

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

18 岁以下发育障碍儿童服务资格认定申请

表 A: 申请人信息及声明

本表收集有关儿童及儿童福利、教育和服务方面的信息。还收集代表儿童提交申请的个人的信息。

本表的第一部分必须由为儿童提交申请的个人签名。提交申请者必须是父母、监护人或法律允许提交申请的其他人。

您可以在朋友、家庭成员、孩子的学校或医生或任何帮助家庭获得服务的组织的帮助下收集信息并填写本申请表。

新泽西州儿童及家庭部

声明

根据新泽西州“修订规约”第 30:4-25.2 节及第 30:4C-4.4 节之规定，正在为下述儿童向儿童及家庭部事务专员申请获得儿童护理系统部 (CSOC) 提供的服务的资格认定：

姓名： _____
名字 中间名首字母 姓氏

出生日期： _____

通过签署本申请，本人还做出以下声明：

- 1. 申请人及/或其父母或法定监护人是新泽西州永久居民而非临时居住者，并明确表示愿意根据 N.J.A.C. 10:196 规定将其主要居住地定在新泽西州
2. 本人将尽可能准确地填写本申请书及所有附带表格
3. 本人理解，本人有机会根据 N.J.A.C. 10:196-5.1 针对资格不符合认定提出上诉，以及
4. 本人理解，如果申请人被认定为有资格获得 CSOC 服务并要求家外服务，则根据 N.J.A.C.10:46D，在提供家外服务前将要求申请人提供所有财务信息。

本申请为与申请人之间具有如下关系者根据 R.S. 30: 4-25.2 提出：

- ☐ 父母 ☐ 未成年人（儿童）的法定监护人
☐ 对未成年人拥有管辖权的法院 ☐ 对未成年人拥有监护权和照护权的机构

签名

日期

姓名

职务，如为机构或法院代表

您是否具有医生、治疗师、护理经理或社区服务机构来协助您完成本申请? 是 否

如果是, 请于下方说明该组织名称及详细信息:

姓名: _____

组织: _____

主要电话: _____

地址: _____

街道

公寓编号

城市

州

邮政编码

以下部分特意留为空白, 保留以供将来使用。请继续前往下一页。

第 3 节: 儿童当前保险及福利信息

1. 孩子当前的健康保险 (请选择所有适用项):

新泽西州 FamilyCare 会员编号: _____

新泽西州 Medicaid 会员编号: _____

Medicare 会员编号: _____

私人保险 保单名称: _____

保单编号: _____

无保险

如果无保险:

1A. 孩子是否曾经被拒绝加入私人医疗保险?

是 否

1B. 孩子是否曾经被拒绝加入 Medicaid 保险?

是 否

1C. 过去 12 个月内是否曾为这个孩子申请加入 Medicaid?

是 否

1D. 您是否计划在接下来的 3 个月内为这个孩子申请保险?

是 否

2. 孩子目前是否接受社会保障残疾保险 (SSDI)? 是 否

如果是: 索赔编号: _____ 每月收到的金额: \$ _____

如果否: 从未申请 申请待批准 不合格

3. 您是否计划在接下来的 3 个月内为这个孩子申请社会保障福利? 是 否

4. 孩子目前是否获得补充保障收入 (SSI) 福利? 是 否

如果是: 索赔编号: _____ 每月收到的金额: \$ _____

如果否: 从未申请 申请待批准 不合格

如果申请人获得 SSA/SSDI 或 SSI, 是否有代表收款人? 是 否

如果是, 请填写以下内容:

福利	姓名	地址	电话	关系
#1				
#2				

评论:

第 4 节：医疗保健和治疗

说明：具有残疾或需要持续服务或支持的致残性医疗病症是获取发育障碍服务的要求之一。在本节中，请说明当前或最近为您的孩子提供治疗的医疗保健专业人士。另请包括曾为孩子提供诊断或治疗规划的专业人士的相关信息，如果没有最近的诊断报告，则追溯至三年前亦可。

1. 孩子目前是否拥有初级保健医生 (PCP)? 是 否
2. 您或您的孩子是否曾经前往神经科医生、精神科医生、骨科医生或其他专科护理医生处进行咨询或接受诊断?
 是 否

