



# Richmond Supported Child Development Program

#280 – 7000 Minoru Blvd

Richmond, BC V6Y 3Z5

ਫੋਨ: 604 279 7010 ਫੈਕਸ: 604 279-7048

## ਸਪੋਰਟਡ ਚਾਇਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਰੈਫਰਲ / ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਭਰੋ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹ ਸਾਰੇ ਪੇਪਰ ਲਾਵੇ ਜਿਹੜੇ ਸਰਵਿਸ ਲਈ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿਚ ਹੋਣ। ਇਸ ਵਿਚ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਸਪੀਚ ਐਂਡ ਲੈਂਗੂਏਜ ਪਾਥੋਲੋਜਿਸਟਸ, ਆਕੂਪੇਸ਼ਨਲ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਕਲ ਥੈਰੇਪਿਸਟਸ, ਆਈ ਡੀ ਪੀ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ (ਕਨਸਲਟੈਂਟਸ), ਹੈਲਥ ਨਰਸਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਮਾਹਰਾਂ ਜਾਂ ਐੱਸ ਸੀ ਡੀ ਪੀ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ, ਕੈਰੀ ਮੈਕਲੈਨ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 604 279-7016 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ:	ਮੁੰਡਾ <input type="checkbox"/> ਕੁੜੀ <input type="checkbox"/>	ਜਨਮ ਤਰੀਕ:
ਘਰ ਦਾ ਐਡਰੈਸ:	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ:	ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਮਾਪਾ/ਗਾਰਡੀਅਨ:	ਰਿਸ਼ਤਾ:	ਜਨਮ ਤਰੀਕ:
ਘਰ ਦਾ ਐਡਰੈਸ:	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ:	ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਮਾਪਾ/ਗਾਰਡੀਅਨ:	ਰਿਸ਼ਤਾ:	ਜਨਮ ਤਰੀਕ:
ਘਰ ਦਾ ਐਡਰੈਸ:	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ:	ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਭੈਣ/ਭਰਾ	ਸੈਕਸ:	ਜਨਮ ਤਰੀਕ:
	ਮੁੰਡਾ <input type="checkbox"/> ਕੁੜੀ <input type="checkbox"/>	
	ਮੁੰਡਾ <input type="checkbox"/> ਕੁੜੀ <input type="checkbox"/>	
	ਮੁੰਡਾ <input type="checkbox"/> ਕੁੜੀ <input type="checkbox"/>	
	ਮੁੰਡਾ <input type="checkbox"/> ਕੁੜੀ <input type="checkbox"/>	

ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ:	ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੈਨੇਡੀਅਨ ਸਿਟੀਜ਼ਨ ਹੋ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਜਾ ਕੀ ਹੈ?
--	--------------------------------

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਿਵੇਂ ਕਰੀਏ?  ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ  ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ  ਚਿੱਠੀ ਰਾਹੀਂ  ਈਮੇਲ ਐਡਰੈਸ \_\_\_\_\_

ਘਰ ਵਿਚ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਪਹਿਲੀ ਜ਼ਬਾਨ: \_\_\_\_\_ ਦੋਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ/ਨਹੀਂ

## ਸਪੋਰਟਡ ਚਾਇਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਰੈਫਰਲ / ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਸਫਾ 2

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ) \_\_\_\_\_

ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਉਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? (ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਦੇ ਕਾਰਨ; ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰੋਗ ਦੀ ਪਛਾਣ): \_\_\_\_\_

### ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

**ਮੌਜੂਦਾ** ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਐਡਰੈਸ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿਚ ਕਦੋਂ ਆਇਆ: \_\_\_\_\_

ਹਫਤੇ ਦੇ ਉਹ ਦਿਨ ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ ਘੰਟੇ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਚਾਇਲਡਕੇਅਰ ਵਿਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ: \_\_\_\_\_

