

파트 A: 여름 캠프 등록금 재정 지원

이 신청서를 제출하기 전에, 귀하의 자녀는 먼저 CSOC로부터 지적 및 발달 장애 서비스에 대한 자격을 인정받고 승인된 캠프(Qualified Camp)에 등록되어 있어야 합니다. 자녀의 사이버 ID를 모르시는 경우, PerformCare에 877-652-7624 번으로 문의해 주시기 바랍니다. 온라인으로 www.performcarenj.org/summercamp에서 여름 캠프 서비스 신청서를 작성하실 수도 있습니다.

지침

1. www.performcarenj.org/summercamp에 게시된 CSOC 승인 목록에서 공인 캠프(Qualified Camp)를 선택하십시오.
2. 자녀가 캠프에 참여하기 위해 1:1 보조 인력(One-to-One Aide/Advocate)이 필요하다고 공인 캠프(Qualified Camp)에서 판단한 경우, 본 신청서의 파트 B를 작성해야 합니다. 신청서를 제출하기 전에, 선택한 1:1 보조 인력 제공 기관이 해당 요청에 대해 인력을 배정할 수 있는지 먼저 확인해 주시기 바랍니다. CSOC에서 승인한 제공 기관의 목록은 www.performcarenj.org/summercamp에서 확인할 수 있습니다.
3. 작성 완료한 신청서와 공인 캠프(Qualified Camp)의 등록 확인서 또는 입소 허가서를 다음 주소로 발송하십시오: PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919. 재정 지원 대상자로 고려되기 위해서는 신청서를 완전히 작성하여 늦어도 2026년 6월 30일(소인일 또는 수령일 기준) 까지 우편 발송해야 합니다. 신청서는 6월 30일 마감일 이후에는 접수되지 않습니다. 신청 결과 통지서는 2025년 12월 1일 이후와 2026년 3월 1일 이후에 우편으로 발송됩니다.

참고: 비용은 청소년이 실제로 캠프에 참여한 후, 해당 공인 캠프(Qualified Camp)에 지급됩니다.

자녀 정보		
자녀 이름(First Name)		자녀 성(Last Name)
사이버 ID	생년월일	우편번호(ZIP)

부모/법정후견인 정보		
부모/법정후견인 이름(First Name)		부모/법정후견인 성(Last Name)
주소		시 주
우편번호(ZIP)	전화	이메일

공인 캠프 정보 — 본 신청서와 함께 캠프 등록 확인서를 제출해 주시기 바랍니다.		
공인 캠프 이름		캠프 ID(웹사이트의 공인 캠프 제공 기관 목록에서 확인 가능)
주소		시 주
우편번호(ZIP)	전화	이메일

공인 캠프 정보 — 본 신청서와 함께 캠프 등록 확인서를 제출해 주시기 바랍니다.

캠프 유형:

숙박 캠프(환급 대상은 최대 6일까지 선택 가능):

캠프 이름:

날짜: 시작일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)] 종료일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)]
 ~ (최대 6일을 초과할 수 없음)

데이 캠프(환급 대상은 최대 10일까지 선택 가능):

제1주

캠프 이름:

날짜: 시작일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)] 종료일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)]
 ~ (최대 5일을 초과할 수 없음)

제2주

캠프 이름:

날짜: 시작일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)] 종료일[월(MM)/일(DD)/연도(YY)]
 ~ (최대 5일을 초과할 수 없음)

비연속 캠프 날짜: (청소년이 2주 전 기간 캠프에 참석하지 않는 경우, 개별 날짜를 입력해 주십시오.)

캠프 이름:

날짜:	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)
	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)

공인 캠프 정보 — 본 신청서와 함께 캠프 등록 확인서를 제출해 주시기 바랍니다.

캠프 유형(계속)

대체 여가 세션(2시간 ARS 세션 20회 또는 데이 캠프 5일 + ARS 세션 10회)

ARS 캠프 이름:

날짜:	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)
	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)
	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)
	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)

데이 캠프 이름:

날짜:	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)	월(MM)/일(DD)/연도(YY)
-----	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

확인서

본인은 여름 캠프 등록금에 대한 재정 지원 신청서를 제출함으로써, 본인의 자녀가 해당 공인 캠프(Qualified Camp)에 정식으로 등록되었음을 확인합니다. 또한, 본 신청서에 기재된 모든 정보는 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 진술합니다.

