



Redwood Coast Regional Center

尊重 Redwood 社区的选择

接纳查询包

用于 3 岁或以上的个体

感谢您查询 Redwood Coast Regional Center (RCRC) 的服务。RCRC 是一个为 4 个县级地区发育障碍者提供服务的机构。我们机构服务的人员包括**智力障碍**、**自闭症**、**脑瘫**、**癫痫**或与智力障碍病情密切相关或需要类似于智力障碍患者所需治疗的患者。此外，这种病情需要在 18 岁之前发生，并且可能无限期地持续下去；对该个体而言，这构成了严重的残疾。有关区域中心资格的更多信息，建议您访问我们的网站 www.redwoodcoastrc.org 或 State Department of Developmental Services 的网站 www.dds.ca.gov。

作为初始过程的一部分，接纳专家将希望开始收集记录和报告，以帮助确定对发育障碍的怀疑。随此数据包一起，您将找到对我们有用的记录类型列表。**非常感谢您帮助我们获取这些记录，这可能有助于加快接纳和资格流程。**请您尽最大努力填写随附的《RCRC 接纳信息表》。

当您获得记录/报告副本、填写《RCRC 接纳信息表》并准备将其发送时，您可以将其转发至：

☒ UKIAH Redwood Coast Regional Center 1116 Airport Park Blvd. Ukiah, CA 95482 Attn: Director of Intake 传真: (707) 462-3314 Attn: Director of Intake	☐ EUREKA Redwood Coast Regional Center 525 2 nd Street, Suite 300 Eureka, CA 95501 Attn: Director of Intake 传真: (707) 444-3409 Attn: Director of Intake
--	---

请注意，发送记录和填写的《RCRC 接纳信息表》有助于 RCRC 确定发育障碍的怀疑。这些文件将转发给指定的接纳专家，然后该专家将尽快致电您，讨论接纳流程的下一步。我们意识到申请人的情况与他们的需求有关，这需要一定的记录，我们非常感谢您帮助我们获得所有相关的记录。

如果您对接下来的步骤有任何疑问或需要帮助完成此过程，请致电 (707) 462-3832。

此致，

接纳和资格团队

Redwood Coast Regional Center
接纳和资格
记录和报告请求列表

非常感谢您们在获取这些记录方面的帮助，这可能有助于加快流程。

✓		
	心理评估	<u>所有</u> 评估均由持证心理学家（PhD、PsyD）完成。
学校记录		
	IEP（个人教育项目）	这包括目标和服务计划。我们需要最近和所有的三年（每三年一次）资料。我们希望尽可能多地获取您得到的资料。
	学校心理评估	<u>所有</u> 心理-教育报告均由学校心理学家（MS、MA、EdD）完成。
	言语治疗报告	学校和/或私人执业言语病理学家（SLP）的报告。
	职业治疗报告	学校和/或私人执业职业治疗师（OT）的报告。
	物理治疗报告	学校和/或私人执业物理治疗师（PT）的报告。
	教师笔记	学校工作人员提供的说明申请人日常功能的记录、信件和报告。
病历		
	神经科医生/精神科医生记录	神经/精神科医生（MD/DO）提供的信息。
	病历	与发育障碍和主要医学问题（如综合征、遗传等）相关的记录。
	精神病院入院/出院	任何精神病院的记录。
法律记录（如适用）		
	未成年人的法定监护权	需要法院出具的最终监护书文件。
	被收养未成年人	需要变更的出生证明或法院的最终收养文件。
	（成年人的）监护权	需要法院出具的最终监护权证明文件。

我们意识到，由于各种原因，申请人可能没有各种记录。但是，我们建议您尽一切努力收集它们并向区域中心提供一份副本。作为接纳和资格过程的一部分，接纳单位将需要审查尽可能多的可用信息。如果您还没有自己的副本，获得这些副本也很适合您自己留档。

Redwood Coast Regional Center

您转介的是我们的哪一项标准?