**ਪੁਰਾਣੀ** ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ? ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਸ ਕਿਸਮ (ਕਿਸਮਾਂ) ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ:  ਬੱਚੇ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹਕਾਰ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ  ਸਾਂਝਾ ਹੋਰ ਸਟਾਫ  ਨਿੱਜੀ ਹੋਰ ਸਟਾਫ

ਜੇ ਚਾਇਲਡਕੇਅਰ **ਵਿਚ ਨਹੀਂ ਹੈ** ਤਾਂ ਚਾਇਲਡਕੇਅਰ ਦੇ ਤਰਜੀਹੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਕਿਸਮ :  
 ਪ੍ਰੀਸਕੂਲ  ਗਰੁੱਪ ਡੇਅ ਕੇਅਰ  
 ਫੈਮਿਲੀ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ  ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਸੰਭਾਲ ਕੇਅਰ  
 ਯੂਥ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਚਾਇਲਡਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) \_\_\_\_\_

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਚਾਇਲਡਕੇਅਰ ਕਿਵੇਂ ਲੈ ਕੇ ਜਾਵੋਗੇ?  ਕਾਰ ਰਾਹੀਂ  ਬੱਸ 'ਤੇ  ਤੁਰ ਕੇ  ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਸੰਭਾਲ ਤੋਂ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਰੋ:

ਬੱਚੇ ਦਾ ਸਕੂਲ:	ਗਰੇਡ:	ਫੋਨ:
ਟੀਚਰ ਦਾ ਨਾਂ:	ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਸੰਪਰਕ:	

### ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਉ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ/ਪਰਿਵਾਰ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

ਸਰਵਿਸ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਐਡਰੈਸ	ਅਸਿਸਟੈਂਟ ਹੋਈ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)	ਸਹਿਮਤੀ (ਛੋਟੇ ਦਸਖਤ)

## ਸਪੋਰਟਡ ਚਾਇਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਰੈਫਰਲ / ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਸਫਾ 3

ਜੇ ਮੌਜੂਦ ਹੋਣ ਤਾਂ ਅਸਿਸਟੈਂਟ ਦੇ ਪੇਪਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਪੇਪਰ ਲਾਉਣ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿਉ।

### ਸਹਿਮਤੀ:

ਮੈਂ ਇਸ ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ, ਅਤੇ ਉਪਰਲੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਤੋਂ ਮਿਲੇ ਪੇਪਰਾਂ ਨੂੰ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਮੈਂ ਦਸਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ:

ਰਿਚਮੰਡ ਸਪੋਰਟਡ ਚਾਇਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਛੋਟੇ ਦਸਖਤ ਕਰੋ)

ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਸਮੇਤ \_\_\_\_\_ ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਛੋਟੇ ਦਸਖਤ ਕਰੋ)  
(ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ (ਦੇ) ਨਾਂ)

ਮਾਪੇ/ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਦਸਖਤ \_\_\_\_\_ ਤਰੀਕ \_\_\_\_\_

### ਰੈਫਰਲ ਦੇ ਵਸੀਲੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰੈਫਰਲ ਵਿਚ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੰਸਥਾ (ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ): \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਮੈਂ ਇਸ ਰੈਫਰਲ ਵਸੀਲੇ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲਿਖਤੀ ਅਤੇ ਜ਼ਬਾਨੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਏ ਜਾਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਪਰਿਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ)

ਰਿਚਮੰਡ ਸਪੋਰਟਡ ਚਾਇਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਛੋਟੇ ਦਸਖਤ ਕਰੋ)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
ਮਾਪੇ/ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਦਸਖਤ ਤਰੀਕ

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ ਦੇ ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਖਤ ਤਰੀਕ

**FOR INTERNAL USE ONLY**

Date Referral Received: \_\_\_\_\_ Referral Received By: \_\_\_\_\_

Designated SCD Consultant /Intake Consultant: \_\_\_\_\_

Date SCD Support Services Initiated: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_