

الجزء (أ): الدعم المالي لتكاليف المخيم الصيفي

يجب أن يكون طفلك قد تم تحديد أهليته للحصول على خدمات الإعاقة الذهنية/النمائية من قبل هيئة رعاية الأطفال (CSOC) ومسجلًا في مخيم مؤهل قبل تقديم هذا الطلب. إذا كنت لا تعرف رقم تعريف CYBER الخاص بطفلك، يرجى الاتصال بـ PerformCare على الرقم 877-652-7624. يمكنك أيضًا إكمال طلب خدمات المخيم الصيفي عبر الإنترنت من خلال الموقع: www.performcarenj.org/summercamp.

التعليمات

1. اختر مخيم مؤهل من قائمة CSOC المعتمدة والمتاحة من خلال الرابط: www.performcarenj.org/summercamp.
2. إذا قرر المخيم المؤهل أن طفلك بحاجة إلى دعم من مساعد/مدافع فردي (One-to-One Aide/Advocate) لحضور المخيم، يجب عليك تعبئة الجزء (ب) من هذا الطلب. قبل تقديم الطلب، يرجى التواصل مع وكالة مزودي المساعدات الفرديين للتأكد من أن الوكالة التي اخترتها قادرة على تلبية طلبك. يمكن العثور على قائمة بالمزودين المعتمدين من CSOC عبر الموقع: www.performcarenj.org/summercamp.
3. أرسل الطلب المكتمل مع نسخة من خطاب التسجيل أو القبول من المخيم المؤهل إلى العنوان التالي: PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919. يجب أن يكون طلبك مكتملاً ومختوماً بختم البريد أو مستلماً في موعد أقصاه 30 يونيو 2026 حتى يتم النظر فيه للحصول على دعم مالي. لن يتم قبول الطلبات بعد الموعد النهائي في 30 يونيو. سيتم إرسال إشعارات حالة الطلب بالبريد بعد 1 ديسمبر 2025، و1 مارس 2026.

ملاحظة هامة: سيتم دفع المبلغ مباشرة إلى المخيم المؤهل بعد تقديم خدمات المخيم للطفل.

معلومات الطفل		
الاسم الأول للطفل		اسم عائلة الطفل
مُعرف CYBER	تاريخ الميلاد	الرمز البريدي

معلومات الوالد / الوصي القانوني		
الاسم الأول للوالد / الوصي القانوني		اسم عائلة الوالد / الوصي القانوني
العنوان	المدينة	الولاية
الرمز البريدي	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني

معلومات المخيم المؤهل — يرجى إرفاق تأكيد التسجيل في المخيم مع هذا الطلب.		
اسم المخيم المؤهل		رقم تعريف المخيم (Camp ID) (موجود في قائمة مزودي خدمات المخيمات المؤهلين على موقعنا الإلكتروني)
العنوان	المدينة	الولاية
الرمز البريدي	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني

معلومات المخيم المؤهل — يُرجى إرفاق تأكيد التسجيل في المخيم مع هذا الطلب.

نوع المخيم:

☐ مخيم ليلي (اختر حتى 6 أيام لاسترداد التكاليف):

اسم المخيم:

التواريخ: تاريخ البدء (شهر/يوم/سنة)
تاريخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة)

إلى
(بحد أقصى 6 أيام)

☐ مخيم نهارى (اختر حتى 10 أيام فقط لاسترداد التكاليف):

الأسبوع الأول

اسم المخيم:

التواريخ: تاريخ البدء (شهر/يوم/سنة)
تاريخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة)

إلى
(بحد أقصى 5 أيام)

الأسبوع الثاني

اسم المخيم:

التواريخ: تاريخ البدء (شهر/يوم/سنة)
تاريخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة)

إلى
(بحد أقصى 5 أيام)

تواريخ غير متصلة للمخيم: (إذا لم يحضر الشباب أسبوعين كاملين، يرجى إدخال التواريخ الفردية).

