2027 年 CSOC 夏令营服务申请

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

A 部分：夏令营学费财务支持

在提交本申请之前，您的孩子必须被 CSOC 认定为有资格获得智力/发育障碍服务，并注册参加合格营地。如果您不知道您孩子的 CYBER ID，请联系 PerformCare 电话 **877-652-7624**。您也可以在线完成夏令营服务申请，网址为 **www.performcarenj.org/summercamp**。

说明

1. 访问以下网址从 **CSOC 批准**的名单中选择合格营地：**www.performcarenj.org/summercamp**。
2. 如果合格营地认定您的孩子需要**一对一助理/倡导者**的协助才能参加营地服务，**则您必须完成本申请的 B 部分**。在提交您的请求之前，请联系一对一助理服务提供机构，以确认您选择的机构能够配备相应人员来满足您的请求。如需 CSOC 批准的服务提供机构名单，可访问：**www.performcarenj.org/summercamp**。
3. 请将**填写完成**的申请表及合格营地的**注册信或录取信副本**邮寄至：**PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**。您的申请必须**不晚于 2027 年 6 月 30 日**完成**填写并加盖邮戳**或送达，才能请求获得财务支持。在 6 月 30 日截止日期之后将不再受理申请。申请状态通知将于 2026 年 12 月 1 日及 2027 年 3 月 1 日之后邮寄。

请注意：**费用将在青少年参加的合格营地为其提供营地服务后支付给该合格营地。**

儿童信息		
儿童名字	儿童姓氏	
CYBER ID#	出生日期	邮政编码

家长/法定监护人信息			
家长/法定监护人名字		家长/法定监护人姓氏	
地址		城市	州
邮政编码	电话	电子邮件	

合格营地信息 — 请随本申请提交营地注册确认资料。			
合格营地名称		营地 ID（可查询我们的网站上的合格营地提供者名单）	
地址		城市	州
邮政编码	电话	电子邮件	

合格营地信息 — 请随本申请提交营地注册确认资料。

营地类型：

☐ **过夜营地**（可选择报销最多 **6** 天费用）：

营地名称：

日期：**开始日期 (mm/dd/yy)** **结束日期 (mm/dd/yy)**

到 **（不超过 6 天）**

☐ **日间营地**（可选择报销最多 **10** 天费用）：

第一周

营地名称：

日期：**开始日期 (mm/dd/yy)** **结束日期 (mm/dd/yy)**

到 **（不超过 5 天）**

第二周

营地名称：

日期：**开始日期 (mm/dd/yy)** **结束日期 (mm/dd/yy)**

到 **（不超过 5 天）**

非连续参加营地日期：（如果青少年并非完整参加 2 周，请填写具体日期。）

营地名称：

日期：	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**
	mm/dd/yy	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**

合格营地信息 — 请随本申请提交营地注册确认资料。					
营地类型（续）					
☐ **替代型康乐课程**（缩写为 ARS，可选择 20 节两小时 ARS 课程，**或** 5 天日间营地加 10 节 ARS 课程。）					
ARS 营地名称：					
日期：	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**
	mm/dd/yy	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**
	mm/dd/yy	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**
	mm/dd/yy	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**

日间营地名称：					
日期：	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**	**mm/dd/yy**

证明		
我兹此证明，我提交夏令营学费财务支持申请，即表示我已为我的孩子完整注册了上述合格营地。我进一步声明，本申请表中填写的信息真实准确，尽我所知无虚假内容。		
家长/法定监护人姓名	家长/法定监护人签名	日期

2027 年 CSOC 夏令营服务申请

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

B 部分：2027 年夏令营一对一助理服务申请

如果营地认定您的孩子需要一对一助理/倡导者的协助才能参加营地服务，则您必须完成申请表的这一部分。您必须与营地提供者共同完成后续页面的“儿童适应行为汇总表”(CABS)，方能申请一对一助理服务。营地必须保留一份共同完成的 CABS 表的副本。

另外，还需提供一份 CABS 表副本给已确定的一对一助理服务提供机构，因为这份表格全面地展示了儿童障碍对儿童及其照护者日常生活造成的影响，并有助于确保为您的孩子提供“最合适”的一对一助理服务。另请参阅 PerformCare 网站上的合格一对一助理服务提供者名单以完成申请 — **www.performcarenj.org/summercamp**。

注意：由于 8 月份最后两周参加营地服务的儿童的对一对一助理服务需求较高，CSOC **无法保证**所有申请都能得到批准。**您的申请必须完整才能得到受理。**

一对一助理服务信息 — 仅适用于日间营地及 ARS 课程

儿童信息		
儿童名字	儿童姓氏	
CYBER ID#	出生日期	

一对一助理服务提供者信息			
一对一助理服务提供者名称	提供者 ID（可查询我们的网站上的一对一助理服务提供者名单）		
地址	城市	州	邮政编码
机构联系人	电话	电子邮件	