부모/법정후견인 성명	부모/법정후견인 서명	날짜
-------------	-------------	----

파트 B: 2026년 여름 캠프 1:1 보조 인력 서비스 신청서

자녀가 캠프에 참여하기 위해 1:1 보조 인력(One-to-One Aide/Advocate)이 필요하다고 캠프에서 판단한 경우, 신청서의 이 섹션을 작성해야 합니다. 1:1 보조 인력 서비스를 신청하려면, 다음 페이지에 있는 아동 적응 행동 요약서(CABS, Child Adaptive Behavior Summary)를 귀하와 캠프 제공자가 함께 작성해야 합니다. 캠프 측은 반드시 함께 작성한 CABS의 사본을 보관해야 합니다.

또한 CABS 사본은 지정된 1:1 보조 인력 제공 기관에도 제출해야 합니다. 이는 자녀의 장애가 자녀 본인과 보호자의 일상생활에 미치는 영향을 폭넓게 이해하는 데 도움이 되며, 자녀에게 가장 적합한 1:1 보조 인력을 배정하는 데 중요한 참고 자료로 활용됩니다. 신청서를 작성할 때에는 PerformCare 웹사이트(www.performcarenj.org/summercamp)에 게시된 공인 1:1 보조 인력 제공 기관 목록도 함께 참고해 주시기 바랍니다.

중요: 8월 마지막 2주 동안 캠프에 참석하는 자녀들의 1:1 보조 인력에 대한 높은 수요로 인해 CSOC는 모든 요청을 수용하지 못할 수도 있습니다. 신청서의 모든 항목을 완전히 작성해야 신청서가 접수/처리됩니다.

1:1 보조 인력 서비스 정보 — 데이 캠프 및 대체 여가 세션(ARS)에 한함

자녀 정보			
자녀 이름(First Name)		자녀 성(Last Name)	
사이버 ID	생년월일		

1:1 보조 인력 제공 기관 정보			
1:1 보조 인력 제공 기관 이름		제공 기관 ID(당사 웹사이트의 1:1 보조 인력 제공 기관 목록에서 확인 가능)	
주소	시	주	우편번호(ZIP)
기관 담당자	전화	이메일	

신청서의 모든 항목을 완전히 작성해야 신청서가 접수/처리됩니다.		
본인은 자녀가 해당 캠프에 정식으로 등록되었음을 확인하며, 자녀의 필요가 해당 1:1 보조 인력 제공 기관을 통해 충족될 수 있음을 해당 기관과 확인하였음을 진술합니다. 또한, 본 신청서에 기재된 모든 정보는 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 진술합니다.		
부모/법정후견인 성명	부모/법정후견인 서명	날짜

신청서를 다음 주소로 우편 발송하십시오: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919.** 1:1 보조 인력 서비스 대상자로 고려되기 위해서는 본 신청서를 **완전히 작성하여 늦어도 2026년 6월 30일(소인일 또는 수령일 기준)까지** 우편 발송해야 합니다. 신청 결과 통지서는 2025년 12월 1일 이후와 2026년 3월 1일 이후에 우편으로 발송됩니다. 신청서는 2026년 6월 30일 마감일 이후에는 접수되지 않습니다. 질문이 있으신 경우 PerformCare에 **1-877-652-7624**번으로 연락주시기 바랍니다.

아동 적응 행동 요약서(CABS) 양식은 캠프 제공자와 함께 작성해야 합니다.

아동 적응 행동 요약서(CABS, Child Adaptive Behavior Summary)

자녀 이름: _____ 현재 나이: _____
 이름(First Name) 가운데 이니셜 (Middle Initial) 성(Last Name)

CABS 작성자: _____ 작성 날짜: _____

관계: _____ 전화번호: _____

섹션 I: 일상생활 활동

지난 6개월 동안 가정 내 자녀의 평균적인 기능 수준을 평가해 주십시오. 비교란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 자녀의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

식사	1 대부분 독립적으로 수행	2 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	3 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	4 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	5 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	해당 없음
1. 손으로 먹음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 수저를 사용해 스스로 먹음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 포크를 사용해 스스로 먹음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 칼을 사용해 음식을 자름	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 컵에 담긴 음료를 마심	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

