

موافقت نامه تعیین کردن جای (پرورش)  
Placement Agreement

تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
قرار داده شده با:			

این قرارداد تعیین کردن جای (پرورش) معلومات لازم و مهم را برای اطمینان از مصنویت و رفاه طفلی که در خانه شما قرار داده شده است، ارائه می دهد. معلومات مربوط به طفل یا نوجوان یا خانواده آنها محرمانه بوده و فقط باید با افرادی که مستقیماً در طرح پرونده دخیل هستند به اشتراک گذاشته شود. برای کمک در مورد به اشتراک گذاشتن معلومات با دیگران، با متخصص پرونده خود مشورت کنید.

معلومات تماس:

تماس های منظم و نیازهای روزمره

کارمند پرونده برای طفلی که تحت مراقبت شما قرار گرفته است است. شما می توانید از طریق شماره تلفونی یا ایمیل با او تماس بگیرید. آنها از دفتر کار می کنند. شماره تلفونی دفتر می باشد. این دفتر در ساعات کاری معمولی از دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر باز می باشد.

تماس های اضطراری

برای موارد اضطراری مربوط به جای پرورش در جریان روز، لطفاً با کارمند پرونده یا دفتر آنها تماس بگیرید. اطمینان حاصل نمایید که با یک حالت اضطراری مربوط به جای پرورش مواجه هستید و باید فوراً با یک کس صحبت کنید. برای موارد اضطراری مربوط به جای پرورش یا گزارش نمودن کودک آزاری یا بی توجهی بعد از ساعات کاری از 5:00 شام تا 8:00 صبح، دوشنبه تا جمعه، در تمام ساعات رخصتی های آخر هفته و رخصتی های عمومی، با Central Intake از طریق شماره 1-800-301-1868 تماس بگیرید. اگر شما یا کدام کس دیگر در خانواده شما در معرض خطر یا در حالت اضطراری طبی هستید، با 911 تماس بگیرید و درخواست کمک پولیس نمایید.

مکلفیت ها برای اطفال و نوجوانان در 30 روز اول قرارگیری (تعیین جای پرورش) آنها

برای اطفال یا نوجوانانی که به تازگی از خانواده های شان حذف شده اند، در 30 روز اول شرایطی مثل وجود دارد. من موافقت می کنم که:

- قرار ملاقات های ضروری که در ذیل مشخص شده اند، برنامه ریزی و در آن شرکت کنم و از تمام توصیه های که در جریان قرار ملاقات مطرح می شود، پیروی کنم.

هر گونه نگرانی، توصیه و پیگیری که در قرار ملاقات ها ذکر می شود را به کارمند پرونده گماشته شده اطلاع دهم.

ضروری است

هرچه زودتر غربالگری (معاینه) اولیه صحت؛ حداکثر 5 روز پس از ورود اولیه به مراقبت. هنگامی که طفل یک مریضی غیر اضطراری، مشکل مزمن صحت، جراحت یا نگرانی صحت داشته باشد، ضروری است. مشکلات عاجل باید در بخش اضطراری یا بخش عاجل تداوی شوند. (اگر EPSDT در پنج روز اول تکمیل شود، به غربالگری (معاینه) اولیه صحت نیازی نیست).	بله <input type="checkbox"/>	نخیر <input type="checkbox"/>
در 30 روز اول مراقبت های خارج از خانه، معاینه طفل خوب که به نام تشخیص و تداوی غربالگری (معاینه) دوره ای اولیه (EPSDT) یاد می شود، ضروری است.	بله <input type="checkbox"/>	نخیر <input type="checkbox"/>
یک معاینه دندان را ظرف 60 روز تکمیل کنید.	بله <input type="checkbox"/>	نخیر <input type="checkbox"/>
غربالگری (معاینه) با کارکنان برنامه پیگیری صحت و تعلیم اطفال (CHET). دادداشت: یک معاینه کننده CHET برای تعیین قرار ملاقات با شما تماس خواهد گرفت.	بله <input type="checkbox"/>	نخیر <input type="checkbox"/>

## مکلفیت های دوامدار برای اطفال و نوجوانان

من موافقت می کنم که:

- خدمات طبی، صحت دندان و صحت روانی، از جمله معاینه **EPSDT** را طبق برنامه توصیه شده معاینات برنامه ریزی و در آن شرکت کنم:
  - 6 معاینه در سال اول زندگی (نوزاد؛ در 1، 2، 4، 6 و 9 ماهگی)؛
  - 5 معاینه بین 1 تا 3 سالگی (در 12، 15، 18، 24 و 30 ماهگی)؛
  - معاینات سالانه بین 3 تا 20 سالگی.