如果是，您的孩子目前诊断为何? _____

3. 孩子是否需要以下方面的服务：
 - 言语/语言 物理疗法 职业疗法 咨询
 - 无 其他: _____

4. 请列出最近为孩子提供治疗、诊断或开具处方的医生或治疗师的姓名：

医生或治疗师姓名/团队		最近看诊日期 (月/年)
<input type="checkbox"/>	初级保健	
<input type="checkbox"/>	专科护理医生	
<input type="checkbox"/>	其他专科护理医生	
<input type="checkbox"/>	言语/语言治疗师	
<input type="checkbox"/>	物理治疗师	
<input type="checkbox"/>	职业治疗师	
<input type="checkbox"/>	咨询	
<input type="checkbox"/>	其他	

第 5 节：教育

说明：请说明孩子目前就读学校、年级和教育类型（如适用）的相关信息。

1. 目前就读学校

名称	城市	乡镇
----	----	----

2. 目前就读年级： _____

3. 目前学校配置

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 主流教室 | <input type="checkbox"/> 特别服务单位 |
| <input type="checkbox"/> 资源室 | <input type="checkbox"/> 区域外学校（仅限日间课程） |
| <input type="checkbox"/> 普通学校自足式教室 | <input type="checkbox"/> 区域外学校（住宿） |
| <input type="checkbox"/> 区域内专门学校 | |

4. 孩子是否受到儿童研究团队归类？

- 是 否 等待确认 孩子不在校

如果是

初始归类日期（月/年）： _____

归类年级： _____

5. 现有新泽西州特殊教育类别（如适用）

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 听觉障碍 | <input type="checkbox"/> 失聪/失明 | <input type="checkbox"/> 社会适应不良 |
| <input type="checkbox"/> 自闭症 | <input type="checkbox"/> 特殊学习障碍 | <input type="checkbox"/> 创伤性脑损伤 |
| <input type="checkbox"/> 学龄前残疾儿童 | <input type="checkbox"/> 肢体伤残 | <input type="checkbox"/> 视觉障碍 |
| <input type="checkbox"/> 情绪困扰 | <input type="checkbox"/> 认知障碍 | <input type="checkbox"/> 其他健康损伤 |
| <input type="checkbox"/> 多重障碍 | <input type="checkbox"/> 沟通障碍 | |

评论：



重要！ 此为四部分申请表的第一部分。请继续完成表 B：儿童适应行为汇总表 (CABS)。

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

新泽西州儿童及家庭部

18 岁以下发育障碍儿童服务资格认定申请

表 B：儿童适应行为汇总表

儿童适应行为汇总表 (CABS) 旨在收集过去 6 个月内有关儿童身体典型机能方面的信息。本汇总表应由儿童的主要照护者（最熟悉该儿童情况的人）完成，并尽可能地反映儿童在家庭、学校和社区中的日常行为和反应情况。本表更全面地展示了儿童障碍对儿童及其照护者日常生活造成的影响。本表补充但无法替代您必须提交的来自于儿童的医疗保健提供者的有关儿童特长、能力和需求方面的信息和文件。

请勾选最能描述儿童进行以下动作或行为频次的方框。请就所有表述做出回答。如果由于您未观察您孩子的行为或认为该行为不适合于您的孩子而无法提供意见，请酌情给出“否”答案。除非另有说明，您可在每节末尾处写下任何评论。这些评论可以包括各节内有关项的其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

儿童适应行为汇总表 (CABS) 申请部分

孩子的姓名: _____ 当前年龄: _____
 名字 中间名首字母 姓氏

ABS 填写人: _____ 填写日期: _____

关系: _____ 电话号码: _____

第 1 节: 日常生活活动

请记住对过去 **6** 个月内孩子在家中的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

饮食	1 基本独立	2 不到一半的时间 需要口头提示	3 超过一半的时间 需要口头提示	4 不到一半的时间 需要身体协助	5 超过一半的时间 需要身体协助	N/A 不适用
1. 用手指吃饭	<input type="checkbox"/>					
2. 自己用勺子吃饭	<input type="checkbox"/>					
3. 自己用叉子吃饭	<input type="checkbox"/>					
4. 用餐刀切食物	<input type="checkbox"/>					
5. 用杯子或玻璃杯喝饮料	<input type="checkbox"/>					

评论/其他信息: (简要说明任何“N/A”回答)

