

Descrizione delle attività del(la) bambino/a

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

È stata inviata una richiesta di sussidi basata sullo stato di disabilità per conto del(la) bambino/a summenzionato/a. Le informazioni da lei fornite di seguito ci aiuteranno a determinare se il/la bambino/a avrà diritto a ricevere Medicaid sulla base della propria disabilità. La preghiamo di lasciare vuote tutte le voci per cui non ha sufficienti informazioni, o che non sono applicabili a causa dell'età del(la) bambino/a. Grazie per la sua collaborazione.

Ha notato problemi di deambulazione o movimento nel (la) bambino/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore descrivere:
Ha notato problemi nel modo in cui il/la bambino/a si comporta con le altre persone (inclusi lei, familiari, parenti, estranei)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore descrivere:

Ha notato problemi nell'espressione verbale? No Sì

Se sì, per favore descrivere:

Ha notato problemi in attività inerenti alla cura di sé, come andare al bagno, lavarsi, nutrirsi, vestirsi ecc.? No Sì

Se sì, per favore descrivere:

Ha notato problemi nel modo in cui il/la bambino/a gioca, da solo/a o con gli altri? No Sì

Se sì, per favore descrivere:

Ha notato problemi comportamentali? No Sì

Se sì, per favore descrivere:

Per favore, completi la sezione seguente se il/la bambino/a frequenta una scuola.

Nome della scuola:	
Nome dell'insegnante:	Classe:
Si tratta di un programma scolastico speciale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore descrivere:	
Il/la bambino/a richiede un sostegno scolastico extra o speciale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore descrivere:	
È a conoscenza di problemi relativi alla frequentazione o alle prestazioni scolastiche del(la) bambino/a, come assenze ingiustificate, assenze a causa di malattia, atteggiamenti aggressivi, peggioramento dei voti o problemi disciplinari? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore descrivere:	
Aggiungere qualsiasi altro commento o informazione sulle prestazioni scolastiche:	

Nome e cognome:
Rapporto con il bambino:
Numero di telefono: