收件人：此为一份 FamLink 信息系统表格。 仅在无法使用 FamLink 信息系统时，方可采用 Word 版表格。

Washington State Department of Social & Health Services
CA Children's Administration

CHILDREN'S ADMINISTRATION (CA)

儿童情况与安置转介

Child Information and Placement Referral

日期

姓名	识别号码	性别	出生日期

部落归属	种族 / 族裔

法定身份	下次法庭听证日期	第一语言

工作人员信息

工作人员姓名	电话号码（请包括地区号码）	电子邮件地址
负责人姓名	电话号码（请包括地区号码）	电子邮件地址

安置信息

安置类型	如果勾选替代看护，须填写替代看护日期	安置请求
☐ 最初安置 ☐ 紧急安置变化 ☐ 计划安置变化 ☐ 替代看护请求		☐ 短期 ☐ 长期 ☐ 永久安置

安置变化的原因

最初安置日期	曾经安置的次数	上一次安置的开始日期

父母/监护人对儿童或看护人的安全问题表示担心？ ☐ 是 ☐ 否

请说明：

学校/托儿服务

儿童姓名	电话号码（请包括地区号码）	学历

学校地址	城市	州	邮政编码

儿童日托	电话号码（请包括地区号码）

儿童情况

儿童的日常情况总结：描述儿童的日常情况。 描述儿童的一般行为、性情和身体能力。 包括儿童的依恋能力、家庭角色、发育情况、心理健康、以前受过的伤害/创伤以及文化规范适应情况。

偏食	**仅指明年满 12 岁或以上青少年的性别认同和性取向情况**	
	确定的青少年性别认同情况 ☐ 女 ☐ 男 ☐ 其它（请说明）：	确定的青少年性取向情况 ☐ 双性恋 ☐ 男同性恋 ☐ 女同性恋 ☐ 有疑问 ☐ 异性恋 ☐ 未确定
宗教/精神信仰		

青少年已被确定为具有性侵犯性 (SAY)：☐ 是 ☐ 否
如果是，则需要有监督计划。 看护人须接受培训。

青少年已被确定为具备人身攻击 / 侵犯性 (PAAY): ☐ 是 ☐否
如果是，则需要有监督计划。 看护人须接受培训。

说明看护人应了解的及时注意或任何事项要求，让儿童更早地过渡。

兄弟姊妹情况

兄弟姊妹姓名	出生日期	性别	地点

附件

☐ 儿童健康与教育情况跟循(CHET)　　☐ 临时药房及医疗服务凭券

☐ 看护人支持计划	☐ 安全计划（从 FamLink 中选取）
☐ 教育计划（从 FamLink 中选取）	☐ 探视计划（从 FamLink 中选取）
☐ 寄养看护评估计划 (FCAP)	☐ 青少年过渡计划（从 FamLink 中选取）
☐ 健康与教育总结（从 FamLink 中选取）	☐ 青少年监督计划（从 FamLink 中选取）
☐ 独立生活能力计划（从 FamLink 中选取）	
☐ 其它（请具体写明）：	☐ 其它（请具体写明）：

由于离家安置的特殊性质，这时儿童事务管理局的工作人员可能不了解其身体、情感、医疗、性或其他行为问题或优势。受虐待和/被忽视的儿童的行为和/或情感问题难以预测，因此**近距离监督儿童是必须的，也是必然的。** 如果您对看护或监督这名儿童有任何疑虑，请联系指定的工作人员。

这些属机密信息，受州和联邦法律双重保护。 将其与儿童的看护人分享是从儿童及看护人家庭的利益出发。 法律禁止看护人与其他人分享这些信息，除非是将信息提供给负责治疗或看护儿童的人员。 本表和附件包含安置时了解到的信息。如果了解到了其他情况，儿童事务管理局的工作人员将与看护人分享。

看护人家属姓名	
看护人家属签名	日期
工作人员/负责人员签名	日期