证明 — 您的申请必须完整才能得到受理。		
我兹此证明，我已经在指定的营地为我的孩子进行了完整注册，并已与一对一助理服务提供机构确认，我的孩子的需求可以通过他们的机构得到满足。我进一步声明，本申请表中填写的信息真实准确，尽我所知无虚假内容。		
家长/法定监护人姓名	家长/法定监护人签名	日期

将请求邮寄至：**PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**。本申请必须**不晚于 2027 年 6 月 30 日**完成**填写并加盖邮戳**或送达，才能请求获得一对一助理服务。申请状态通知将于 2026 年 12 月 1 日及 2027 年 3 月 1 日之后邮寄。在 2027 年 6 月 30 日截止日期之后将不再受理申请。如果您有任何疑问，请联系 PerformCare 电话 **1-877-652-7624**。

需要与营地提供者共同填写儿童适应行为汇总表 (CABS)。

儿童适应行为汇总表 (CABS)

儿童姓名：_____ 当前年龄：_____
名字 中间名首字母 姓氏

CABS 填写人：_____ 填写日期：_____

关系：_____ 电话号码：_____

第 I 节：日常生活活动

请记住对过去 **6 个月**内孩子在**家中**的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

进食	**1** 基本独立	**2** 不到一半的时间需要口头提示	**3** 超过一半的时间需要口头提示	**4** 不到一半的时间需要身体协助	**5** 超过一半的时间需要身体协助	**N/A** 不适用
1. 使用手指进食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 自己使用勺子进食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 自己使用叉子进食	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 使用餐刀切分食物	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 使用杯子或玻璃杯饮水	☐	☐	☐	☐	☐	☐
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答）						

如厕	**1** 基本独立	**2** 不到一半的时间需要口头提示	**3** 超过一半的时间需要口头提示	**4** 不到一半的时间需要身体协助	**5** 超过一半的时间需要身体协助	**N/A** 不适用
1. 确定如厕时间	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 自己如厕	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 自己用卫生纸擦拭	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 如厕后洗手	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.（女性）处理月经需求	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 任何小便失禁 — 日间	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 任何小便失禁 — 夜间	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 任何大便失禁 — 日间	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 任何大便失禁 — 夜间	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 使用任何失禁产品（尿布或类似用品）	☐ 是	☐ 否	**如果是：** 勾选一天中的时候：☐ 日间 ☐ 夜间			
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答。）						

卫生	**1** 基本独立	**2** 不到一半的时间需要口头提示	**3** 超过一半的时间需要口头提示	**4** 不到一半的时间需要身体协助	**5** 超过一半的时间需要身体协助	**N/A** 不适用
1. 打开/调节水温	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 洗手和干手	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 洗脸和干脸	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 自己盆浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 自己淋浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 用洗发水洗头	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 擦干自己身体	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 使用除臭剂	☐	☐	☐	☐	☐	☐

卫生	**1** 基本独立	**2** 不到一半的时间需要口头提示	**3** 超过一半的时间需要口头提示	**4** 不到一半的时间需要身体协助	**5** 超过一半的时间需要身体协助	**N/A** 不适用
9. 梳理头发/整理头发	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 将牙膏挤到牙刷上	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 自己刷牙	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 使用纸巾擤鼻涕并擦拭	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 根据需要剔除毛发	☐	☐	☐	☐	☐	☐
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答。）						

穿衣	**1** 基本独立	**2** 不到一半的时间需要口头提示	**3** 超过一半的时间需要口头提示	**4** 不到一半的时间需要身体协助	**5** 超过一半的时间需要身体协助	**N/A** 不适用
1. 自己脱衣（以适当方式）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 能够扣纽扣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 能够穿上带按扣的衣服	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 能够拉上/拉下拉链	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 扣上搭扣（如皮带搭扣）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 自己钩上胸罩	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 系鞋带	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 完全自己穿衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 经常换衣服	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 选择季节性服装	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 脱袜子、帽子和手套	☐	☐	☐	☐	☐	☐
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答。）						

第 II 节：沟通与社会行为

请记住对**过去 6 个月**内孩子在**家庭、学校及社区**的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

