



正楷填写或输入。如有必要，请附上补充信息。

致：青少年服务局

孩子姓名	孩子住址	出生日期
孩子性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	首选语言	
孩子种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不明	孩子民族 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔	
印第安部落/印第安人保留地（如有）	学校/年级	
父母/监护人/其他委托监护人的姓名	与孩子的关系	
父母/监护人/其他委托监护人的住址		

父母/监护人/其他委托监护人的电话号码： 住宅电话：	手机：	公司电话：
-------------------------------	-----	-------

(选填) 父母/监护人/其他委托监护人的姓名	与孩子的关系
父母/监护人/其他委托监护人的住址	

父母/监护人/其他委托监护人的电话号码： 住宅电话：	手机：	公司电话：
-------------------------------	-----	-------

请勾选所有适合项

我认为上述家庭需要服务，因为这个家庭中的一个孩子：

A. 曾无正当理由逃离父母的住所或其他获得适当授权的合法住所。

时间 (日期)	时长	去往何地 (若知晓)
过往离家出走史		

如果在填写本申请时孩子已经失踪超过二十四 (24)

小时，请在此处划“X”。如果您已联系警方报了失踪案，请在此处划“X”。

B. 不听父母、监护人或其他委托监护人的管教。（说明事件发生日期以及孩子在事件中做出的行为）

.....

C. 行径丑恶或不道德。（说明事件发生日期以及孩子在事件中做出的行为）

.....

其他信息

请提供以下信息（如有）：

孩子当前的心理健康诊断书（若知晓）：

其他信息 - 续

1. 孩子是否曾因问题行为接受过帮助?

否 不明 是 (何时何处):

2. 孩子目前是否在看心理顾问/临床医生?

否 不明 是 (请注明心理顾问/临床医生的姓名和执业机构):

3. 孩子目前是否服用任何药物?

否 不明 是 (说明药物类型和给药频率):

4. 孩子目前是否滥用任何药物?

否 不明 是 (说明药物类型和给药频率):

5. 孩子是否使用不良物质 (酒精、烟草、毒品)?

否 不明 是 (说明药物类型和给药频率):

6. 孩子最近是否住过院?

否 不明 是 (请注明日期和原因):

7. 家人是否与儿童与家庭服务局联系过?

否 不明 是 (何时)

8. 孩子是否卷入过青少年法庭审理的案件中?

否 不明 是 (何时)

9. 孩子是否卷入过青少年审查委员会 (JRB) 审查的案件中?

否 不明 是 (何时)

10. 孩子是否违反了家庭规定的宵禁?

否 不明 是 (请注明)

11. 孩子在家里除了简单的顶嘴 (如尖叫或咒骂) 之外还会发生言语争执吗?

否 不明 是 (请注明频率):

12. 孩子是否实施身体暴力?

否 不明 是 (请描述并注明频率):

13. 孩子以前是否有过家外安置经历, 包括与其他家庭成员在一起的家外安置?

否 不明 是

时间 (日期)	时长	地点
原因		

备注

请进一步详述引致此转送的行为。关于您的孩子, 我们还需要了解哪些其他情况?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

正楷书写姓名	签名	签字日期
与孩子或机构的关系/称呼 (如适用)	电话号码	供警方使用: 案例编号