اسم المخيم:

التواريخ:

معلومات المخيم المؤهل — يرجى إرفاق تأكيد التسجيل في المخيم مع هذا الطلب.					
نوع المخيم (تابع)					
☐ جلسات ترفيهية بديلة (اختر 20 جلسة ترفيهية بديلة مدة كل منها ساعتان أو 5 أيام من مخيم نهاري + 10 جلسات ترفيهية بديلة).					
اسم مخيم الجلسات الترفيهية البديلة:					
التواريخ:	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة
	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة
	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة
	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة

اسم المخيم النهاري:					
التواريخ:	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة

إقرار		
أقرّ بموجبه أنني، بتقديم هذا الطلب للحصول على دعم مالي لتغطية رسوم المخيم الصيفي، قد قمت بتسجيل طفلي/القاصر المؤهل بالكامل في المخيم المحدد أعلاه. كما أصرّح بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي ومعرفتي.		
اسم الوالد / الوصي القانوني	توقيع الوالد / الوصي القانوني	التاريخ

الجزء (ب): طلب الحصول على خدمات مساعد فردي (One-to-One Aide) للمخيم الصيفي لعام 2026

إذا قرر المخيم أن طفلك بحاجة إلى دعم من مساعد/مدافع فردي لحضور المخيم، فيجب تعبئة هذا القسم من الطلب. يجب عليك وعلى المزود الذي يقدم خدمات المخيم إكمال ملخص السلوك التكيفي للطفل (CABS) معًا في الصفحات التالية لتقديم طلب الحصول على خدمات المساعد الفردي. يجب على المخيم الاحتفاظ بنسخة من نموذج CABS المكتمل.

بالإضافة إلى ذلك، يجب تقديم نسخة من نموذج CABS إلى وكالة المساعد الفردي المحددة، حيث يساعد ذلك في إعطاء صورة شاملة عن تأثير إعاقة الطفل على حياته اليومية وحياته مقدم الرعاية، ويساعد في ضمان ملائمة مقدم الخدمة لحاجة الطفل. يرجى أيضًا الرجوع إلى قائمة مزودي المساعدين الفرديين المعتمدين من خلال موقع PerformCare لإكمال الطلب — www.performcarenj.org/summercamp

تنبيه: نظرًا لارتفاع الطلب على المساعدين الفرديين في آخر أسبوعين من أغسطس، فإن CSOC لا تضمن تلبية جميع الطلبات. يجب أن يكون الطلب كاملاً حتى تتم معالجته.

معلومات المساعد الفردي — للمخيم النهاري والجلسات الترفيهية البديلة

معلومات الطفل	
الاسم الأول للطفل	اسم عائلة الطفل
مُعرف CYBER	تاريخ الميلاد

معلومات مزود خدمة المساعد الفردي	
اسم وكالة المساعد الفردي	معرّف الوكالة (موجود في قائمة مزودي خدمة المساعد الشخصي على موقعنا الإلكتروني)
العنوان	المدينة
الشخص المسؤول في الوكالة	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني

إقرار — يجب أن يكون الطلب كاملاً حتى تتم معالجته.	
أقرّ بموجبه أنني قد قمت بتسجيل طفلي بالكامل في المخيم المحدد، وقد تأكدت من أن وكالة تقديم خدمات المساعد الفردي قادرة على تلبية احتياجات طفلي من خلال خدماتها. كما أصرّح بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي ومعرفتي.	
اسم الوالد / الوصي القانوني	توقيع الوالد / الوصي القانوني
	التاريخ

يرجى إرسال الطلب إلى العنوان التالي: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**.

يجب أن يكون هذا الطلب مكتملاً ومختوماً بختم البريد أو مستلماً في موعد أقصاه 30 يونيو 2026 حتى يتم النظر فيه لخدمات المساعد الفردي.

سيتم إرسال إشعارات حالة الطلب بالبريد بعد 1 ديسمبر 2025، و 1 مارس 2026. لن يتم قبول الطلبات بعد الموعد النهائي في 30 يونيو 2026. إذا كان لديك أي

استفسارات، يُرجى الاتصال بـ PerformCare على الرقم 1-877-652-7624.

يجب إكمال نموذج ملخص السلوك التكيفي للطفل (CABS) بالتعاون مع مزود خدمات المخيم.