비고/추가 정보: ('해당 없음' 답변 항목에 대해 간단하게 설명)

변기 사용	1 대부분 독립적으로 수행	2 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	3 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	4 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	5 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	해당 없음
1. 언제 변기를 사용해야 하는지 파악함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 스스로 변기를 사용함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 화장지를 사용해 스스로 닦음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 변기 사용 후 손을 닦음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (여자의 경우) 스스로 생리(월경) 관리를 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 소변 실수 여부 - 주간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 소변 실수 여부 - 야간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 대변 실수 여부 - 주간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 대변 실수 여부 - 야간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 요실금 제품 사용 (기저귀 또는 유사 제품)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	예인 경우: 하루 중 언제인지 체크 표시하십시오: <input type="checkbox"/> 주간 <input type="checkbox"/> 야간			
비고/추가 정보: ('해당 없음' 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

위생 활동	1 대부분 독립적으로 수행	2 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	3 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	4 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	5 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	해당 없음
1. 물을 틀고 물 온도를 조절함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 손을 씻고 말림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 얼굴을 씻고 말림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 욕조에서 스스로 목욕함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 스스로 샤워함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 샴푸로 머리를 감음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 스스로를 말림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 냄새 제거제(데오더란트)를 사용함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

위생 활동	1 대부분 독립적으로 수행	2 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	3 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	4 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	5 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	해당 없음
9. 머리를 빗질함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 칫솔에 치약을 바름	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 스스로 양치질을 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 휴지를 사용해 코를 풀고 닦음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 필요 시 스스로 면도를 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
비고/추가 정보: ('해당 없음' 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

작탈의	1 대부분 독립적으로 수행	2 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	3 구두 지시가 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	4 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 미만임	5 신체적 도움이 필요한 경우가 전체의 절반 이상임	해당 없음
1. 스스로 옷을 벗음(적절하게)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 단추를 잠글 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 스냅(똑딱이) 단추가 있는 옷을 입을 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 지퍼를 올리고 내릴 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 허리띠를 채움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 브라를 스스로 채움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 신발 끈을 묶음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 스스로 옷을 완전히 입음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 정기적으로 옷을 갈아입음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 계절에 맞는 옷을 선택함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 양말, 모자, 장갑을 벗음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
비고/추가 정보: ('해당 없음' 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

섹션 II: 의사소통 및 사회적 행동

지난 6개월 동안 가정, 학교, 지역 사회에서 자녀의 평균적인 기능을 평가해 주십시오. 비교란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 자녀의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

의사소통 능력	1 거의 하지 않음 (전체의 10%미만)	2 드물게 (전체의 10%미만)	3 가끔 (전체의 약 50%)	4 자주 (전체의 75% 이상)	5 거의 항상/항상 (전체의 90% 이상)
1. '예'/'아니오'를 답하는 질문에 적절하게 답함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 간단한 지시를 따름	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 복잡하거나 여러 단계로 이루어진 지시를 따름	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 기본적인 욕구와 필요를 표현함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
예/아니오 답변 질문:	예	아니오	각각에 대한 비교:		
5. 의사소통을 하기 위해 몸짓을 사용함(손가락으로 가리키기 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. 의사소통을 하기 위해 수화를 사용함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. 몸짓을 이해함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. 신호나 수화를 이해함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. 전화를 받거나 사용할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. 자녀가 의사소통을 하기 위해 보조 장치를 사용합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
사회적 행동	예	아니오	비고		
자녀가 즐기는 취미 활동이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 스스로 친구를 사귀고 친구 관계를 유지할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 같은 나이 또래와 유의미한 대화를 지속할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 비슷한 나이 또래와 시간을 보내는 것에 관심을 보임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 적절히 비밀을 지키고 개인 정보를 공유하는 것에 대해 주의를 기울임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 친구 감정에 대해 공감하고 걱정하는 모습을 보임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 필요할 때 자신의 의사를 표현할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
자녀가 적절히 분노와 좌절을 조절할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

