



Redwood Coast Regional Center

尊重 Redwood 社區的選擇

接納查詢包

用於 3 歲或以上的個體

感謝您查詢 Redwood Coast Regional Center (RCRC) 的服務。RCRC 是一個為 4 個縣級地區發育障礙者提供服務的機構。我們機構服務的人員包括智力障礙、自閉症、腦癱、癲癇或與智力障礙病情密切相關或需要類似于智力障礙患者所需治療的患者。此外，這種病情需要在 18 歲之前發生，並且可能無限期地持續下去；對該個體而言，這構成了嚴重的殘疾。有關區域中心資格的更多資訊，建議您訪問我們的網站 www.redwoodcoastrc.org 或 State Department of Developmental Services 的網站 www.dds.ca.gov。

作為初始過程的一部分，接納專家將希望開始收集紀錄和報告，以說明確定對發育障礙的懷疑。隨此資料包一起，您將找到對我們有用的紀錄類型清單。**非常感謝您協助我們獲取這些紀錄，這可能有助於加快接納和資格流程。**請您盡最大努力填寫隨附的《RCRC 接納資訊表》。

當您獲得紀錄/報告副本、填寫《RCRC 接納資訊表》並準備將其發送時，您可以將其轉發至：

☒ UKIAH Redwood Coast Regional Center 1116 Airport Park Blvd. Ukiah, CA 95482 Attn: Director of Intake 傳真： (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 傳真： (707) 444-3409 Attn: Director of Intake
--	---

請注意，發送紀錄和填寫的《RCRC 接納資訊表》有助於 RCRC 確定發育障礙的懷疑。這些檔將轉發給指定的接納專家，然後該專家將儘快致電您，討論接納流程的下一步。我們意識到申請人的情況與他們的需求有關，這需要一定的紀錄，我們非常感謝您幫助我們獲得所有相關的紀錄。

如果您對接下來的步驟有任何疑問或需要幫助完成此過程，請致電 (707) 462-3832。

此致，

接納和資格團隊

Redwood Coast Regional Center
接納和資格
紀錄和報告請求清單

非常感謝您在獲取這些紀錄方面的協助，這可能有助於加快流程。

✓		
	心理評估	<u>所有</u> 評估均由持證心理學家（PhD、PsyD）完成。
學校紀錄		
	IEP（個人教育專案）	這包括目標和服務計畫。我們需要最近和所有的三年（每三年一次）資料。我們希望盡可能多地獲取您得到的資料。
	學校心理評估	<u>所有</u> 心理-教育報告均由學校心理學家（MS、MA、EdD）完成。
	言語治療報告	學校和/或私人執業言語病理學家（SLP）的報告。
	職業治療報告	學校和/或私人執業職業治療師（OT）的報告。
	物理治療報告	學校和/或私人執業物理治療師（PT）的報告。
	教師筆記	學校工作人員提供的說明申請人日常功能的紀錄、信件和報告。
病歷		
	神經科醫生/精神科醫生紀錄	神經/精神科醫生（MD/DO）提供的資訊。
	病歷	與發育障礙和主要醫學問題（如綜合征、遺傳等）相關的紀錄。
	精神病院入院/出院	任何精神病院的紀錄。
法律紀錄（如適用）		
	未成年人的法定監護權	需要法院出具的最終監護檔。
	被收養未成年人	需要變更的出生證明或法院的最終收養檔。
	（成年人的）監護權	需要法院出具的最終監護權證明檔。

我們意識到，由於各種原因，申請人可能沒有各種紀錄。但是，我們建議您盡一切努力收集它們並向區域中心提供一份副本。作為接納和資格過程的一部分，接納單位將需要審查盡可能多的可用資訊。如果您還沒有自己的副本，獲得這些副本也很適合您自己留檔。

Redwood Coast Regional Center

您轉介的是我們的哪一項標準？

☐ 智力障礙

☐ 自閉症

☐ 腦癱

☐ 癲癇

社會資料庫問卷

申請人資訊/身份資訊：

(與請求服務的人員相關)

姓名：_____

(名字)

(中間名)

(姓氏)