ملخص السلوك التكيفي للطفل (CABS)

اسم الطفل: _____
 الاسم الأول _____ الحرف الأول من اسم الأب _____ اسم العائلة _____
 العمر الحالي: _____
 تم تعبئة نموذج CABS بواسطة: _____ تاريخ الإكمال: _____
 العلاقة: _____ رقم الهاتف: _____

القسم الأول: أنشطة الحياة اليومية

يرجى تقييم أداء الطفل في المنزل خلال آخر 6 أشهر. يمكنك استخدام خانة التعليقات لتوضيح أي معلومات إضافية مثل شدة الصعوبة، أو المحفزات، أو ما إذا كانت قدرات الطفل قد تحسنت أو تراجعت مقارنة بالفترة السابقة.

تناول الطعام	1 يعتمد على نفسه غالبًا	2 يحتاج إلى تذكير لفظي أحيانًا	3 يحتاج إلى تذكير لفظي متكرر	4 يحتاج إلى مساعدة جسدية أحيانًا	5 يحتاج إلى مساعدة جسدية متكررة	لا شيء مما ذكر غير قابل للتطبيق
1. يأكل بيده	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. يتناول الطعام بالملعقة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. يتناول الطعام بالشوكة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. يقطع الطعام بالسكين	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. يشرب من كوب أو كأس	☐	☐	☐	☐	☐	☐

تعليقات / معلومات إضافية: (يرجى شرح أي اختيار لخانة "غير قابل للتطبيق" بإيجاز)

استخدام المرحاض	1 يعتمد على نفسه غالباً	2 يحتاج إلى تذكير لفظي أحياناً	3 يحتاج إلى تذكير لفظي متكرر	4 يحتاج إلى مساعدة جسدية أحياناً	5 يحتاج إلى مساعدة جسدية متكررة	لا شيء مما ذكر غير قابل للتطبيق
1. يعرف متى يجب عليه استخدام المرحاض	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. يستخدم المرحاض بنفسه	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ينظف نفسه بورق المرحاض	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. يغسل يديه بعد استخدام المرحاض	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. (للإناث) تعتني بالاحتياجات المتعلقة بالدورة الشهرية	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. أي حوادث تبول لا إرادي - أثناء النهار	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. أي حوادث تبول لا إرادي - أثناء الليل	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. أي حوادث تبرز لا إرادي - أثناء النهار	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. أي حوادث تبرز لا إرادي - أثناء الليل	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. يستخدم أي من منتجات سلس البول (الحفاضات أو منتجات مشابهة)	☐ نعم	☐ لا	إذا كانت الإجابة "نعم": يرجى تحديد وقت/أوقات الاستخدام: ☐ أثناء النهار ☐ أثناء الليل			
تعليقات / معلومات إضافية: (يرجى شرح أي اختيار لخانة "غير قابل للتطبيق" بإيجاز.)						

النظافة الشخصية	1 يعتمد على نفسه غالباً	2 يحتاج إلى تذكير لفظي أحياناً	3 يحتاج إلى تذكير لفظي متكرر	4 يحتاج إلى مساعدة جسدية أحياناً	5 يحتاج إلى مساعدة جسدية متكررة	لا شيء مما ذكر غير قابل للتطبيق
1. ينظم ويضبط درجة حرارة الماء	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. يغسل ويجفف يديه	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. يغسل ويجفف وجهه	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. يستحم في حوض الاستحمام	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. يستحم تحت الدش	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. يغسل شعره بالشامبو	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. يجفف جسمه	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. يستخدم مزيل العرق	☐	☐	☐	☐	☐	☐

النظافة الشخصية	1 يعتمد على نفسه غالباً	2 يحتاج إلى تذكير لفظي أحياناً	3 يحتاج إلى تذكير لفظي متكرر	4 يحتاج إلى مساعدة جسدية أحياناً	5 يحتاج إلى مساعدة جسدية متكررة	لا شيء مما ذكر غير قابل للتطبيق
9. يُمشط / يمسح شعره	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. يضع معجون الأسنان على الفرشاة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ينظف أسنانه بالفرشاة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ينظف ويمسح أنفه بالمنديل	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. يخلق بنفسه عند الحاجة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
تعليقات / معلومات إضافية: (يرجى شرح أي اختيار لخانة "غير قابل للتطبيق" بإيجاز.)						