기타 기능 영역	예	아니요	비고
1. 자녀가 자신이 좋아하는 것을 식별할 수 있음(음식, TV 프로그램, 게임)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 자녀가 앞으로 일어날 일을 계획하고 예상할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 자녀가 필요 시 다른 사람의 도움을 구함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 자녀가 쓰레기를 가지고 나가 적합한 통에 버릴 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 자녀가 좋아하거나 흥미로운 물건을 가리킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 자녀가 흥미를 느끼는 취미가 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 자녀가 계획을 정하고 실행할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 자녀가 간단한 일을 완전히 익힐 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 자녀가 자신의 방을 청소할 수 있음(물건 정돈)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 자녀가 같이 놀 또래 친구를 찾음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 자녀가 디지털 시계나 손목 시계를 보고 시간을 알 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 자녀가 2개 과목에서 3학년 수준 이상 뒤쳐져 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 자녀가 자신의 주요 자택 주소를 말할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 자녀가 손으로 가르키거나 이름을 말하여 물체를 식별할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 자녀가 틀리지 않고 1부터 10까지 셀 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 자녀가 동일한 3가지 모양이나 3가지 색을 짝지을 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 자녀가 최소 7개의 색을 식별할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 자녀가 시간을 이용해 일정을 따를 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
기타 설명:			

지역사회 인식	예 아니요		비고
1. 자녀가 지역사회의 어떠한 활동에 참여하고 있나요?			
2. 자녀가 이러한 활동 중에 적절한 행동을 보이나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 자녀가 계단, 세척 용액, 난방기, 스토브, 벽난로 등 일반적인 가정 내 위험 요소에 대해 인식을 하고 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 자녀가 도로 교통, 낯선 사람에 대한 지나친 친절 등 지역사회 위험 요소에 대해 인식을 하고 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 자녀가 물건을 구입할 수 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 자녀가 대중교통을 이용할 수 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 자녀가 시계를 보고 시간을 알 수 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. 자녀가 처방약을 스스로 복용/투여하나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. 약 복용/투여 방법을 설명해 주십시오:			
9. 어떠한 기간 동안이라도 자녀가 혼자/감독 없이 있을 수 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 돈 관리를 위해 자녀가 필요한 도움을 설명해 주십시오(청구서 지불, 예산 세우기 등)			
비고:			

섹션 III: 의료적 및 행동적 요소

지난 6개월 동안 가정 내 자녀의 평균적인 기능 수준을 평가해 주십시오. 비교란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 자녀의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

의료적 위험 질환/상태의 경우, 진단 날짜와 상관 없이 지난 6개월 내에 자녀가 증상을 경험한 경우에만 '예'로 표시해 주십시오. 자녀가 의료 질환(상태)/치료의 과거력이 있지만 현재는 없는 경우, '아니요'라고 표시하되 비교란에 과거력에 대한 설명을 포함해 주십시오.

외상 및 위험 과거력 섹션의 경우, 자녀가 목록에 있는 항목을 경험한 적이 한 번이라도 있는 경우 '예'로 표시해 주십시오. 자녀가 다른 종류의 외상을 경험한 적이 있는 경우, 적합한 비교란에 기재해 주십시오.

의료적 위험 상태	예	아니요	비고
1. 알레르기(약물, 음식)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 천식(흡입기, 네블라이저)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 호흡기(산소, 기관절개술, CPAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 위장관(섭취/배설 문제, 심각한 역류)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 결장조루술 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 이물질 흡인 위험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. G튜브 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 음식 또는 음료 섭취 시 기침을 하거나 목이 메임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 다른 누군가가 음식/음료를 입에 넣어주어야 함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 의료적으로 변경한(겉쪽한, 잘게 썬/죽처럼 만든) 식사가 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 의료적으로 처방한(지방, 나트륨, 콜레스테롤이 조절된) 식사가 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 음식/음료에 대한 극심한 욕구 행동을 보임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 탈수 위험/자주 음료를 거부함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 변비: 정기적으로 좌약 또는 관장이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 카테터, 투석(신장/비뇨기 질환 등)이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. 간질/발작 장애가 있나요? 있다면, 그 유형은?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b. 자녀가 발작에 대해 약을 처방받았나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c. 가장 최근 발작, 발작 종류, 빈도:			

17a. 당뇨가 있나요? 있다면, 그 유형은?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. 자녀가 인슐린에 의존하고 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 자녀가 가정 내에서 전문 간호 서비스를 받고 있나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 도움이 필요한 기타 의학적 상태: 아래 비고란에 기재해 주십시오. 비고:			

