



استبيان مرجعي للأطفال البالغين
Adult Child Reference Questionnaire

اسم مقدم / مقدمي الطلب	
اسم الطفل البالغ	
1. منذ متى وأنت تعرف مقدم / مقدمي الطلب؟	2. ما علاقتك بمقدم / مقدمي الطلب؟
3. يرجى وصف علاقتك بمقدم / مقدمي الطلب أثناء طفولتك وبلوغك وعدد المرات التي تواصلت معه / معهم.	
4. كيف تشعر بأن مقدم / مقدمي الطلب أصبحوا من مقدمي الرعاية البديلة أو المتبنيين أو الأقارب؟	
5. إذا كنت بحاجة إلى شخص لرعاية طفلك، سواء كان ذلك قصير أو طويل المدى، فهل ستشعر بالراحة عند استخدام مقدم / مقدمي الطلب؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
6. صف كيف يتعامل مقدم / مقدمو الطلب مع بعضهم البعض ومع الآخرين (العائلة والأصدقاء).	
7. صف كيف يتعامل مقدم / مقدمو الطلب مع النزاعات وتسوية الخلافات. هل تتذكر أي حالات للعنف المنزلي في منزلك؟	
8. صف كيف كان يتم تهذيبك عندما كنت طفلاً وأيضاً كيف تعتقد أو ترى تهذيب مقدم / مقدمو الطلب للأطفال مؤخرًا.	
9. هل سبق لك أن تعرضت للإساءة (البدنية أو الجنسية أو تعاطي المواد المخدرة / الكحول) أو تعرضت لسوء المعاملة أثناء نشأتك؟	

10. هل لديك أي مخاوف بشأن الصحة الجسدية أو العقلية لمقدم / مقدمي الطلب، والتي يمكن أن تؤثر على قدرته / قدرتهم على رعاية طفل؟

11. هل سبق لك معرفة أن مقدم / مقدمي الطلب يواجهون المشاكل (الآن أو في الماضي) بسبب:

المواد المخدرة الكحول مخدر الماريجوانا مشكلات الصحة العقلية الغضب العنف المنزلي

صعوبات متكررة في العمل أو البطالة

لا شيء مما سبق

إذا تم وضع علامة، فيرجى التوضيح:

12. إذا كنت قلقًا بشأن معاملة الأطفال الموجودين مع مقدم / مقدمي الطلب، فما الذي ستفعله؟

13. هل هناك أي شيء آخر تشعر أنه يجب أن نأخذه في الاعتبار قبل تقديم توصيات حول مقدم / مقدمي الطلب؟

14. قد نتصل بك إذا كان لدينا استفسارات. شكرًا لتخصيص بعض الوقت لملء هذا الاستبيان.

التاريخ

رقم الهاتف

التوقيع