沟通技能	**1** 几乎从不 （不到 10% 的时间）	**2** 很少 （少于 25% 的时间）	**3** 有时 （大约 50% 的时间）	**4** 经常 （超过 75% 的时间）	**5** 大部分/所有时间 （90% 或更多时间）
1. 适当回答“是/否”问题	☐	☐	☐	☐	☐
2. 遵循简单的指令	☐	☐	☐	☐	☐
3. 遵循复杂或多个步骤的指令	☐	☐	☐	☐	☐
4. 告知基本的需要和需求	☐	☐	☐	☐	☐
“是/否”回应评估组：	**是**	**否**	**在下方对各项进行评论：**		
5. 使用手势沟通（例如以手指物）	☐	☐			
6. 使用手语沟通	☐	☐			
7. 理解手势	☐	☐			
8. 理解手势或手语	☐	☐			
9. 接听电话/能够使用电话	☐	☐			
10. 孩子是否使用任何辅助装置进行沟通?	☐	☐			
社会行为	**是**	**否**	**评论**		
孩子是否有自己喜欢的兴趣爱好?	☐	☐			
孩子能够独立交朋友和维持友谊。	☐	☐			
孩子能够与同龄人维持有意义的交谈。	☐	☐			
孩子表现出与同龄人相处的兴趣。	☐	☐			
孩子能适当保守秘密，谨慎分享个人信息。	☐	☐			
孩子能够表达对朋友情感的同情和关心。	☐	☐			
孩子能够在有必要时表达自己意见。	☐	☐			
孩子能够适当地管理愤怒和挫折。	☐	☐			

其他机能领域	是	否	评论
1. 孩子能够识别偏好（食物、电视节目、游戏）。	☐	☐	
2. 孩子能够计划和预测未来发生的事件。	☐	☐	
3. 孩子会在有需要时向他人寻求协助。	☐	☐	
4. 孩子能够将垃圾带出去并放置在适当的容器里。	☐	☐	
5. 孩子会指向自己喜欢或感有趣的物体。	☐	☐	
6. 孩子有兴趣爱好。	☐	☐	
7. 孩子能够设定并执行计划。	☐	☐	
8. 孩子能够理解简单的任务。	☐	☐	
9. 孩子能够清理自己的房间（将物体放好）。	☐	☐	
10. 孩子寻找同伴一起玩耍。	☐	☐	
11. 孩子能够辨认电子钟或手表上的时间。	☐	☐	
12. 孩子在 2 个学科中落后 3 个或更多等级。	☐	☐	
13. 孩子能够说出主要家庭地址。	☐	☐	
14. 孩子能够指出或说出图片中的物体。	☐	☐	
15. 孩子能够正确地从 1 数到 10。	☐	☐	
16. 孩子能够匹配 3 种形状或 3 种颜色。	☐	☐	
17. 孩子能够辨认至少 7 种颜色。	☐	☐	
18. 孩子能够利用时间来遵循日程安排。	☐	☐	
其他评论：			

社区意识	是	否	评论
1. 孩子参与了哪些社区活动?			
2. 孩子在这些活动期间是否表现出适当行为?	☐	☐	
3. 孩子是否能意识到家里常见的危险，例如楼梯、清洁液、加热器、火炉和壁炉?	☐	☐	
4. 孩子是否表现出社区危险意识，例如道路交通或对陌生人的防备意识?	☐	☐	
5. 孩子是否能够购物?	☐	☐	
6. 孩子是否能够使用公共交通工具?	☐	☐	
7. 孩子是否能够辨认时间?	☐	☐	
8a. 孩子是否能够自己服用处方药?	☐	☐	
8b. 说明服药方式:			
9. 是否可以让他在一段时间内独处/无人照看?	☐	☐	
10. 说明帮助孩子管理金钱所需的协助（支付账单、预算等）			

评论:

第 III 节：医疗和行为因素

请记住对过去 **6 个月**内孩子在**家中**的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

对于医疗风险病症，无论诊断日期为何，仅在过去 6 个月内表现出症状，才勾选“是”。如果孩子有病症/治疗既往史，但现在没有，请勾选“否”，但请在评论栏内说明既往史详情。

对于创伤和风险既往史部分，如果孩子**曾经**经历过所列项，请勾选“是”。如果孩子经历过其他类型的创伤，请在相应的评论栏内注明。

医学风险病症	是	否	评论
1. 过敏（药物、食物）	☐	☐	
2. 哮喘（吸入器、雾化器）	☐	☐	
3. 呼吸/（氧气、气管切开术、CPAP）	☐	☐	
4. 胃肠（饲喂/排泄问题、重度反流）	☐	☐	
5. 采用结肠造口术	☐	☐	
6. 有误吸的风险	☐	☐	
7. 使用胃管	☐	☐	
8. 饮食时咳嗽或窒息	☐	☐	
9. 必须让其他人将食物/液体放入口中	☐	☐	
10. 需要机械方式改变膳食（增稠、切碎/研磨）	☐	☐	
11. 需要医疗处方膳食（脂肪、钠、胆固醇）	☐	☐	
12. 表现出极端的食物/饮水寻找行为	☐	☐	
13. 脱水风险/经常拒绝饮水	☐	☐	
14. 便秘：经常需要栓药或灌肠	☐	☐	
15. 需要导管、透析（肾/泌尿疾病等）	☐	☐	
16a. 是否患有癫痫/羊角风？如果选择“是”，请说明类型	☐	☐	
16b. 是否为青少年开具了治疗癫痫的处方药？	☐	☐	
16c. 癫痫上次发作日期、癫痫类型、频次：			