申請人是否有其他名字？_____

SOCIAL SECURITY#

地址：(居住地址) _____

(郵寄地址) _____

電話：_____ 出生日期：_____ 年齡_____ 出生地：_____

電子郵寄地址：_____

(如果未成年人，提供父母的電子郵寄地址)

申請人的主要語言：_____

會議首選語言：_____

書面檔的首選語言：_____

消息電話號碼：_____

身高：_____ 體重：_____ 婚姻狀況：_____

(單身/已婚/離婚/喪偶)

緊急聯繫人： (家庭成員以外的人)

(姓名)

(關係)

(地址)

(城市)

(郵編)

(電話號碼)

如果申請人不講英語(包括 ASL)或耳聾，則需要翻譯至：

(姓名)

(電話號碼)

*申請人是指正在尋求服務的兒童或成人。

申請人當前的生活安排和家庭動態，誰住在家裡，在當前家裡待多久，列出家裡的大家庭成員、寵物等

1. 誰轉介您去 Redwood Coast Regional Center ? _____

2. 還有其他家庭成員是

Redwood Coast Regional Center 的客戶嗎？ 是/否

客戶姓名 _____ 個案經理 _____

家庭資訊：

親生父母的婚姻狀況：已婚____ 離婚____ 分居 ____
喪偶 ____ 單身 ____ 未結過婚____

父母中的一方是否已去世？（是/否）母親____ 父親____

申請人的監護權：（如果是未成年人） 母親 ____ 父親 ____ 法定監護人 ____

監護權期限 _____

尋求服務的人是否受到保護？是/否。如果是，監護人/保護人的姓名？

與尋求服務的人的關係？ _____

申請保護權的州： _____ 申請日期： _____

申請人是否與親生父母住在一起或在寄養家庭中？ _____

寄養兒童：

寄養父母姓名，包括電話號碼和地址：

誰擁有教育簽字權？ _____

誰擁有包括醫療在內的父母簽字權？ _____

法律歷史：

申請人是否曾經被逮捕或定罪？是/否

如果是，因為何事？ _____

申請人是否處於緩刑期？是/否 緩刑監督官姓名 _____

申請人的親生母親 (全名, 包括未婚母親):
(說明您是否是養父母)

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

電話: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 職業: _____

出生地: _____ 軍事/分支機構? _____

教育程度 _____ 僱主姓名/地址 _____

申請人的親生父親 (全名) :
(說明您是否是養父母)

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

電話: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 職業: _____

出生地: _____ 軍事/分支機構? _____

教育程度 _____ 僱主姓名/地址 _____

繼父母: (全名): _____

姓名: _____

死亡/日期 _____

地址: _____

電話: _____ 出生日期: _____

SOCIAL SECURITY# _____ 職業: _____

出生地: _____ 軍事/分支機構? _____

教育程度 _____ 僱主姓名/地址 _____

申請人的兄弟姐妹：

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：_____

申請人的配偶：

姓名：_____ Social Security #: _____

出生地：_____ 職業：_____

教育程度：_____ 僱主：_____

殘障：是/否，如果是，請說明殘障情況：_____

申請人的孩子：

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

殘障：是/否，如果是，請說明殘障情況：_____

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

殘障：是/否，如果是，請說明殘障情況：_____

姓名：_____ 出生日期：_____ 地址：_____

出生地：_____

殘障：是/否，如果是，請說明殘障情況：_____

護理提供者（如果不是父母）：_____

地址：_____

電話號碼：_____ 關係：_____

家庭健康史：

申請人是否被收養？_____

親生父母家庭的種族：_____

親生父母是否存在以下任何一種家族史：

(關係，包括所有家族成員)

智力殘障

(智力遲鈍) 是/否 _____

自閉症譜系障礙 是/否 _____

多動症(ADD)/注意缺陷多動障礙(ADHD) 是/否 _____

癲癇發作(癲癇症) 是/否 _____

腦癱 是/否 _____

肌肉疾病 是/否 _____

學習問題 是/否 _____

出生缺陷 是/否 _____

糖尿病 是/否 _____

心臟病 是/否 _____

言語問題 是/否 _____

聽力問題 是/否 _____

物質濫用 是/否 _____

精神/情緒

疾病 是/否 _____ (如果是，請描述)