شما می توانید معلومات بیشتر را در <https://www.dcyf.wa.gov/services/health-for-youth/epsdt> پیدا کنید.

تا زمانی که یک کارت **Provider One** طفل را دریافت می کنید، از **کوین موقت دواخانه و خدمات طبی برای اطفال تحت پرورش** به منظور تعیین کردن قرار ملاقات یا پر کردن مجدد ادویات تجویز شده فعلی استفاده کنید. اگر کوپن دریافت نکردید، به **وب سایت مراقبت هماهنگ** مراجعه کنید و یک کوپن چاپ کنید، <https://bit.ly/3NGFFyf>

- طفل یا نوجوان را در مکتبی که فعلاً در آن تحصیل می کند بمانم، مگر اینکه کارمند پرونده چیز دیگر گفته باشد. اگر فکر می کنید که باید در مورد مکتب جدید بحث شود، با مسئول پرونده صحبت کنید.
- با حمایت از زمان خانواده (بازدید/مراجعه) از رابطه طفل یا نوجوان با والدین و خواهر/برادرهایشان حمایت کنم.
- از نیازهای بی مثل طفل یا نوجوان در مورد نژاد، مذهب، فرهنگ، گرایش جنسی و هویت جنسی حمایت کنم. اینها شامل فعالیت های فرهنگی، تعلیمی و معنوی در خانه و جامعه شما می شود، از جمله فعالیت های قبیله ای در جامعه قبیله ای طفل یا نوجوان یا خانواده بزرگ قبیله ای.
- اگر برای مدیریت رفتارهای طفل یا نوجوان به کمک نیاز دارم از کارمند پرونده درخواست کمک نمایم. شما نمی توانید از مجازات بدنی (جسمی) استفاده کنید.
- در جلسات برنامه ریزی مشترک شرکت کنم. یک جلسه برنامه ریزی مشترک فرصتی برای ارائه نظرات و بینش در مورد مسئولیت، ماندگاری و رفاه طفل یا نوجوان می باشد.
- مسائل ذیل با کارمند پرونده شریک سازم:
  - نگرانی های مربوط به طفل یا نوجوان، مانند سوء استفاده یا بی توجهی، مشکلات طبی، رفتاری، رشدی یا تعلیمی.
  - زمانی که برای مراقبت از طفل یا نوجوان به حمایت نیاز داشته باشید. درخواست حمایت و کمک بخشی عادی پرورش می باشد و به این معنا نیست که شما قادر به مراقبت از طفل یا نوجوان نیستید.
  - اگر طفل یا نوجوان نیاز دارد از خانه شما نقل مکان کند، حداقل یک اطلاعیه 14 روزه به کارمند پرونده که به او اختصاص داده شده است، ارائه نمایید، مگر اینکه شرایط اضطراری وجود داشته باشد، تا از برنامه ریزی مناسب اطمینان حاصل کنید.

