



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

儿童住宿看护所服务请求
Request for Children's Residential Services

儿童/青少年姓名		年龄	出生日期
家长姓名			申请日期
地址	城市	州	邮政编码
这个孩子是否与您同在这一地址居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若不是这样，请说明：			
我/我们是这个孩子的法定家长及有监护权家长。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若适用，家长已提供法庭文件证实其有监护权。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
与您子女有关的其它法律信息			
母亲目前的住宅电话号码		电子邮件地址	
父亲目前的住宅电话号码		电子邮件地址	
母亲目前的工作电话号码	电子邮件地址	目前的手机号码	
父亲目前的工作电话号码	电子邮件地址	目前的手机号码	
<p>自愿安置服务受华盛顿州修正法规RCW 74.13.350制约。 根据此法规之规定，儿童/青少年的残障症状是据以提出此项请求的唯一理由。 家长保留对其子女的法定监护权，而且有行使决定权的责任。 签字即表示您肯定您是上面列名之儿童/青少年的监护人或法定代表。 如果有关儿童/青少年的家长已婚且居住在一起，则不要求家长签字。 如果有关儿童/青少年的家长已分居，则要求与家长双方商议，并要求家长双方签字。 如果经签署的法庭颁令已指定一位家长可全权处理该儿童/青少年的服务事宜，或者有证据证明其中一位家长已明确放弃或已实际放弃其家长责任，则可按例外情况处理。</p>			
家长签名			日期
家长签名			日期
作出批准决定之VPS协调员或指定人员签名			日期

文件分发如下：副本抄送：家长；个案当事人档案；HQ VPS计划管理人