2027 年 CSOC 夏令營服務申請表

NJ Children's System of Care
Contracted System Administrator — **PerformCare®**

A 部分：夏令營學費資助

在遞交此申請表之前，您的孩子必須被 CSOC 確定為符合智力/發育障礙服務的資格，並且註冊了合格的夏令營。
如果您不知道您孩子的 CYBER ID（網號），請致電聯絡 PerformCare：**877-652-7624**。您也可以在 **www.performcarenj.org/summercamp** 網站上完成夏令營服務申請表。

說明

1. 從 **CSOC 認可**的名單中選擇一個合格的夏令營，網址是：**www.performcarenj.org/summercamp**。
2. 如果合格的夏令營確定您的孩子需要**一對一幫扶/代言人**的協助來參加夏令營，**您則必須填寫此申請表的 B 部分**。在提交您的申請之前，請聯絡一對一幫扶提供商，以確保您所選擇的機構可以為您的申請提供一名幫扶員。CSOC 認可的提供商名單請參見：**www.performcarenj.org/summercamp**。
3. 將**填妥**的申請表，連同合格夏令營的**註冊信函或錄取信函副本**郵寄至： **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. 您的申請表**必須完整且以郵戳為憑**，或在 **2027 年 6 月 30 日之前**收到，才會被考慮給予資助。6 月 30 日截止日期之後將不接受申請。申請狀態通知將在 2026 年 12 月 1 日和 2027 年 3 月 1 日期間內寄出。

請注意：**在提供夏令營服務之後，款項將付給青少年參加的合格夏令營。**

青少年資訊		
青少年名字	青少年姓氏	
網號 (CYBER ID)：	出生日期	郵遞區號

家長/法定監護人資訊			
家長/法定監護人名字		家長/法定監護人姓氏	
地址		市	州
郵遞區號	電話	電子郵件：	

合格的夏令營資訊 - 請將夏令營登記確認書與此申請表一併提交。			
合格夏令營名稱		夏令營編號（可在我們網站上的合格夏令營提供商名單中找到）	
地址		市	州
郵遞區號	電話	電子郵件：	

合格的夏令營資訊 - 請將夏令營登記確認書與此申請表一併提交。

夏令營類型：

☐ **通宵夏令營**（最多選擇 **6** 天以獲得報銷）：

夏令營名稱：

日期：**開始日期（月/日/年）** **結束日期（月/日/年）**

至 **（不超過 6 天）**

☐ **日間夏令營**（僅選擇最多 **10** 天以獲得報銷）：

第一週

夏令營名稱：

日期：**開始日期（月/日/年）** **結束日期（月/日/年）**

至 **（不超過 5 天）**

第二週

夏令營名稱：

日期：**開始日期（月/日/年）** **結束日期（月/日/年）**

至 **（不超過 5 天）**

非連續的夏令營日期：（如果青少年不是參加整整兩週，請輸入個別日期。）

夏令營名稱：

日期：	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**
	月/日/年	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**

合格的夏令營資訊 - 請將夏令營登記確認書與此申請表一併提交。

夏令營類型（續）

☐ **替代型休閒課程**（選擇 20 節兩小時的 ARS 課程 **或** 5 天的日間夏令營營和 10 節 ARS 課程。）

ARS 夏令營名稱：

日期：	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**
	月/日/年	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**
	月/日/年	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**
	月/日/年	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**

日間夏令營名稱：

日期：	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**	**月/日/年**

聲明

本人特此聲明，在提交夏令營學費資助申請表的同時，本人已經為我的孩子在指定的合格夏令營中完成註冊。本人還聲明，據本人所知，本申請表中所填寫的信息是真實和準確的。

家長/法定監護人姓名	家長/法定監護人簽名	日期

B 部分：2027 年夏令營一對一幫扶服務申請表

如果夏令營確定您的孩子需要一對一幫扶/代言人的協助來參加夏令營，您則必須填寫此申請表中的這個部分。您和夏令營提供者必須一起填寫以下各頁的兒童適應行為摘要 (Child Adaptive Behavior Summary, CABS)，才能申請一對一幫扶服務。此夏令營必須保留一份共同填妥的 CABS 副本。