ارتداء الملابس	1 يعتمد على نفسه غالباً	2 يحتاج إلى تذكير لفظي أحياناً	3 يحتاج إلى تذكير لفظي متكرر	4 يحتاج إلى مساعدة جسدية أحياناً	5 يحتاج إلى مساعدة جسدية متكررة	لا شيء مما ذكر غير قابل للتطبيق
1. يخلع ملابسه بنفسه (بشكل لائق)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. يمكنه ربط الأزرار	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. يمكنه ارتداء الملابس ذات الكباسات	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. يمكنه سحب السحاب لأعلى/أسفل	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. يربط الأربطة (مثل حزام الخصر)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. (للإناث) تثبت مشبك حمالة الصدر	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. يربط حذاءه	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. يرتدي ملابسه بالكامل	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. يغير ملابسه بانتظام	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. يختار الملابس المناسبة للموسم	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. يخلع الجوارب أو القفازات أو القبعة	☐	☐	☐	☐	☐	☐
تعليقات / معلومات إضافية: (يرجى شرح أي اختيار لخانة "غير قابل للتطبيق" بإيجاز.)						

القسم الثاني: مهارات التواصل والسلوكيات الاجتماعية

يرجى تقييم متوسط أداء الطفل في المنزل، المدرسة، والمجتمع خلال آخر 6 أشهر. يمكنك استخدام خانة التعليقات لذكر أي معلومات إضافية (مثل الشدة، أو المحفزات)، أو ما إذا كان أداء الطفل قد تحسّن أو تراجع مقارنة بالماضي.

مهارات التواصل	1 نادرًا جدًا (أقل من 10% من الوقت)	2 نادرًا (أقل من 25% من الوقت)	3 أحيانًا (حوالي 50% من الوقت)	4 غالبًا (أكثر من 75% من الوقت)	5 معظم/طوال الوقت (90% أو أكثر من الوقت)
1. يستجيب بشكل مناسب لأسئلة "نعم" أو "لا"	☐	☐	☐	☐	☐
2. يتبع التعليمات البسيطة	☐	☐	☐	☐	☐
3. يتبع التعليمات المعقدة أو متعددة الخطوات	☐	☐	☐	☐	☐
4. يُعبّر عن احتياجاته ورغباته الأساسية	☐	☐	☐	☐	☐
مجموعة أسئلة "نعم" أو "لا"	نعم	لا	التعليق على كل بند:		
5. يستخدم الإيماءات للتواصل (مثل الإشارة)	☐	☐			
6. يستخدم لغة الإشارة للتواصل	☐	☐			
7. يفهم الإيماءات	☐	☐			
8. يفهم الإشارات أو لغة الإشارة	☐	☐			
9. يرد على الهاتف / قادر على استخدام الهاتف	☐	☐			
10. هل يستخدم الطفل أي أدوات مساعدة للتواصل؟	☐	☐			
السلوكيات الاجتماعية	نعم	لا	التعليقات		
هل لدى الطفل هوايات يستمتع بها؟	☐	☐			
يستطيع الطفل تكوين صداقات والحفاظ عليها بشكل مستقل.	☐	☐			
يستطيع الطفل الحفاظ على محادثة ذات مغزى مع أقرانه من نفس العمر.	☐	☐			
يُظهر الطفل اهتمامًا بقضاء الوقت مع أقرانه.	☐	☐			
يحتفظ الطفل بالأسرار عند اللزوم ويحرص على خصوصية المعلومات الشخصية.	☐	☐			
يُظهر الطفل تعاطفًا واهتمامًا بمشاعر أصدقائه.	☐	☐			
يستطيع الطفل التعبير عن نفسه عند الحاجة.	☐	☐			
يستطيع الطفل التحكم في الغضب والإحباط بطريقة مناسبة.	☐	☐			