## مکلفیت برای نوزادان از تولد تا یک سالگی

من موافقت می کنم که:

- از هدایات خواب مصنون پیروی کنم.
  - \_\_\_\_\_ در اینجا حروف اول امضای تان را بنویسید (علامت بزنید) تا تأیید نمایید که "خواب مصنون" را می دانید و با پیروی از شیوه های موجود در **هدایات خواب مصنون** موافقت می کنید. شما می توانید به اینها در [https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe\\_Sleep\\_Environ\\_update.pdf](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe_Sleep_Environ_update.pdf) دسترسی داشته باشید.
- ویدیوی **Period of Purple Crying** (دوره گریه شدید/مکرر) را تماشا کنید و از استراتژی های گریه شدید/مکرر پیروی کنید. شما می توانید به این در <http://www.purplecrying.info/what-is-the-period-of-purple-crying.php> دسترسی داشته باشید.
- در اینجا حروف اول امضای تان را بنویسید (علامت بزنید) تا تأیید نمایید که ویدیوی **Period of Purple Crying** را تماشا کرده اید، مفاهیم آن را درک کرده اید و با پیروی از استراتژی های بحث شده در ویدیو موافقت می کنید.
- از طرح مراقبت مصنون پیروی کنید (در صورت وجود)
  - \_\_\_\_\_ در اینجا حروف اول امضای تان را بنویسید (علامت بزنید) تا تأیید نمایید که شما در ایجاد یک طرح مراقبت مصنون شرکت داشته اید.
  - \_\_\_\_\_ در اینجا حروف اول امضای تان را بنویسید (علامت بزنید) تا تأیید نمایید که یک کاپی طرح مراقبت مصنون را دریافت نموده اید.

## مکلفیت ها برای خویشاوندان یا مراقبین مناسب دیگری که جواز ندارند

من موافقت می کنم که:

- بررسی تاریخچه جرمی و بررسی سوء استفاده و غفلت از اطفال را در مورد همه افراد 16 ساله و بالاتر که امکان دارد به طور منظم و بدون نظارت به طفل یا نوجوان دسترسی داشته باشند، تکمیل نمایم. **به رهنمای پرورش محتاط مراجعه کنید.**
- اطمینان حاصل کنم که تمام اعضای خانواده که باید گرفتن نشان انگشت را تکمیل کنند در قرار ملاقات تعیین شده گرفتن نشان انگشت خویش شرکت کرده و نشان های انگشت خویش را حداکثر تا 10 روز پس از تأیید برای قرار دادن ارسال کنند.
- برای تکمیل بررسی تاریخچه جرمی و بررسی سوء استفاده و غفلت از اطفال، هر گونه تغییر افراد ساکن در خانه را به کارمند پرونده گماشته شده اطلاع دهم.
- به طور فعال در مطالعه خانه خانواده از طریق بخش صدور جواز شرکت کنم.
- به DCYF اجازه دهم که به خانه من و طفل یا نوجوانی که در خانه من قرار داده شده است دسترسی داشته باشد.

من علاقه مند به دریافت جواز برای مراقبت از این طفل یا نوجوان هستم.  بله  نخیر  
من یک کاپی فورم معلومات طفل / راجع کردن به جای پرورش [DCYF 15-300](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-300) را دریافت کرده ام.  بله  نخیر

## مکلفیت های DCYF

DCYF موافقت می کند:

- معلومات شناخته شده و موجود در مورد نیازهای طبی، تعلیمی، روانی و رفتاری طفل یا نوجوان را در اختیار شما قرار دهد.
- اگر از طفل آسیب پذیر از نظر طبی مراقبت می کنید، یک طرح حمایت از مراقبین [DCYF 10-428](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=10-428) ایجاد کند.
- به شما در مورد جلسات استماع محکمه، جلسات برنامه ریزی مشترک و زمان خانواده به موقع اطلاع رسانی کند.
- در مورد موارد ذیل به شما معلومات فراهم نماید:
  - جواز مراقبت از طفل (پرورش) <https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting>
  - آموزش از طریق اتحاد <https://cpe.socialwork.uw.edu/alliance-courses>
  - حمایت از مراقب از طریق Alliance CarES <https://alliancecares.org/>
  - فواید مالی TANF
  - بیمه طبی / Medicaid
  - خدمات دیگر موجود
- مطالعه خانه خانواده خود را تکمیل کنید.