此外，CABS 的副本必須提供給所確定的一對一幫扶員提供商機構，因為這份文檔概述了這位孩子的殘障對孩子自己和看護人日常生活的影響，並有助於確保選擇「最適合 」您孩子的一對一幫扶員 。敬請參考 PerformCare 網站提供的合格的一對一幫扶員名單來完成申請 - **www.performcarenj.org/summercamp**。

注意：由於八月最後兩週參加夏令營的兒童對一對一幫扶員的需求量很大，CSOC **無法保證**所有申請都能得到滿足。 **您的申請必須填妥完整，以便加以處理。**

一對一幫扶資訊 - 僅適用於日間夏令營和 ARS

青少年資訊			
青少年名字		青少年姓氏	
網號 (CYBER ID)：	出生日期		

一對一幫扶員資訊			
一對一幫扶提供商機構名稱		提供商編號（可在我們網站上的「一對一幫扶提供商」列表中找到）	
地址	市	州	郵遞區號
機構聯絡人	電話	電子郵件：	

聲明——您的申請必須填妥完整，以便加以處理。		
本人特此聲明我已為我的孩子在指定的夏令營完全註冊，並已與一對一提供商機構確認，我的孩子的需求可以透過該機構得到滿足。本人還聲明，據本人所知，本申請表中所填寫的信息是真實和準確的。		
家長/法定監護人姓名	家長/法定監護人簽名	**日期**

請將申請寄至：**PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. 您的申請表**必須完整且以郵戳為憑**，或在 **2027 年 6 月 30 日之前**收到，才會被考慮給予一對一幫扶服務。申請狀態通知將在 2026 年 12 月 1 日和 2027 年 3 月 1 日期間內寄出。2027 年 6 月 30 日截止日期之後將不接受申請。如果您有任何疑慮，請致電 PerformCare：**1-877-652-7624**。

兒童適應行為摘要 (CABS) 表須與夏令營提供商一起填寫。

兒童適應行為摘要 (CABS)

青少年姓名：_____ 目前年齡：_____
名字 中間名首字母 姓氏

CABS 填寫人：_____ 完成日期：_____

關係：_____ 電話號碼：_____

第一節：日常生活活動

請記得評估孩子過去 **6 個月在家裡**的平均活動能力。您可以在備註方框中註明任何其他資訊，例如強度、誘因，以及與過去的能力相比，該孩子目前的功能是改善了還是變差了。

進食	**1** 基本獨立	**2** 不到一半的時間需要口頭提示	**3** 超過一半的時間需要口頭提示	**4** 不到一半的時間需要身體提示	**5** 超過一半的時間需要身體提示	**N/A** 不適用
1. 用手指進食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 用湯匙自行餵食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 用餐叉自行餵食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 用餐刀切割食物	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 用杯子飲水	☐	☐	☐	☐	☐	☐
備註/補充資訊：（請簡短說明任何不適用的回答）						

如廁	1 基本獨立	2 不到一半的時間需要口頭提示	3 超過一半的時間需要口頭提示	4 不到一半的時間需要身體提示	5 超過一半的時間需要身體提示	N/A 不適用
1.確定何時使用廁所	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.自行如廁	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.用衛生紙擦拭自己	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 如廁後洗手	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.（女孩）照顧經期需求	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 任何排尿意外 - 日間	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 任何排尿意外 - 夜間	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 任何排便意外 - 日間	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 任何排便意外 - 夜間	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 使用任何失禁產品（尿片或類似產品）	☐ 是	☐ 否	**如果是：**檢查一天中的時間：☐ 日間 ☐ 夜間			
備註/補充資訊：（請簡短說明任何不適用的回答。）						