مجالات الأداء الأخرى	نعم	لا	التعليقات
1. يستطيع الطفل تحديد ما يفضلُه (مثل الطعام، البرامج التلفزيونية، الألعاب).	☐	☐	
2. يستطيع الطفل التخطيط وتوقع الأحداث المستقبلية.	☐	☐	
3. يطلب الطفل المساعدة من الآخرين عند الحاجة.	☐	☐	
4. يستطيع الطفل التخلص من القمامة ووضعها في المكان المخصص.	☐	☐	
5. يُشير الطفل إلى غرض مفضّل أو مثير لاهتمامه.	☐	☐	
6. لدى الطفل هوايات أو اهتمامات.	☐	☐	
7. يستطيع الطفل وضع خطط وتنفيذها.	☐	☐	
8. يستطيع الطفل إتقان مهام بسيطة.	☐	☐	
9. يستطيع الطفل تنظيف غرفته (وضع الأغراض في أماكنها).	☐	☐	
10. يبحث عن أقران من نفس عمره للعب معهم.	☐	☐	
11. يستطيع معرفة الوقت من ساعة رقمية أو ساعة يد.	☐	☐	
12. الطفل متأخر 3 مستويات صفية أو أكثر في مادتين أكاديميتين.	☐	☐	
13. يستطيع الطفل ذكر عنوان منزله الأساسي.	☐	☐	
14. يستطيع التعرف على الأشياء في الصور من خلال الإشارة أو التسمية.	☐	☐	
15. يستطيع الطفل العد من 1 إلى 10 بدون أخطاء.	☐	☐	
16. يستطيع الطفل مطابقة 3 أشكال أو 3 ألوان.	☐	☐	
17. يستطيع الطفل التعرف على 7 ألوان على الأقل.	☐	☐	
18. يستطيع الطفل استخدام الوقت لاتباع جدول معين.	☐	☐	
تعليقات إضافية:			

الوعي المجتمعي	نعم	لا	التعليقات
1. ما هي الأنشطة التي يشارك فيها الطفل في المجتمع؟			
2. هل يُظهر الطفل سلوكًا مناسبًا خلال هذه الأنشطة؟	☐	☐	
3. هل يدرك الطفل المخاطر المنزلية (كالسلاسل، سائل التنظيف، السخانات، المواقد، المدافئ)؟	☐	☐	
4. هل يُظهر الطفل وعيًا بمخاطر المجتمع مثل حركة المرور أو الثقة الزائدة بالغرباء؟	☐	☐	
5. هل يستطيع الطفل القيام بعمليات شراء؟	☐	☐	
6. هل يستطيع الطفل استخدام وسائل النقل العامة؟	☐	☐	
7. هل يستطيع الطفل معرفة الوقت؟	☐	☐	
8-أ. هل يستطيع الطفل تناول أدويته الموصوفة بنفسه؟	☐	☐	
8-ب. صف طريقة تناول الدواء:			
9. هل يمكن ترك الطفل بمفرده أو دون إشراف لفترة من الزمن؟	☐	☐	
10. صف نوع المساعدة التي يحتاجها الطفل لإدارة المال (مثل دفع الفواتير، وضع الميزانية، إلخ).			
التعليقات:			

القسم الثالث: العوامل الطبية والسلوكية

يرجى تقييم أداء الطفل في المنزل خلال آخر 6 أشهر. يمكنك استخدام خانة التعليقات لتوضيح أي معلومات إضافية مثل شدة الصعوبة، أو المحفزات، أو ما إذا كانت قدرات الطفل قد تحسنت أو تراجعت مقارنة بالفترة السابقة.

بالنسبة للحالات الطبية الخطرة، يُرجى اختيار "نعم" فقط إذا ظهرت الأعراض خلال آخر 6 أشهر، بغض النظر عن تاريخ التشخيص. إذا كان الطفل لديه تاريخ سابق مع الحالة/العلاج ولكن لم تظهر عليه الأعراض مؤخرًا، اختر "لا" مع توضيح التفاصيل في خانة التعليقات.