☐ 智力障碍

☐ 自闭症

☐ 脑瘫

☐ 癫痫

社会数据库问卷

申请人信息/身份信息:

(与请求服务的人员相关)

姓名: _____
(名字) (中间名) (姓氏)

申请人是否有其他名字? _____

SOCIAL SECURITY#

地址: (居住地址) _____

(邮寄地址) _____

电话: _____ 出生日期: _____ 年龄: _____ 出生地: _____

电子邮件地址: _____
(如果未成年人, 提供父母的电子邮件地址)

申请人的主要语言: _____

会议首选语言: _____

书面文件的首选语言: _____

消息电话号码: _____

身高: _____ 体重: _____ 婚姻状况: _____
(单身/已婚/离婚/丧偶)

紧急联系人: (家庭成员以外的人)

(姓名) (关系)

(地址) (城市) (邮编) (电话号码)

如果申请人不讲英语(包括ASL)或耳聋, 则需要翻译至:

(姓名) (电话号码)

*申请人是指正在寻求服务的儿童或成人。

申请人当前的生活安排和家庭动态，谁住在家里，在当前家里待多久，列出家里的大家庭成员、宠物等

1. 谁转介您去 Redwood Coast Regional Center? _____

2. 还有其他家庭成员是

Redwood Coast Regional Center 的客户吗? 是/否

客户姓名_____ 案件经理_____

家庭信息:

亲生父母的婚姻状况: 已婚____ 离婚____ 分居 ____
丧偶 ____ 单身 ____ 未结过婚____

父母中的一方是否已去世? (是/否) 母亲____ 父亲____

申请人的监护权: (如果是未成年人) 母亲 ____ 父亲 ____ 法定监护人 ____

监护权期限 _____

寻求服务的人是否受到保护? 是/否。如果是, 监护人/保护人的姓名?

与寻求服务的人的关系? _____

申请保护权的州: _____ 申请日期: _____

申请人是否与亲生父母住在一起或在寄养家庭中? _____

寄养儿童:

寄养父母姓名, 包括电话号码和地址:

谁拥有教育签字权? _____

谁拥有包括医疗在内的父母签字权? _____

法律历史:

申请人是否曾经被逮捕或定罪? 是/否

如果是, 因为何事? _____

申请人是否处于缓刑期? 是/否 缓刑监督官姓名 _____

申请人的亲生母亲 (全名, 包括未婚母亲):
(说明您是否是养父母)

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

电话: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 职业: _____

出生地: _____ 军事/分支机构? _____

教育程度 _____ 雇主姓名/地址 _____

申请人的亲生父亲 (全名) :
(说明您是否是养父母)

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

电话: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 职业: _____

出生地: _____ 军事/分支机构? _____

教育程度 _____ 雇主姓名/地址 _____

继父母: (全名): _____

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

电话: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 职业: _____

出生地: _____ 军事/分支机构? _____

教育程度 _____ 雇主姓名/地址 _____

申请人的兄弟姐妹：

姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 出生地：_____

姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 出生地：_____

姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 出生地：_____

申请人的配偶：

姓名：_____ Social Security #: _____

出生地：_____ 职业：_____

教育程度：_____ 雇主：_____

残障：是/否，如果是，请说明残障情况：_____

申请人的孩子：

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

残障：是/否，如果是，请说明残障情况：_____

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

残障：是/否，如果是，请说明残障情况：_____

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

残障：是/否，如果是，请说明残障情况：_____

护理提供者（如果不是父母）：_____

地址：_____

电话号码：_____ 关系：_____

家庭健康史:

申请人是否被收养? _____

亲生父母家庭的种族: _____

亲生父母是否存在以下任何一种家族史:

(关系, 包括所有家族成员)

智力残障

(智力迟钝) 是/否 _____

自闭症谱系障碍 是/否 _____

多动症 (ADD) / 注意缺陷多动障碍 (ADHD) 是/否 _____

癫痫发作 (癫痫症) 是/否 _____

脑瘫 是/否 _____

肌肉疾病 是/否 _____

学习问题 是/否 _____

出生缺陷 是/否 _____

糖尿病 是/否 _____

心脏病 是/否 _____

言语问题 是/否 _____

听力问题 是/否 _____

物质滥用 是/否 _____

精神/情绪
疾病 是/否 _____ (如果是, 请描述)

出生家庭还有其他健康问题吗? _____

病史:

怀孕/分娩史 (申请人母亲):