衛生	1 基本獨立	2 不到一半的時間需要口頭提示	3 超過一半的時間需要口頭提示	4 不到一半的時間需要身體提示	5 超過一半的時間需要身體提示	N/A 不適用
1. 開啟/調節水溫	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 洗淨並擦乾雙手	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 洗淨並擦乾臉頰	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 在浴缸中沐浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 在淋浴中洗澡	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 用洗髮露洗頭	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 自行擦乾	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 使用止汗劑	☐	☐	☐	☐	☐	☐

衛生	**1** 基本獨立	**2** 不到一半的時間需要口頭提示	**3** 超過一半的時間需要口頭提示	**4** 不到一半的時間需要身體提示	**5** 超過一半的時間需要身體提示	**N/A** 不適用
9. 梳頭/刷頭	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 將牙膏擠在牙刷上	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 自行刷牙	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 擤鼻涕並用紙巾擦鼻涕	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 必要時自行刮鬍子	☐	☐	☐	☐	☐	☐
備註/補充資訊：（請簡短說明任何不適用的回答。）						

穿衣	**1** 基本獨立	**2** 不到一半的時間需要口頭提示	**3** 超過一半的時間需要口頭提示	**4** 不到一半的時間需要身體提示	**5** 超過一半的時間需要身體提示	**N/A** 不適用
1. 自行脫衣（適當地）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 可以扣紐扣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 可以穿上帶按扣的衣服	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 可以拉上/拉下拉鍊	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 扣上帶扣（即皮帶扣）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 自行戴胸罩	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 繫鞋帶	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 完全自行穿衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 定期更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 選擇當季服飾	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 脫掉襪子、帽子和手套	☐	☐	☐	☐	☐	☐
備註/補充資訊：（請簡短說明任何不適用的回答。）						

第二節：溝通與社交行為

請記得評估孩子過去 **6 個月在家裡、在學校和在社區內**的平均活動能力。您可以在備註方框中註明任何其他資訊，例如強度、誘因，以及與過去的能力相比，該孩子目前的功能是改善了還是變差了。

溝通技能	**1** 幾乎從不 （少於 10% 的時間）	**2** 不經常 （少於 25% 的時間）	**3** 有時 （約 50% 的時間）	**4** 經常 （多於 75% 的時間）	**5** 大多時間/總是 （90% 或更多時間）
1. 適當回答「是」和「否」的問題	☐	☐	☐	☐	☐
2. 遵循簡單指示	☐	☐	☐	☐	☐
3. 遵循複雜或多步指示	☐	☐	☐	☐	☐
4. 溝通基本願望和需求	☐	☐	☐	☐	☐
是/否回應集：	**是**	**否**	**請對下方每一項加以備註：**		
5. 使用手勢溝通（例如用手指著）	☐	☐			
6. 使用手語溝通	☐	☐			
7. 瞭解手勢	☐	☐			
8. 瞭解手勢或手語	☐	☐			
9. 會接聽/使用電話	☐	☐			
10. 孩子是否使用任何輔助設備進行溝通？	☐	☐			
社交行為	**是**	**否**	**備註**		
孩子有自己喜歡的嗜好嗎？	☐	☐			
孩子有獨立交朋友和維持友誼的能力。	☐	☐			
孩子能夠與同齡人進行有意義的對話。	☐	☐			
孩子表現出有興趣與年齡相近的同齡人共度時光。	☐	☐			
孩子會適當地保守秘密，並謹慎分享個人資訊。	☐	☐			
孩子能表現出同情和關心朋友的感受。	☐	☐			
孩子在必要時能夠表達自己。	☐	☐			
孩子能夠適當處理憤怒和挫折感。	☐	☐			