如厕	1 基本独立	2 不到一半的时间 需要口头提示	3 超过一半的时间 需要口头提示	4 不到一半的时间 需要身体协助	5 超过一半的时间 需要身体协助	N/A 不适用
1. 确定如厕时间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 自己如厕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 自己用卫生纸擦拭。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 如厕后洗手。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (女性) 处理月经需求。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 任何小便情况 - 日间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 任何小便情况 - 夜间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 任何大便情况 - 日间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 任何大便情况 - 夜间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 使用任何失禁产品 (尿布或类似用品)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	如果是: 请勾选一天的时候: <input type="checkbox"/> 日间 <input type="checkbox"/> 夜间			
评论/其他信息: (简要说明任何 "N/A" 回答)						

卫生	1 基本独立	2 不到一半的时间 需要口头提示	3 超过一半的时间 需要口头提示	4 不到一半的时间 需要身体协助	5 超过一半的时间 需要身体协助	N/A 不适用
1. 打开/调节水温	<input type="checkbox"/>					
2. 洗手和干手	<input type="checkbox"/>					
3. 洗脸和干脸	<input type="checkbox"/>					
4. 自己盆浴	<input type="checkbox"/>					
5. 自己淋浴	<input type="checkbox"/>					
6. 用洗发水洗头	<input type="checkbox"/>					
7. 擦干自己身体	<input type="checkbox"/>					
8. 使用除臭剂	<input type="checkbox"/>					

卫生	1 基本独立	2 不到一半的时间 需要口头提示	3 超过一半的时间 需要口头提示	4 不到一半的时间 需要身体协助	5 超过一半的时间 需要身体协助	N/A 不适用
9. 梳头发/刷头发	<input type="checkbox"/>					
10. 将牙膏挤到牙刷上	<input type="checkbox"/>					
11. 自己刷牙	<input type="checkbox"/>					
12. 用纸巾擤鼻涕并擦拭	<input type="checkbox"/>					
13. 根据需要剔除毛发	<input type="checkbox"/>					
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答）						

穿衣	1 基本独立	2 不到一半的时间 需要口头提示	3 超过一半的时间 需要口头提示	4 不到一半的时间 需要身体协助	5 超过一半的时间 需要身体协助	N/A 不适用
1. 自己脱衣服（以适当方式）	<input type="checkbox"/>					
2. 能够扣纽扣	<input type="checkbox"/>					
3. 能够熟练穿上衣服	<input type="checkbox"/>					
4. 能够拉上/拉下拉链	<input type="checkbox"/>					
5. 扣上搭扣（如皮带搭扣）	<input type="checkbox"/>					
6. 自己钩上胸罩	<input type="checkbox"/>					
7. 系鞋带	<input type="checkbox"/>					
8. 完全自己穿衣	<input type="checkbox"/>					
9. 经常换衣服	<input type="checkbox"/>					
10. 选择季节性服装	<input type="checkbox"/>					
11. 脱袜子、帽子和手套	<input type="checkbox"/>					
评论/其他信息：（简要说明任何“N/A”回答）						

第 II 节：沟通与社会行为

请记住对过去 6 个月内孩子在家庭、学校及社区的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

沟通技巧	1 几乎从不 (不到 10% 的时间)	2 很少 (少于 25% 的时间)	3 有时 (大约 50% 的时间)	4 经常 (超过 75% 的时间)	5 大部分/所有时间 (90% 或更多时间)
1. 适当回答“是”和“否”问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 遵循简单的指令。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 遵循复杂或多个步骤的指令。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 告知基本的需要和需求。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
是/否回应定势:	是	否	在下方对各项进行评论:		
5. 使用手势沟通（例如指方向）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. 使用手语沟通。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. 理解手势。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. 理解标识或手语。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. 接听电话/能够使用电话。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. 孩子是否使用任何辅助设备进行沟通?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
社会行为	是	否	评论		
孩子是否有喜欢的兴趣爱好?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能够独立交朋友和维持友谊。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能够与同龄人维持有意义的交谈。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子表现出与同龄人相处的兴趣。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能恰当地保守秘密，谨慎分享个人信息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能够表达对朋友情感的同情和关心。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能够在有必要时表达自己意见。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
孩子能够适当地管理愤怒和挫折。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