分娩时父母的年龄: 母亲 _____ 父亲 _____

怀孕总次数 _____ 活产数 _____ 流产数 _____

您是否有孩子已死亡? _____ 如果是, 死亡时的年龄 _____ 死因 _____

申请人的出生顺序 (第 2 个、第 5 个等) _____

母亲有定期产前护理吗? _____ 如果是, 医疗护理是什么时候开始的? _____

总体重增加? _____

妈妈在怀孕期间是否体重下降? 是/否 _____ 如果是, 体重下降多少? _____

怀孕期间的健康:

疾病: _____

申请人的生母在怀孕期间是否有以下情况?

妊娠期糖尿病? 是/否 _____

毒血症 是/否 _____

感染 是/否 _____

高血压 是/否 _____

出血 是/否 _____

风疹 是/否 _____

吸烟(如果是, 多少包) _____

第 1 个三个月吸烟量_____, 第 2 个三个月吸烟量_____, 第 3 个三个月吸烟量_____

喝酒/吸毒 是/否 _____

其他 _____

怀孕期间服用的药物:

服药原因:

怀孕多长时间(几周或几个月)? _____

出生在哪里? 家里 是/否 _____ 医院 是/否 _____

如果出生在医院, 提供医院名称: _____ 城市: _____

分娩时间(小时): _____

分娩方式: ☐ 阴道分娩 ☐ 剖腹产(计划/紧急)

麻醉: 如果是剖腹产 ☐ 脊髓麻醉 ☐ 硬膜外麻醉 ☐ 全麻

产位: ☐ 头位 ☐ 臀位 ☐ 其他

出生体重: _____磅_____盎司 身长: _____英寸

APGAR 评分: 1 分钟 _____ 5 分钟 _____

分娩后并发症:

☐ 呼吸困难

☐ 黄疸

☐ 紫绀

☐ 吸吮力弱: 描述_____

☐ 需要吸氧

☐ 出生缺陷

☐ 需要静脉注射抗生素

☐ 肌肉张力非常低下

☐ 需要输血

☐ 肌肉张力非常紧张

婴儿住院总天数: _____

婴儿由以下方式喂养: ☐ 母乳喂养 ☐ 奶粉喂养 ☐ 混合喂养

婴儿有机械辅助喂养吗？

☐ 鼻胃管 ☐ 口胃管 ☐ 胃造口管

在出生后的前 12 个月，孩子是否有任何困难/健康问题，如黄疸、紫绀（变蓝）、抽搐或癫痫发作、感染、睡眠或进食困难？出生后第 1 还有其他需要住院治疗的问题吗？如果是，为什么？

母亲产后有没有健康问题？是/否 如果是，请说明：

发育史：

请注明申请人首次完成以下各项的年龄（以月为单位）：

运动领域：	月龄	自助领域：	月龄
无支撑坐着	_____	手指喂食	_____
从杯子里喝东西	_____		
支撑下行走（走动）	_____	熟练使用勺子	_____
无支撑下行走	_____	完成如厕训练	_____
骑脚踏车	_____	自己穿衣服	_____
爬行	_____		

社交领域：		沟通领域：	
独自玩耍	_____	咿呀学语（说“妈妈”等）	_____
在其他孩子旁边玩耍	_____	说其他单个词汇	_____
与其他孩子一起玩耍	_____	说短语	_____
同龄孩子最喜欢的活动	_____	用句子说话	_____
同龄孩子最喜欢的玩具	_____		

认知领域：

了解身体部位	_____	数到 10	_____
了解一些颜色	_____	知道“ABC 歌曲”	_____

当您第一次关注申请人的发育时，他/她的年龄是多少？_____ 以及为什么？_____

他/她是否失去了曾经拥有的任何发育技能？在什么年龄？请描述：

申请人健康史：

请勾选申请人的以下任何一项并解释。说出发生时的年龄。如果可以，请包括年份，因为这有助于获取记录。

年龄：	何时：	医院名称和地址：	护理描述：
☐ 住院治疗	_____	_____	_____
☐ 手术	_____	_____	_____
☐ 重伤/ 脑损伤 伤害/事故	_____	_____	_____
☐ 严重疾病或 频繁疾病	_____	_____	_____
☐ 过敏	_____	_____	_____
☐ 妊娠	_____	_____	_____
☐ 检测/评估	何处和何时：（医生姓名和地址，包括州）		
精神疾病	_____	_____	
听力	_____	_____	
视力	_____	_____	
MRI/CT 扫描	_____	_____	
X 线	_____	_____	
心理学	_____	_____	

