

# שילדערונג פון קינד'ס אקטיוויטעטן

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

אן אפליקאציע פאר בענעפיטן באזירט אויף דיסאביליטי סטאטוס איז אריינגעגעבן געווארן אין נאמען פונעם אויבן-דערמאנטן קינד. די אינפארמאציע וואס איר שטעלט צו אונטן וועט זיין ביייהילפיג ביים באשליסן אויב דאס קינד וועט באקומען Medicaid באזירט אויף דיסאביליטי. ביטע לאזט לידיג סיי וועלכע זאך פאר וועלכע איר האט נישט קיין אינפארמאציע אדער איז נישט גילטיג פאר אייך פון צוליב דעם קינד'ס עלטער. א דאנק פאר אייער הילף.

האט איר באמערקט סיי וועלכע פראבלעם אין דעם קינד'ס מעגליכקייט זיך צו באוועגן אדער גיין?  ניין  יא

אויב יא, ביטע שילדערט:

---

האט איר באמערקט סיי וועלכע פראבלעם אין ווי אזוי דאס קינד פירט זיך אויף ארום אנדערע מענטשן (אריינגערעכנט אייך, פאמיליע מיטגלידער, קרובים, פרעמדע)?  ניין  יא

אויב יא, ביטע שילדערט:

האט איר באמערקט סיי וועלכע רעדן פארבלעמען?  ניין  יא  
אויב יא, ביטע שילדערט:

האט איר באמערקט סיי וועלכע פראבלעמען מיט זעלבסט-קעיר אקטיוויטעטן אזוי ווי גיין צום טוילעט, זיך אפואשן, עסן, זיך אנטון, א.א.וו.?  ניין  יא  
אויב יא, ביטע שילדערט:

האט איר באמערקט סיי וועלכע פראבלעם אין וויאזוי דער קינד שפילט זיך, אליינס אדער מיט אנדערע?  ניין  יא  
אויב יא, ביטע שילדערט:

האט איר באמערקט סיי וועלכע אויפפירונג פראבלעמען?  ניין  יא  
אויב יא, ביטע שילדערט:

<b>נאמען פון שולע:</b>	
<b>לערער(ין)'ס נאמען:</b>	<b>קלאס:</b>
איז דאס א ספעציעלע עדיוקעי שאן פראגראם פון סיי וועלכע סארט? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא אויב יא, ביטע שילדערט:	
דארף דאס קינד ספעציעלע אדער איבריגע הילף לגבי שולע? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא אויב יא, ביטע שילדערט:	
ווייסט איר פון סיי וועלכע פראבלעמען מיט דער קינד'ס שולע אנוועזנהייט אדער אויפפירונג אזוי ווי אפועזנהייט, אפועזנהייט צוליב קרענק, קריגערייען, דורכפאלן בחינות אדער דיציפלין פראבלעמען? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא אויב יא, ביטע שילדערט:	
ביטע לייגט צו סיי וועלכע אנדערע באמערקונגען אדער אינפארמאציע וואס איר האט לגבי שולע אויפפירונג:	
<b>אייער נאמען:</b>	
<b>פארבינדונג צום קינד:</b>	
<b>טעלעפאן נומער:</b>	