بالنسبة لقسم تاريخ الصدمات والمخاطر، يرجى الإشارة بـ "نعم" إذا كان الطفل قد عانى في أي وقت مضى من البند المذكور. إذا عانى الطفل من أنواع أخرى من الصدمات، يُرجى الإشارة إلى ذلك في خانة التعليقات المناسبة.

الحالات الطبية الخطرة	نعم	لا	التعليقات
1. الحساسية (للدواء أو الطعام)	☐	☐	
2. الربو (البخاخات، أجهزة التنخير)	☐	☐	
3. مشاكل تنفسية (الأكسجين، ثقب القصبية الهوائية، جهاز CPAP)	☐	☐	
4. مشاكل الجهاز الهضمي (مشاكل التغذية/الإخراج، الارتجاع الشديد)	☐	☐	
5. يستخدم فغر القولون (Colostomy)	☐	☐	
6. معرض لخطر دخول الطعام أو الشراب إلى مجرى التنفس (Aspiration)	☐	☐	
7. يستخدم أنبوب تغذية (G-Tube)	☐	☐	
8. يسعل أو يختنق أثناء الأكل أو الشرب	☐	☐	
9. يحتاج شخص آخر إلى تقديم الطعام أو الشراب له في فمه	☐	☐	
10. يحتاج إلى نظام غذائي مُعدّل ميكانيكيًا (مهرّوس، مقطع، مطحون)	☐	☐	
11. يحتاج إلى نظام غذائي خاص موصوف طبيًا (منخفض الدهون، الصوديوم، الكوليسترول)	☐	☐	
12. يظهر سلوكًا مفرطًا في البحث عن الطعام أو السوائل	☐	☐	
13. معرض لخطر الجفاف / يرفض السوائل بانتظام	☐	☐	
14. يعاني من الإمساك / يستخدم تحميلة أو حقنة شرجية بانتظام	☐	☐	
15. يتطلب قسطرة، غسيل كلوي (أمراض الكلى/المسالك البولية، إلخ).	☐	☐	
16-أ. صرع/اضطراب نوبات؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو النوع؟	☐	☐	
16-ب. هل يُصرف للطفل دواء للصرع؟	☐	☐	
16-ج. تاريخ آخر نوبة، نوع النوبة، وتكرارها:			

17-أ. مرض السكري؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو النوع؟:	☐	☐
17-ب. هل الشاب/الطفل يعتمد على الإنسولين؟	☐	☐
18. هل يتلقى الطفل رعاية تمريضية متخصصة في المنزل؟	☐	☐
19. حالات طبية أخرى تتطلب المساعدة: يُرجى ذكرها في خانة التعليقات أدناه. التعليقات:		

المخاطر السلوكية	نعم	لا	التعليقات
سلوكيات (موجهة نحو الذات)			
1. عض/ضرب الذات بشدة	☐	☐	يرجى ذكر معدلات التكرار والمحفزات
2. ضرب الرأس	☐	☐	
3. إدخال أجسام مؤذية في فتحات الجسم	☐	☐	
4. نتف الجلد أو خدشه بشدة	☐	☐	
5. أكل الأشياء غير الصالحة للأكل/استهلاك مواد غير غذائية	☐	☐	
6. سلوك آخر:	☐	☐	
سلوكيات (موجهة نحو الآخرين)			
7. ضرب، عض، أو ركل الآخرين	☐	☐	يرجى تضمين معدلات التكرار، المحفزات، والأشخاص المستهدفين (مثل: أحد الوالدين، الأخوة، المعلم، الغرباء)
8. إصدار تهديدات مباشرة بالعنف	☐	☐	
9. نوبات غضب/عدوانية عنيفة	☐	☐	
10. تمرد شديد/رفض متكرر للتوجيهات	☐	☐	

سلوكيات أخرى	نعم	لا	إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى وصف العلاج/الخدمات التي يتلقاها الطفل، إن وجدت
11. تعاطي المواد المخدرة	☐	☐	
12. التورط في قضايا قانونية/جنائية	☐	☐	
13. سلوك جنسي غير مناسب	☐	☐	
14. الهروب التلقائي أو المفاجئ	☐	☐	
15. التجوال المتكرر بعيدًا	☐	☐	
16. سلوكيات تسلُّق غير معتادة	☐	☐	
17. تخريب الممتلكات	☐	☐	
18. إشعال الحرائق	☐	☐	
19. سلوك آخر:	☐	☐	