행동적 위험	예	아니요	비고
행동(자신을 향한)	빈도 및 촉발 요소를 포함해 주십시오		
1. 심하게 자신을 물거나 때림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 머리를 박음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 인체의 개구부(구멍)로 유해한 물체를 삽입함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 피부를 뜯거나 심하게 긁음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 이식증/비식용 물질(먹을 수 없는 것)을 섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 기타:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
행동(타인을 향한)	빈도, 촉발 요소, 목표 대상(부모, 형제자매, 선생님, 낯선 사람 등)을 포함해 주십시오		
7. 다른 사람을 때리거나, 물거나, 발로 참	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 직접적인 폭력 위협을 가함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 폭발적인 분노 또는 공격성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 심각한 반항/지속적으로 지시를 거부 또는 불이행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

기타 행동	예	아니요	'예'인 경우, 자녀가 받고 있는(있다면) 치료/서비스를 설명해 주십시오
11. 약물 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 형사 법률 관련 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 문제적인 성적 행동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 충동적으로 뛰쳐나감	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 자주 정처 없이 이곳저곳을 떠돌아 다님	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 비정상적으로 어딘가를 오르는 행동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 기물 파손	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 방화	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 기타:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

외상 및 위험 상태	예	아니요	비고
1. 신체적 학대 피해 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 성적 학대 피해 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 괴롭힘 피해 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 형제자매 또는 부모의 죽음 등 중대한 상실 경험 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 학대 또는 방임으로 인해 가정에서 분리된 이력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
정신 건강 문제	예	아니요	'예'인 경우, 자녀가 받고 있는(있다면) 치료/서비스를 설명해 주십시오
6. 우울증(절망감, 슬픔, 기분 변화)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 불안증(과도한 걱정, 공황 발작)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 주의력 결핍 과잉 활동 장애(ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 감정 기복이 심함 및/또는 화를 잘 냄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 틱, 운동 장애	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 존재하지 않는 것을 보거나 들음, 편집증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
비고:			

섹션 IV: 감독 필요 및 보조 장비 사용

지난 6개월 동안 자녀의 일반적인 기능 또는 장비의 사용을 평가해 주십시오. 비교란에 자녀의 현재 능력 또는 보조 장비 사용의 필요가 전에 비해 개선되었는지 또는 악화되었는지 등 추가 정보 등을 기재하실 수 있습니다.

가정 내 감독 필요	예	아니요
1. 나이에 걸맞는 감독이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 밤낮으로 24시간 깨어 감독할 필요가 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 주간 시간대에 면밀한 감독이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 매일 제한된 시간 동안 같은 장소에서 도움/감독이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 응급 상황을 판단하고 스스로 도움을 구할 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 집에서 대피 시 도움이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

지역사회 내 감독 필요	예	아니요
1. 나이에 걸맞는 감독이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 밤낮으로 24시간 깨어 감독할 필요가 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 주간 시간대에 면밀한 감독이 필요함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 특정 장소에서 혼자 내버려 둘 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 지역사회 내에서 혼자 돌아다닐 수 있음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 착취에 취약함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

비고:

보조 장비의 사용	사용하는 경우			비고	
	체크 표시				
휠체어(한 가지 이상 선택 가능)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 수동	<input type="checkbox"/> 전동	<input type="checkbox"/> 자가 추진	<input type="checkbox"/> 도움 필요
헬멧	<input type="checkbox"/>				
안경	<input type="checkbox"/>				
보행보조기/목발/지팡이	<input type="checkbox"/>				
특수 변경한 식사 도구	<input type="checkbox"/>				
PERS — 개인 응급 대응 시스템	<input type="checkbox"/>				
교정용 신발/지지대	<input type="checkbox"/>				
보청기	<input type="checkbox"/>				
보완대체 의사소통기기	<input type="checkbox"/>				

보조 장비의 사용	사용하는 경우 체크 표시	비고
기타: 명시해 주십시오	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
비고:		

환경 개조 시설/장비의 사용	사용하는 경우 체크 표시	비고
휠체어 탑승 가능 차량	<input type="checkbox"/>	
장애인용 화장실 시설	<input type="checkbox"/>	
휠체어 경사로	<input type="checkbox"/>	
승강기: 현관, 입구, 계단	<input type="checkbox"/>	
기타: 명시해 주십시오	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
비고:		