17a. 是否患有糖尿病？如果选择“是”，请说明类型：	☐	☐	
17b. 青少年是否依赖胰岛素？	☐	☐	
18. 孩子是否获得居家专业疗养服务？	☐	☐	
19. 其他需要帮助的医疗病症：请在以下评论区列出。 评论：			

行为风险	**是**	**否**	**评论**
行为（针对自己）			**包括频次和触发因素**
1. 狠狠地咬/打自己	☐	☐	
2. 撞头	☐	☐	
3. 将有害物体插入身体	☐	☐	
4. 抠抓或严重划伤皮肤	☐	☐	
5. 异食癖/食用非食物物品	☐	☐	
6. 其他：	☐	☐	
行为（针对他人）			**包括频次、触发因素和针对的人（例如父母、兄弟姐妹、老师、陌生人）**
7. 打、咬或踢其他人	☐	☐	
8. 发出直接暴力威胁	☐	☐	
9. 暴怒/攻击	☐	☐	
10. 严重反抗/始终拒绝或不听从指令	☐	☐	

其他行为	是	否	如果是，请说明孩子正接受的治疗/服务（如有）
11. 药物使用	☐	☐	
12. 刑事法律介入	☐	☐	
13. 非正常的性行为	☐	☐	
14. 冲动性跑开	☐	☐	
15. 经常走失	☐	☐	
16. 不寻常的攀爬行为	☐	☐	
17. 财物损坏	☐	☐	
18. 纵火	☐	☐	
19. 其他：	☐	☐	

创伤和风险状况	是	否	评论
1. 身体虐待史	☐	☐	
2. 性虐待史	☐	☐	
3. 受欺史	☐	☐	
4. 兄弟姐妹或父母死亡等重大丧失史	☐	☐	
5. 由于受到虐待或忽视而离家出走史	☐	☐	
精神健康问题	**是**	**否**	**如果是，请说明孩子正接受的治疗/服务（如有）**
6. 抑郁（绝望、悲哀、情绪波动）	☐	☐	
7. 焦虑（过度担忧、恐慌）	☐	☐	
8. 注意力缺陷多动障碍	☐	☐	
9. 严重的情绪波动和/或易怒	☐	☐	
10. 抽搐、运动障碍	☐	☐	
11. 看到或听到实际上并不存在的东西，妄想症	☐	☐	
评论：			

第 IV 节：监督需求和适应性设备的使用

请记住对**过去 6 个月**内孩子的总体身体机能或设备的使用情况进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如孩子的当前能力或对适应性设备的需求较过去是否已有改善或恶化。

家庭内监督需求	是	否
1. 需要适合年龄的监督	☐	☐
2. 日间及夜间 24 小时清醒监督	☐	☐
3. 日间密切监督	☐	☐
4. 每日有限时间内现场支持/监督	☐	☐
5. 能够辨认紧急情况并为自己获取帮助	☐	☐
6. 从家撤离时需要帮助	☐	☐

社区内监督需求	是	否
1. 需要适合年龄的监督	☐	☐
2. 日间及夜间 24 小时清醒监督	☐	☐
3. 日间密切监督	☐	☐
4. 可以独自留在特定地点	☐	☐
5. 独自在社区内出行	☐	☐
6. 容易被人利用	☐	☐

评论：

适应性设备的使用	若使用则勾选	评论			
轮椅（您可以选择多项。）	☐	☐ 手动	☐ 机动	☐ 自行式	☐ 需要帮助
头盔	☐				
眼镜	☐				
助行器/拐杖/手杖	☐				
经改造的餐具	☐				
PERS – 个人应急响应系统	☐				
矫正鞋/支具	☐				
助听器	☐				
辅助沟通设备	☐				

适应性设备的使用	若使用则勾选	评论
其他： 请说明	☐	
1		
2		
3		
评论：		

环境改造的使用	若使用则勾选	评论
轮椅无障碍车辆	☐	
无障碍浴室设施	☐	
坡道	☐	
升降装置：门廊、霍耶升降机、楼梯	☐	
其他：请说明	☐	
1		
2		
3		
评论：		