النظروف المرتبطة بالصدمات والمخاطر	نعم	لا	التعليقات
1. تاريخ من الإيذاء الجسدي	☐	☐	
2. تاريخ من الإيذاء الجنسي	☐	☐	
3. تاريخ من التعرض للتنمر	☐	☐	
4. فقدان شخص مقرب (مثل وفاة أخ/أخت أو أحد الوالدين)	☐	☐	
5. الإبعاد عن المنزل بسبب الإساءة أو الإهمال	☐	☐	
مشكلات الصحة النفسية	نعم	لا	إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى وصف العلاج/الخدمات التي يتلقاها الطفل، إن وجدت
6. الاكتئاب (يأس، حزن، تقلبات مزاجية)	☐	☐	
7. القلق (قلق مفرط، نوبات هلع)	☐	☐	
8. اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)	☐	☐	
9. تقلبات مزاجية حادة و/أو تهيج مفرط	☐	☐	
10. التشنجات اللاإرادية أو اضطرابات الحركة	☐	☐	
11. هلوسات (رؤية/سماع أشياء غير حقيقية)	☐	☐	

التعليقات:

القسم الرابع: احتياجات الإشراف واستخدام المعدات التكيفية

يرجى تقييم مستوى أداء الطفل أو استخدامه للمعدات خلال آخر 6 أشهر. يمكنك الإشارة إلى أي معلومات إضافية في خانة التعليقات، مثل: ما إذا كانت قدرات الطفل الحالية أو حاجته للمعدات التكيفية قد تحسنت أو ساءت مقارنةً بفترات سابقة.

احتياجات الإشراف في المنزل			احتياجات الإشراف في المجتمع		
لا	نعم		لا	نعم	
☐	☐	1. يتطلب إشرافًا مناسبًا لعمره	☐	☐	1. يتطلب إشرافًا مناسبًا لعمره
☐	☐	2. يتطلب إشرافًا دائمًا على مدار ساعات النهار والليل	☐	☐	2. يتطلب إشرافًا دائمًا على مدار ساعات النهار والليل
☐	☐	3. إشراف مكثف خلال النهار	☐	☐	3. إشراف مكثف خلال النهار
☐	☐	4. يحتاج دعمًا/إشرافًا موقعًا يوميًا لساعات محدودة	☐	☐	4. يمكن تركه بمفرده في أماكن محددة
☐	☐	5. يمكنه تحديد حالة الطوارئ والحصول على المساعدة لنفسه	☐	☐	5. يتنقل في المجتمع بشكل مستقل
☐	☐	6. يحتاج مساعدة عند إخلاء المنزل	☐	☐	6. معرض للاستغلال

التعليقات:

التعليقات				يتم استخدامه		استخدامات المعدات التكيفية
☐ يتطلب مساعدة	☐ ذاتي الدفع	☐ كهربائي	☐ بدوي	☐		كرسي متحرك (يمكن اختيار أكثر من خيار)
				☐		خوذة واقية
				☐		نظارات طبية
				☐		مشاية / عكازات / عصا
				☐		أدوات طعام معدلة
				☐		نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS)
				☐		أحذية/دعامات تقويمية
				☐		سماعة أذن
				☐		جهاز اتصال معزز

استخدامات المعدات التكيفية	يتم استخدامه	التعليقات
سلوك آخر: يرجى التوضيح	☐	
1		
2		
3		
التعليقات:		

تجهيزات بنية مساعدة	يتم استخدامه	التعليقات
مركبة يمكن الوصول إليها بواسطة الكرسي المتحرك	☐	
مرافق حمام مجهزة لذوي الاحتياجات الخاصة	☐	
منحدر	☐	
مصاعد: مصعد الشرفة، مصعد هوير، درج	☐	
سلوك آخر: يرجى التوضيح	☐	
1		
2		
3		
التعليقات:		