

:Date of Birth	:Case Number	Child's Name: (Last, First, Middle)
:Disability ID Number	:Client ID Number	:Agency State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
:Worker Name		
:Date	:Phone Number 1-866-330-0591	

تم تقديم طلب للحصول على المخصصات بناءً على حالة الإعاقة بالنيابة عن الطفل المذكور أعلاه. ستكون المعلومات التي تقدمها أدناه معلومات مفيدة في تحديد ما إذا كان الطفل سيتلقى Medicaid بناءً على الإعاقة. بالنسبة لأي عنصر ليست لديك معلومات عنه أو لا ينطبق بسبب عمر الطفل، فيرجى تركه فارغاً. شكرًا على تعاونكم.

هل لاحظت أي مشكلات في قدرة الطفل على الحركة أو المشي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل لاحظت أي مشاكل في كيفية تعامل الطفل مع الأشخاص الآخرين (بما في ذلك أنت وأفراد عائلتك والأقارب والغرباء)؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

هل لاحظت أي مشاكل في الكلام؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح:

هل لاحظت أي مشاكل في أنشطة الرعاية الذاتية، مثل الذهاب إلى المرحاض أو الغسيل أو التغذية أو ارتداء الملابس أو ما إلى ذلك؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح:

هل لاحظت أي مشاكل في كيفية لعب الطفل، سواء بمفرده أو مع الآخرين؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح:

هل لاحظت أي مشاكل سلوكية؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح:

يُرجى إكمال ما يلي إذا كان الطفل يذهب إلى المدرسة.

اسم المدرسة:	
اسم المعلم:	الصف:
هل هذا برنامج تعليم خاص من نوع ما؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التوضيح: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
هل يحتاج الطفل إلى مساعدة خاصة أو إضافية فيما يتعلق بالمدرسة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التوضيح: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
هل أنت على دراية بأي مشاكل تتعلق بأداء مدرسة الطفل أو الحضور فيها، مثل التغيب عن المدرسة، أو أيام الغياب بسبب المرض، أو العراك، أو درجات الرسوب، أو المشاكل المتعلقة بالانضباط؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التوضيح: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
يُرجى إضافة أي تعليقات أو معلومات أخرى لديك بشأن أداء المدرسة.	

اسمك:
العلاقة بالطفل:
رقم الهاتف: