مزيدٍ من المصادر والمعلومات المتاحة على صفحات موقع إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر (DCYF) عن الأسر الحاضنة وتقديم الرعاية لذوي القربى من خلال الرابط التالي: <https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting>.



يشهد ذلك بأن / This certifies that

Is a Caregiver with the State of Washington
Department of Children, Youth, and Families
مُقدِّم رعاية لدى إدارة شؤون الأطفال، والشباب، والأسر في ولاية واشنطن

Expiration Date (One Year) Authorizing Signature LIC_0014A (08-2020)
تاريخ انتهاء الصلاحية (عام واحد) LIC_0014A (08-2020) المفوض بالتوقيع