طفل یا نوجوان تحت سرپرستی DCYF قرار دارد و در صورتی که محکمه موارد ذیل را تشخیص دهد، امکان دارد از این سرپرستی خارج شود:

- صحت، مصئونیت یا رفاه طفل به خطر می افتد،
- این قرار دادن مانع از تلاش ها برای اتحاد مجدد می شود،
- یا اگر طفل در یک قرارداد داوطلبانه قرار داده شده (VPA) است:
- تصمیم گرفته شود که قرار دادن به نفع طفل یا نوجوان نباشد،
- کدام بخش از این توافقنامه نقض شود.

## امضاها

مراقب	مراقب	کارمند پرونده گماشته شده
تاریخ	تاریخ	تاریخ

## معلومات بیشتر در مورد حمایت

- هزینه های ترانسپورتیشن را در فورم بازپرداخت ماهوار ترانسپورتیشن مراقب که در [https://www.dcyf.wa.gov/forms?field\\_number\\_value=07-090&title=](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=07-090&title=) موجود است، پیگیری کنید.
- درخواست کوپن لباس برای اطفال یا نوجوانانی که در دوره اولیه پرورش باشند.
  - در صورتی که طفل یا نوجوان لباسی بی مثل یا استثنایی داشته باشد که این نیاز آنها از طریق منابع جامعه محلی یا کمک هزینه لباس معیاری در پرداخت ماهوار پرورشگاه برآورده نمی شود (اگر طفل در یک خانه پرورشی دارای جواز قرار داده شده باشد)، مراقبین می توانند کوپن لباس اضافی درخواست کنند.
- برای کمک به یافتن فراهم کننده خدمات یا هماهنگی مراقبت برای نیازهای طبی یا رفتاری، با **Apple Health Core Connections (AHCC)** تماس بگیرید: با شماره 1-844-354-9876 تماس بگیرید، سپس 1 را فشار دهید و شماره داخلی 6102194 را وارد کنید.
  - ایمیل [AHCCTeam@coordinatedcarehealth.com](mailto:AHCCTeam@coordinatedcarehealth.com)
  - کارت پوشش (بیمه) تداوی طفل یا نوجوان به شما از طریق پست ارسال خواهد شد.
  - به مراقبین یک کارت پوشش (بیمه) طبی جدید از طریق پست ارسال می شود. در حالی که منتظر کارت باشید، می توانید از کارمند پرونده بخواهید شماره شناسایی **Provider One** یا **Apple Health Core Connections** طفل یا نوجوان را در **FamLink** جستجو کند.
- از سوابق طبی (= [https://www.dcyf.wa.gov/forms?field\\_number\\_value=10-455&title=](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=10-455&title=)) برای مستند کردن قرار ملاقات های طبی/صحت دندان، تماس ها و توصیه های مربوط به قرار ملاقات ها استفاده کنید.

- برای حمایت در طول سفر پرورش یا خویشاوندی تان، با برنامه اتحاد حفظ، تعلیم و پشتیبانی مراقبین (CaRES) تماس بگیرید. آنها مراقبین را به مربیان همکار وصل می کنند که می توانند گوش دهند، مشکل را حل کنند و در شناسایی منابع محلی کمک کنند. برای معلومات در مورد گروه های حمایتی، رویدادها و موارد دیگر به وب سایت CarES مراجعه کنید!
  - به وب سایت CaRES مراجعه کنید [/https://alliancecares.org](https://alliancecares.org)
  - ایمیل [alliancecares@uw.edu](mailto:alliancecares@uw.edu)
  - با 4913-221-206 تماس بگیرید
- منابع و معلومات بیشتر در صفحات وب DCYF Foster Parenting and Kinship Care (پرورش و مراقبت از خویشاوندی) در <https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting> موجود است.



Washington State Department of  
**CHILDREN, YOUTH & FAMILIES**

بدینوسیله تصدیق می شود که  
This certifies that

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

یک مراقبت در ریاست اطفال، نوجوانان و خانواده ها  
ایالت واشنگتن می باشد  
Is a Caregiver with the State of Washington  
Department of Children, Youth, and Families

\_\_\_\_\_ تاریخ انقضا (یک سال)  
Expiration Date (One Year)

\_\_\_\_\_ امضای مجاز ( 08-2020LIC\_0014A )  
Authorizing Signature LIC\_0014A (08-2020)