出生家庭還有其他健康問題嗎？_____

病史：

懷孕/分娩史(申請人母親)：

分娩時父母的年齡：母親 _____ 父親 _____

懷孕總次數 _____ 活產數 _____ 流產數 _____

您是否有孩子已死亡？_____ 如果是，死亡時的年齡 _____ 死因 _____

申請人的出生順序(第2個、第5個等) _____

母親有定期產前護理嗎？_____ 如果是，醫療護理是什麼時候開始的？_____

總體重增加？_____

媽媽在懷孕期間是否體重下降？是/否 _____ 如果是，體重下降多少？_____

懷孕期間的健康：

疾病：_____

申請人的生母在懷孕期間是否有以下情況？

妊娠期糖尿病？ 是/否 _____

毒血症 是/否 _____

感染 是/否 _____

高血壓 是/否 _____

出血 是/否 _____

風疹 是/否 _____

吸煙（如果是，多少包）_____

第 1 個三個月吸煙量____，第 2 個三個月吸煙量____，第 3 個三個月吸煙量____

喝酒/吸毒 是/否 _____

其他 _____

懷孕期間服用的藥物：

服藥原因：

懷孕多長時間（幾週或幾個月）？_____

出生在哪裡？家裡 是/否

醫院 是/否

如果出生在醫院，提供醫院名稱：_____ 城市：_____

分娩時間（小時）：_____

分娩方式：[] 陰道分娩 [] 剖腹產（計畫/緊急）

麻醉：如果是剖腹產 [] 脊髓麻醉 [] 硬膜外麻醉 [] 全麻

產位：[] 頭位 [] 臀位 [] 其他

出生體重：_____磅_____盎司 身長：_____英寸

APGAR 評分：1 分鐘 _____ 5 分鐘 _____

分娩後併發症：

[] 呼吸困難

[] 黃疸

[] 紫紺

[] 吸吮力弱：描述_____

[] 需要吸氧

[] 出生缺陷

[] 需要靜脈注射抗生素

[] 肌肉張力非常低下

[] 需要輸血

[] 肌肉張力非常緊張

嬰兒住院總天數：_____

嬰兒由以下方式餵養：[] 母乳餵養 [] 奶粉餵養 [] 混合餵養

嬰兒有機械輔助餵養嗎？

☐ 鼻胃管 ☐ 口胃管 ☐ 胃造口管

在出生後的前 12 個月，孩子是否有任何困難/健康問題，如黃疸、紫紺（變藍）、抽搐或癲癇發作、感染、睡眠或進食困難？出生後第 1 還有其他需要住院治療的問題嗎？如果是，為什麼？

