

**Richmond Supported Child Development Program**

#280 – 7000 Minoru Blvd

Richmond, BC V6Y 3Z5

Phone: 604-279-7010 Fax: 604-279-7048

**SINUPORTAHANG PROGRAMA NG PAGDEDEBELOP NG BATA  
PORMULARYO PARA SA PAGESASANGUNI (REFERRAL) / PAG-AAPLAY**

Mangyaring kumpletuhin at punan ang lahat ng patlang ng pormularyong ito. Isama ang lahat ng mga dokumento na susuporta sa pag-aaplay na ito para sa serbisyo. Maaaring kabilang dito ang mga report na galing sa mga Doktor, Pathologists sa Pagsasalita at Lenggwahe, Therapists na Pantrabaho (Occupational) at Pangkatawan (Physical), Konsultant na IDP, Nars na Pangkalusugan at Mga Propesyunal sa Pangangalaga ng Bata o iba pang mga Konsultant na SCDP. Kung hindi kayo sigurado kung ano isasama, maaaring tumawag sa 604 279-7016 para makausap ang Koordineytor ng Programa, Carrie McLellan.

**IMPORMASYON NG PAMILYA AT NG BATA:**

Pangalan ng Bata:	Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>	Petsa ng Kapanganakan:
Adres ng Tirahan:	Postal Code:	Numero ng Telepono:
Magulang/ Tagasubaybay:	Relasyon:	Petsa ng Kapanganakan:
Adres ng Tirahan:	Postal Code:	Numero ng Telepono:
Magulang/ Tagasubaybay	Relasyon:	Petsa ng Kapanganakan:
Adres ng Tirahan:	Postal Code:	Numero ng Telepono:

Mga Anak:	Kasarian:	Petsa ng Kapanganakan:
	Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>	
	Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>	
	Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>	
	Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/>	

Iba pang kasama sa bahay:	Relasyon sa bata:

Ikaw ba ay mamamayan ng Canada? Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Kung Hindi, ano ang iyong katayuan o status?
--	--

Paano ninyo gusto na maka-usap namin kayo?  sa telepono  sa fax  sa sulat email address \_\_\_\_\_

Unang lenggwaheng ginagamit sa loob ng Tahanan: \_\_\_\_\_

Kailangan mo ba ng tagapagsalin o interpreter? Oo / Hindi

## **PORMULARYO PARA SA PAGSANGGUNI (REFERRAL) / PAG-AAPLAY – PAHINA 2**

Ang inyong anak ba ay nasa kahit na anong paggagamot o medikasyon? (Mangyaring itala)

Bakit kayo nanghihingi ng Sinuportahang Pagdedebelop ng Bata? (Dahilan sa pagsasangguni (referral); pangangailangan ng bata at/o pagsusuri o diyagnosis):

### **IMPORMASYON SA PANGANGALAGA SA BATA:**

**Kasalukuyang** Kinalalagyan sa Pangangalaga ng Bata (Child Care Setting): \_\_\_\_\_  
Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Kokontakin: \_\_\_\_\_ Kailan nagsimula ang inyong anak sa programang ito? \_\_\_\_\_

Mga araw sa isang linggo at oras sa isang araw na ang inyong anak ay nasa pangangalaga sa bata:

**Nakaraang** Kinalalagyan sa Pangangalaga ng Bata (Child Care Setting)

Ang suporta ba ay kinailangan:                      Oo                       Hindi

Kung oo, anong (mga)uri ng suporta :  **Konsultant sa Sinuportahang Pagdedebelop sa Bata**

**Kasama sa nangailangan ng dagdag na kawani o staff**                       **Sarili ang dagdag na kawani o staff**

**Kung hindi naka-lista** sa childcare o pangangalaga sa bata, klase o tipo ng nais na programang pag-aalaga:

- ( ) Preschool    ( ) Pang-grupong Day care (Group Day care)  
( ) Pangangalaga ng Pamilya sa Bata                      ( ) Pangangalaga sa Labas ng Paaralan  
( ) Programang Pangkabataan

Pangalan ng Programang pangangalaga ng bata na inyong naiisip (Kung naaayon): \_\_\_\_\_

Paano ninyo dadalhin ang iyong anak sa nangangalaga sa mga bata?  sa kotse  sa bus  maglalakad

iba pa: \_\_\_\_\_

Para sa Programang nangangalaga sa mga bata sa labas ng paaralan, mangyaring kumpletuhin:

Paaralan ng Bata:	Baitang:	Telepono:
Pangalan ng Guro:	Kontak sa paaralan:	

### **IBA PANG IMPORMASYONG PANGSERBISYO**

Mangyaring magkaloob ng ibang impormasyon sa ibang mga serbisyo, kasama ang mga doktor at ibang propesyunal, na kasangkot sa inyong anak/pamilya:

Pangalan ng Tagapagkaloob ng Serbisyo	Pangalan ng Ahensya	Telepono	Adres	Mga Nagawang Pagtasa (Assessments) (kung naaayon)	Pagpayag (Inisyal)

**PORMULARYO PARA SA PAGSANGGUNI (REFERRAL) / PAG-AAPLAY – PAHINA 3**

Ang mga dokumento sa pagtatasa o paga-assess, kung naririyan, ay kailangan upang makatulong sa pagpapasiya kung ang inyong anak ay karapat-dapat para sa Sinuportahang Pagdedebelop ng Bata (Supported Child Development)

Mangyaring magkaloob ng pahintulot (sa ibaba) ng pagsasama ng mga dokumento sa pormularyo ng pagsasangguning (referral) ito.

**PAHINTULOT:**

Ako ay nagbibigay ng pahintulot para maibigay ang pormularyo ng pagsasangguning (referral) ito, at mga dokumentong sumusuporta galing sa tagapagkaloob ng serbisyo. Inilalakip ko rin ang aking inisyal sa itaas:

Richmond Supported Child Development Program Oo  Hindi  (pakilakip ang inisyal)

Programang Pag-aalaga sa Bata kasama ang \_\_\_\_\_ Oo  Hindi  (pakilakip ang inisyal)  
(mga)(pangalan) ng mga programang pag-aalaga ng bata)

Lagda ng magulang/tagasubaybay \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

**IMPORMASYON NG PINANGGALINGAN NG PAGSASANGGUNI (REFERRAL SOURCE):**

Pangalan ng Taong Nagsagawa ng Pagsasangguni at/o Tumutulong sa Pamilya Sa Pagsasangguni: \_\_\_\_\_

Organisasyong Pinagmulan ng Pagsasangguni: (kung hindi pamilya): \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

Ako ay nagbibigay ng pahintulot na makuha ang nakasulat at sa salitang impormasyon tungkol sa aking anak mula sa pinanggalingan ng pagsasangguning ito (kung saan hindi ito ang pamilya:

Richmond Supported Child Development Program Oo  Hindi  (pakilakip ang inisyal)

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Magulang/ Tagasubaybay \_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Saksi sa Kasulatang Pagsasangguni \_\_\_\_\_  
Petsa

**FOR INTERNAL USE ONLY**  
Date Referral Received: \_\_\_\_\_ Referral Received By: \_\_\_\_\_  
Designated SCD Consultant /Intake Consultant: \_\_\_\_\_  
Date SCD Support Services Initiated: \_\_\_\_\_  
Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_