

**Richmond Supported Child Development Program**

#280 – 7000 Minoru Blvd

Richmond, BC V6Y 3Z5

Điện Thoại: 604-279-7010 Fax: 604-279-7048

**CHƯƠNG TRÌNH YẾM TRỢ PHÁT TRIỂN TRẺ EM RICHMOND
MẪU GIỚI THIỆU / ĐƠN**

Xin điền đầy đủ mẫu này. Kèm theo tất cả các giấy tờ hỗ trợ cho đơn này để xin dịch vụ. Giấy tờ có thể gồm các phức trình của Bác Sĩ, Chuyên Viên Bệnh Tiếng Nói và Ngôn Ngữ, Chuyên Viên Trị Liệu Vận Động và Vật Lý, Nhân Viên Tham Vấn IDP, Y Tá Sức Khỏe và Các Chuyên Viên Giữ Trẻ hoặc Các Nhân Viên Tham Vấn SCDP Khác. Nếu quý vị không biết chắc phải kèm theo gì, quý vị có thể liên lạc số 604 279-7016 để hỏi Phối Hợp Viên Chương Trình, Carrie McLellan.

CHI TIẾT VỀ GIA ĐÌNH VÀ TRẺ:

Tên Trẻ:	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	Ngày Sinh:
Địa Chỉ Nhà:	Số Bưu Mã:	Số Điện Thoại:
Cha Mẹ / Người Giám Hộ:	Liên Hệ:	Ngày Sinh:
Địa Chỉ Nhà:	Số Bưu Mã:	Số Điện Thoại:
Cha Mẹ / Người Giám Hộ:	Liên Hệ:	Ngày Sinh:
Địa Chỉ Nhà:	Số Bưu Mã:	Số Điện Thoại:

Anh Chị Em:	Phái Tính:	Ngày Sinh:
	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	

Những Người Khác Sống Trong Nhà:	Liên Hệ với Trẻ

Quý vị có là Công Dân Canada hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu KHÔNG, tình trạng quý vị là gì?
---	-------------------------------------

Quý vị muốn chúng tôi liên lạc bằng cách nào? bằng điện thoại bằng fax bằng thư địa chỉ email _____

Ngôn Ngữ Chính Nói Ở Nhà: _____ Cần Thông Dịch Viên? Có/Không

MẪU GIỚI THIỆU / ĐƠN CHƯƠNG TRÌNH YẾM TRỢ PHÁT TRIỂN TRẺ EM - TRANG 2

Con quý vị có đang dùng thuốc nào hay không? (Xin liệt kê) _____

Tại sao quý vị xin Yếm Trợ Phát Triển Trẻ Em? (Lý do giới thiệu; các nhu cầu của trẻ và/hoặc kết quả chẩn đoán): _____

CHI TIẾT GIỮ TRẺ

Môi Trường Giữ Trẻ **Hiện Nay**: _____ Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Tên Người Liên Lạc: _____ Con quý vị bắt đầu chương trình này khi nào? _____

Những ngày trong tuần & giờ trong ngày mà con quý vị đến chương trình giữ trẻ: _____

Môi Trường Giữ Trẻ **Trước Đây**: _____

Có cần biện pháp yếm trợ hay không?: Có Không

Nếu có, (những) loại yếm trợ nào: **Tham Vấn Viên Yếm Trợ Phát Triển Trẻ Em** **Thêm Nhân Viên Giúp Chung**
 Thêm Nhân Viên Giúp Riêng

Nếu không gia nhập chương trình giữ trẻ, muốn có loại chương trình giữ trẻ nào: () Vườn Trẻ () Giữ Trẻ Tập Thể
() Giữ Trẻ Gia Đình () Giữ Trẻ Ngoài Giờ Học
() Chương Trình Thiếu Niên

Quý vị nghĩ đến chương trình giữ trẻ nào (nếu có): _____

Quý vị đưa con đến nơi giữ trẻ bằng cách nào? xe riêng xe buýt đi bộ cách khác: _____

Về chương trình giữ trẻ ngoài giờ học, xin điền:

Trường Của Trẻ:	Lớp:	Điện Thoại:
Tên Giáo Viên:	Người Liên Lạc Ở Trường:	

CHI TIẾT VỀ CÁC DỊCH VỤ KHÁC

Xin cho biết một số chi tiết về các dịch vụ khác, gồm các bác sĩ và các chuyên viên khác, có cung cấp dịch vụ cho con/gia đình quý vị:

Tên Người Cung Cấp Dịch Vụ	Tên Cơ Quan	Số Điện Thoại	Địa Chỉ	Những Kỳ Thẩm Định (nếu có)	Ứng Thuận (Ký tắt)

MẪU GIỚI THIỆU / ĐƠN CHƯƠNG TRÌNH YẾM TRỢ PHÁT TRIỂN TRẺ EM - TRANG 3

Các văn kiện, nếu có, cần thiết để giúp quyết định xem con quý vị có hội đủ điều kiện vào chương trình Yếm Trợ Phát Triển Trẻ Em hay không.

Xin ưng thuận (dưới đây) để kèm giấy tờ với mẫu giới thiệu này.

ƯNG THUẬN:

Tôi cho phép tiết lộ mẫu giới thiệu này, và cả những giấy tờ yếm trợ từ những nơi cung cấp dịch vụ tôi ký tắt ở trên:

Chương Trình Yếm Trợ Phát Triển Trẻ Em Richmond Có Không (xin ký tắt)

(Các) Chương Trình Giữ Trẻ gồm _____ Có Không (xin ký tắt)
(tên các chương trình giữ trẻ)

Chữ Ký Cha Mẹ / Người Giám Hộ _____ Ngày _____

CHI TIẾT VỀ NGUỒN GIỚI THIỆU:

Tên Người Giới Thiệu và/hoặc Gia Đình Trợ Giúp Giới Thiệu: _____

Tổ Chức Giới Thiệu (nếu không phải gia đình): _____

Số Điện Thoại: _____

Tôi cho phép thu thập chi tiết từ nguồn giới thiệu này bằng văn bản và bằng lời về con tôi (nếu không phải là gia đình):

Chương Trình Yếm Trợ Phát Triển Trẻ Em Richmond Có Không (xin ký tắt)

Chữ Ký Cha Mẹ / Người Giám Hộ Ngày _____

Chữ Ký Nhân Chứng về Mẫu Giới Thiệu Ngày _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Date Referral Received: _____ Referral Received By: _____

Designated SCD Consultant /Intake Consultant: _____

Date SCD Support Services Initiated: _____

Notes: _____