特殊设备： 请列出申请人使用的或为申请人使用的任何特殊设备（喂食、移动、 眼镜、支架等）

当前药物：

名称	多长时间一次	原因
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

如果申请人没有癫痫发作，请跳到下一节。

癫痫发作：（当前癫痫发作频率）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ 每天超过 1 次 | ☐ 每年 7 至 11 次 |
| ☐ 每天 1 次 | ☐ 每年 1 至 6 次 |
| ☐ 每周 1 次 | ☐ 过去一年没有（由药物控制） |
| ☐ 每月 1 次 | ☐ ____ 年内无 |

癫痫发作类型或发作描述： _____

癫痫发作前的先兆？是/否 描述 _____

癫痫发作后的病情： _____

癫痫发作后恢复时间： _____

癫痫状态（长时间癫痫发作）癫痫发作？是/否

是否在初级保健提供者和/或神经科医生的指导下定期用药？列出神经科医生和最后一次就诊的日期。

现任初级医师： _____

地址 _____

电话号码： _____ 上次就诊日期： _____

查看原因： _____

牙医： _____

上次就诊日期： _____

其他现任医生和/或以前见过的医生及他们的专科：（请包括姓名、地址和日期）

行为审查:

申请人是否有以下行为改变？如果是，请描述。_____

请描述以下任何问题：

- | | |
|-------------|-------------------|
| 睡眠问题 [] | 焦躁不安 [] |
| 白天遗尿 [] | 难以管教 [] |
| 恐惧 [] | 自我激励行为 [] |
| 闹脾气 [] | 摇摆/旋转 [] |
| 分离困难 [] | 过度活跃行为 [] |
| 偷窃 [] | 眼神交流困难 [] |
| 过度说谎 [] | 回声或重复言语 [] |
| 攻击性 [] | 对触摸、气味、纹理的敏感性 [] |
| 饮食行为问题 [] | 着迷于旋转 物体 [] |
| 大便失禁/涂抹 [] | 难以改变常规活动 [] |
| 自伤行为 [] | 喜欢独处 [] |
| 经常/容易哭泣 [] | 难以与其他儿童玩耍 [] |

任何其他行为问题：请描述：_____

教育史:

婴儿项目或学前班名称: _____

教师: _____ 课堂形式: _____

列出当前或上次就读的学校:

学校名称/地址	课程类型	最后上学年份	教师/电话
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

个人教育计划(IEP): 是/否 **如果是, 指出 IEP 的障碍**

行为计划: 是/否 如果是, 请描述行为计划的需求 _____

工作经验:

职业历史: (如果还没有职业活动, 请跳过此部分)

申请人从事过哪些类型的工作? 列出工作和地点, 包括完成的工作类型。

申请人现在或曾经参与过职业康复吗? 是/否

接纳专家将告知申请人其法律权利。(公平听证程序和上诉程序)。

财务状况:

福利/健康保险: (请勾选申请人收到的福利和金额)

SSI \$ _____ SSA \$ _____ AFDC _____ 其他 _____

收款人 _____ 申请人没有获得公共福利 _____

申请人拥有以下保险:

[] Medi-Cal # _____ [] Medicare # _____

签发日期 _____

[] CHAMPUS # _____ [] 其他 _____

[] 私人保险 _____ 保险公司名称 _____

保单号码 _____

申请人是否接受在家支持服务（IHSS）？是/否
如果是，每月小时数： _____

其他相关机构：

请列出向申请人提供服务的任何其他机构（例如，CCS、Social Security、Head Start、心理健康等）：

当前干预领域：

您觉得申请人需要什么类型的服务？ _____

.....

.....

报告完成人： _____

报告日期 _____

接纳专家 _____

面对面会议日期 _____

(版本更新 04-16-18:tf)