母親產後有沒有健康問題？是/否 如果是，請說明：

發育史：

請注明申請人首次完成以下各項的年齡（以月為單位）：

運動領域：

月齡

自助領域：

月齡

無支撐坐著 _____
從杯子裡喝東西 _____
支撐下行走（走動） _____
無支撐下行走 _____
騎腳踏車 _____
爬行 _____

手指餵食 _____
熟練使用勺子 _____
完成如廁訓練 _____
自己穿衣服 _____

社交領域：

溝通領域：

獨自玩耍 _____
在其他孩子旁邊玩耍 _____
與其他孩子一起玩耍 _____
同齡孩子最喜歡的活動 _____
同齡孩子最喜歡的玩具 _____

咿呀學語（說「媽媽」等） _____
說其他單個詞彙 _____
說短語 _____
用句子說話 _____

認知領域：

瞭解身體部位 _____
瞭解一些顏色 _____

數到 10 _____
知道「ABC 歌曲」 _____

當您第一次關注申請人的發育時，他/她的年齡是多少？_____ 以及為什麼？ _____

他/她是否失去了曾經擁有的任何發育技能？在什麼年齡？請描述：

申請人健康史：

請勾選申請人的以下任何一項並解釋。說出發生時的年齡。如果可以，請包括年份，因為這有助於獲取紀錄。

年齡：	何時：	醫院名稱和地址：	護理描述：
☐ 住院治療	_____	_____	_____
☐ 手術	_____	_____	_____
☐ 重傷/ 腦損傷 傷害/事故	_____	_____	_____
☐ 嚴重疾病或 頻繁疾病	_____	_____	_____
☐ 過敏	_____	_____	_____
☐ 妊娠	_____	_____	_____
☐ 檢測/評估	何處和何時：（醫生姓名和地址，包括州）		
精神疾病	_____	_____	
聽力	_____	_____	
視力	_____	_____	
MRI/CT 掃描	_____	_____	
X 線	_____	_____	
心理學	_____	_____	

特殊設備：請列出申請人使用的或為申請人使用的任何特殊設備（餵食、移動、眼鏡、支架等）

當前藥物：

名稱	多長時間一次	原因
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

如果申請人沒有癲癇發作，請跳到下一節。

癲癇發作：（當前癲癇發作頻率）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ 每天超過 1 次 | ☐ 每年 7 至 11 次 |
| ☐ 每天 1 次 | ☐ 每年 1 至 6 次 |
| ☐ 每週 1 次 | ☐ 過去一年沒有（由藥物控制） |
| ☐ 每月 1 次 | ☐ ____ 年內無 |

癲癇發作類型或發作描述：_____

癲癇發作前的先兆？是/否 描述_____

癲癇發作後的病情：_____

癲癇發作後恢復時間：_____

癲癇狀態（長時間癲癇發作）癲癇發作？是/否

是否在初級保健提供者和/或神經科醫生的指導下定期用藥？列出神經科醫生和最後一次就診的日期。

現任初級醫師：_____

地址_____

電話號碼：_____ 上次就診日期：_____

查看原因：_____

牙醫：_____

上次就診日期：_____

其他現任醫生和/或以前見過的醫生及他們的專科：（請包括姓名、地址和日期）

行為審查：

申請人是否有以下行為改變？如果是，請描述。

請描述以下任何問題：

睡眠問題 []

焦躁不安 []

白天遺尿 []

難以管教 []

恐懼 []

自我激勵行為 []

鬧脾氣 []

搖擺/旋轉 []

分離困難 []

過度活躍行為 []

偷竊 []

眼神交流困難 []

過度說謊 []

回聲或重複言語 []

攻擊性 []

對觸摸、氣味、紋理的敏感性 []

飲食行為問題 []

著迷於旋轉 物體 []

大便失禁/塗抹 []

難以改變常規活動 []

自傷行為 []

喜歡獨處 []

經常/容易哭泣 []

難以與其他兒童 玩耍 []

任何其他行為問題：請描述：

教育史：

嬰兒專案或學前班名稱： _____

教師：_____ 課堂形式： _____

列出當前或上次就讀的學校：

學校名稱/地址	課程類型	最後參加的年份	教師/電話
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

個人教育計畫(IEP)：是/否 **如果是，指出 IEP 的障礙**

行為計畫：是/否 如果是，請描述行為計畫的需求

工作經驗：

職業歷史：(如果還沒有職業活動，請跳過此部分)

申請人從事過哪些類型的工作？列出工作和地點，包括完成的工作類型。

申請人現在或曾經參與過職業康復嗎？是/否

接納專家將告知申請人其法律權利。(公平聽證程式和上訴程式)。

財務狀況：

福利/健康保險：(請勾選申請人收到的福利和金額)

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

收款人 _____ 申請人沒有獲得公共福利 _____

申請人擁有以下保險：

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

簽發日期 _____

[] CHAMPUS # _____ [] 其他 _____

[] 私人保險 _____ 保險公司名稱 _____

保單號碼 _____

申請人是否接受在家支援服務（IHSS）？是/否

如果是，每月小時數：_____

其他相關機構：

請列出向申請人提供服務的任何其他機構（例如，CCS、Social Security、Head Start、心理健康等）：

當前干預領域：

您覺得申請人需要什麼類型的服務？_____

.....

.....

報告完成人：_____

報告日期_____

接納專家_____

面對面會議日期 _____

(版本更新 04-16-18:tf)