其他功能領域	是	否	備註
1. 孩子能夠辨識自己的喜好（食物、電視節目、遊戲）。	☐	☐	
2. 孩子能夠計劃和預估未來發生的事件。	☐	☐	
3. 孩子在需要時會尋求他人的協助。	☐	☐	
4. 孩子能夠倒垃圾並放入適當的容器中。	☐	☐	
5. 孩子會用手指著最喜歡或有趣的物件。	☐	☐	
6. 孩子有自己感興趣的嗜好。	☐	☐	
7. 孩子能制定並執行計劃。	☐	☐	
8. 孩子能掌握簡單的工作。	☐	☐	
9. 孩子有能力打掃自己的房間（將物品放好）。	☐	☐	
10. 孩子會尋找同伴玩耍。	☐	☐	
11. 孩子可以用數位時鐘或手錶分辨時間。	☐	☐	
12. 孩子在兩個學術科目上落後三個年級或以上。	☐	☐	
13. 孩子可以溝通主要家庭地址。	☐	☐	
14. 孩子可以用手指或命名的方式辨認圖片中的物件。	☐	☐	
15. 孩子可以從 1 數到 10 而不出錯。	☐	☐	
16. 孩子可以配對 3 種形狀或 3 種顏色。	☐	☐	
17. 孩子可以辨認至少 7 種顏色。	☐	☐	
18. 孩子可以使用時間來遵守時間表。	☐	☐	
補充備註：			

社區認知	是	否	備註
1. 孩子在社區中參加哪些活動？			
2. 孩子在這些活動中是否表現出適當的行為？	☐	☐	
3. 孩子是否意識到普通家庭的危險，如樓梯、清潔液、加熱器、火爐和壁爐？	☐	☐	
4. 孩子是否表現出對社區危險的意識，例如道路交通、對陌生人過度友善？	☐	☐	
5. 孩子可以購物嗎？	☐	☐	
6. 孩子可以使用公共交通工具嗎？	☐	☐	
7. 孩子可以分辨時間嗎？	☐	☐	
8a. 孩子是否能自行服用任何處方藥物？	☐	☐	
8b. 描述用藥方法：			
9. 是否可以讓此人獨處/無人看管一段時間？	☐	☐	
10. 描述孩子在管理金錢（支付賬單、預算等）方面需要的協助			
備註：			

第三節：醫療與行為因素

請記得評估孩子過去 **6 個月在家裡**的平均活動能力。您可以在備註方框中註明任何其他資訊，例如強度、誘因，以及與過去的能力相比，該孩子目前的功能是改善了還是變差了。

對於醫療風險狀況，請僅在過去 6 個月內出現症狀時（不論診斷日期）填寫「是」。如果孩子過去曾有過該病症/治療史，但目前沒有，請填寫「無」，但請在備註中詳細說明該病史。

針對「創傷與風險歷史」一節而言，如果孩子**曾**經歷過所列項目，請註明「是」。如果孩子曾經歷其他類型的創傷，請在適當的備註欄中註明。

醫療風險狀況	是	否	備註
1. 過敏（藥物、食物）	☐	☐	
2. 氣喘（吸入器、噴霧器）	☐	☐	
3. 呼吸道/（氧氣、氣管切開術、持續氣道正壓 (CPAP)）	☐	☐	
4. 腸胃（餵食/排泄問題、嚴重胃食反流）	☐	☐	
5. 使用結腸造口	☐	☐	
6. 有吸入風險	☐	☐	
7. 使用 G 型管	☐	☐	
8. 進食時咳嗽或噎住	☐	☐	
9. 必須由他人將食物/飲料放入口中	☐	☐	
10. 需要機械性改變飲食（增稠、切碎/攪打成泥）	☐	☐	
11. 需要按醫囑進食（脂肪、鈉、膽固醇）	☐	☐	
12. 表現出極端尋找食物/液體的行為	☐	☐	
13. 有脫水風險/經常拒絕飲液	☐	☐	
14. 便秘：定期需要使用栓劑或灌腸劑	☐	☐	
15. 需要導尿管、透析（腎臟/泌尿系統疾病等）	☐	☐	
16a. 癲癇/抽搐障礙？如果回答為「是」，是何種類型？	☐	☐	
16b. 該青少年是否有服用治療癲癇的藥物？	☐	☐	
16c. 最近一次癲癇發作的日期、癲癇發作類型和頻率：			

17a. 糖尿病？如果回答為「是」，是何種類型？	☐	☐	
17b. 該青少年是否依賴胰島素？	☐	☐	
18. 孩子是否接受居家特別護理？	☐	☐	
19. 其他需要協助的醫療狀況：請在備注中列出。 備註：			

行為風險	**是**	**否**	**備註**
行為（針對自己）			**包括頻率和誘因**
1. 猛咬/猛打自己	☐	☐	
2. 敲打頭部	☐	☐	
3. 將有害物體插入體內	☐	☐	
4. 抓撓皮膚或嚴重搔抓	☐	☐	
5. 採摘/食用不可食用品	☐	☐	
6. 其他：	☐	☐	
行為（針對他人）			**包括頻率、誘因，以及目標人員（例如：父母、兄弟姊妹、老師、陌生人）**
7. 打人、咬人或踢人	☐	☐	
8. 直接威脅使用暴力	☐	☐	
9. 爆怒/攻擊	☐	☐	
10. 嚴重反抗/持續拒絕或不遵守指示	☐	☐	

其他行為	是	否	如果「是」，請描述該孩子正在接受何種治療／服務（如果有）
11. 物質使用	☐	☐	
12. 涉及刑事法律	☐	☐	
13. 問題性行為	☐	☐	
14. 衝動離家出走	☐	☐	
15. 經常走失	☐	☐	
16. 異常攀爬行為	☐	☐	
17. 破壞財物	☐	☐	
18. 縱火	☐	☐	
19. 其他：	☐	☐	

創傷與風險狀況	是	否	備註
1. 身體虐待史	☐	☐	
2. 性虐待史	☐	☐	
3. 被霸凌史	☐	☐	
4. 曾遭受重創，例如兄弟姊妹或父母過世	☐	☐	
5. 曾因虐待或疏於照料而被逐出家門	☐	☐	
心理健康擔憂	**是**	**否**	**如果「是」，請描述該孩子正在接受何種治療／服務（如果有）**
6. 憂鬱（無助、傷心、情緒不穩）	☐	☐	
7. 焦慮（過度擔憂、恐慌發作）	☐	☐	
8. 注意力缺陷多動障礙 (ADHD)	☐	☐	
9. 嚴重情緒波動及/或易怒	☐	☐	
10. 抽搐、運動失調	☐	☐	
11. 看到或聽到不真實的東西、妄想症	☐	☐	
備註：			

第四節：監督輔助設備的需求和使用

請記得評估孩子在**過去 6 個月**內的平均功能或設備使用情況。您可以在備註方框中註明任何其他資訊，例如，與過去的能力相比，該孩子目前的能力或對輔助設備的需求是否有所改善或變差。

家裡的監督需求	是	否
1. 需要與孩子年齡相符的監督	☐	☐
2. 日夜 24 小時清醒監督	☐	☐
3. 日間密切監督	☐	☐
4. 每日提供有限時段的現場支持/監督	☐	☐
5. 能夠識別緊急情況並自我求助	☐	☐
6. 在撤離住家時需要援助	☐	☐

社區中的監督需求	是	否
1. 需要與孩子年齡相符的監督	☐	☐
2. 日夜 24 小時清醒監督	☐	☐
3. 日間密切監督	☐	☐
4. 可以被獨自留在特定場所	☐	☐
5. 可獨立出入社區	☐	☐
6. 易受剝削	☐	☐

備註：

適應設備的用途	請勾選是否使用	備註			
輪椅（您可以進行多項選擇。）	☐	☐ 手動	☐ 電動	☐ 自行推動	☐ 需要協助
頭盔	☐				
眼鏡	☐				
助行器/拐杖/手杖	☐				
改良進食餐具	☐				
PERS——個人應急回應系統	☐				
矯正鞋/矯正帶	☐				
助聽器	☐				
輔助溝通設備	☐				

適應設備的用途	請勾選是否使用	備註
其他：請描述	☐	
1		
2		
3		
備註：		

環境改造的用途	請勾選是否使用	備註
可供輪椅上下的車輛	☐	
無障礙浴室設施	☐	
坡道	☐	
電梯：門廊、扶手電梯、樓梯	☐	
其他：請描述	☐	
1		
2		
3		
備註：		