其他机能领域	是	否	评论
1. 孩子能够识别偏好（食物、电视节目、游戏）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 孩子能够计划和预测未来发生的事件。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 孩子会在有需要时向他人寻求协助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 孩子能够将垃圾带出去并放置在适当的容器里。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 孩子会指向自己喜欢或感有趣的物体。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 孩子有兴趣爱好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 孩子能够设定并执行计划。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 孩子能够理解简单的任务。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 孩子能够清理自己的房间（将物体放好）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 孩子寻找同伴一起玩耍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 孩子能够说出电子钟或手表上的时间。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 孩子在 2 个学科中落后 3 个或更多等级。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 孩子能够说出主要的家庭地址。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 孩子能够指出或说出图片中的物体。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 孩子能够正确地从 1 数到 10。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 孩子能够匹配 3 种形状或 3 种颜色。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 孩子能够辨认至少 7 种颜色。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 孩子能够良好地利用时间来跟上计划。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
补充说明：			

社区意识	是	否	评论
1. 孩子参与了哪些社区活动?			
2. 孩子在这些活动期间是否表现出适当行为?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 孩子是否能意识到家里常见的危险, 例如楼梯、清洁剂、加热器、火炉和壁炉?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 孩子是否表现出社区危险意识, 例如道路交通或对陌生人的防备意识?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 孩子是否能够购物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 孩子是否能够使用公共交通工具?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 孩子是否能够辨认时间?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. 孩子是否可以自己服用处方药?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. 说明服药方式:			
9. 是否可以让他在这段时间内独处/无人照看?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 说明帮助孩子管理金钱所需的协助 (支付账单、预算等)			
评论:			

第 III 节：医疗和行为因素

请记住对过去 **6** 个月内孩子在家中的总体身体机能进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如强度、触发因素以及孩子当前的身体机能较过去是否已有改善或恶化。

对于医疗风险病症，无论诊断日期为何，仅在过去 **6** 个月内表现出症状，才勾选“是”。如果孩子有病症/治疗既往史，但现在没有，请勾选“否”，但请在评论栏内说明既往史详情。

对于创伤和风险既往史部分，如果孩子曾经经历过所列项，请勾选“是”。如果孩子经历过其他类型的创伤，请在相应的评论栏内注明。

医学风险病症	是	否	评论
1. 过敏（药物、食物）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 哮喘（吸入器、雾化器）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 呼吸/（氧气、气管切开术、CPAP）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 胃肠（饲喂/排泄问题；重度反流）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 采用结肠造口术	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 吸气处于危险	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 使用胃管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 饮食时咳嗽或窒息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 必须让其他人将食物/液体放入口中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 需要机械方式改变膳食（增稠、切碎/研磨）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 需要医疗处方膳食（脂肪、钠、胆固醇）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 表现出极端的食物/饮水寻找行为	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 脱水风险/经常拒绝饮水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 便秘：经常需要栓药或灌肠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 需要导管、透析（肾/泌尿疾病等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. 是否患有癫痫/羊角风？如果是，请说明类型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b. 是否为青少年开具了治疗癫痫的处方药？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c. 癫痫上次发作日期、癫痫类型、频次：			

17a. 是否患有糖尿病? 如果是, 请说明类型:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. 青少年是否依赖胰岛素?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 孩子是否获得居家专业护理?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 其他需要帮助的医疗病症: 请在以下评论区列出。 评论:			

行为风险	是	否	评论
行为 (针对自己)			包括频次和触发因素
1. 狠狠地咬/打自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 撞头	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 将有害物体插入身体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 抠抓或严重划伤皮肤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 异食癖/吃非食用的东西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 其他:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
行为 (针对他人)			包括频次、触发因素和针对的人 (例如父母、兄弟姐妹、老师、陌生人)
7. 打、咬或踢其他人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 发出直接暴力威胁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 暴怒/攻击	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 严重反抗/始终拒绝或不听从指令	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

其他行为	是	否	如果是，请说明孩子正接受的治疗/服务（如有）
11. 药物使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 刑事法律介入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 非正常的性行为	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 冲动性跑开	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 经常走失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 不寻常的攀爬行为	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 财产损失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 放火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 其他:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

创伤和风险状况	是	否	评论
1. 身体虐待史。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 性虐待史。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 受欺史。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 兄弟姐妹或父母死亡等严重损失史。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 由于受到虐待或忽视而离家出走史。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精神健康问题	是	否	如果是，请说明孩子正接受的治疗/服务（如有）
6. 抑郁（绝望、悲哀、情绪波动）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 焦虑（过度担忧、恐慌）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 注意力缺陷多动障碍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 严重的情绪波动和/或易怒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 抽搐、运动障碍。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 看到或听到实际上并不存在的东西，妄想症。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
评论:			

第 IV 节：监督需求和适应性设备的使用

请记住对过去 6 个月内孩子的总体身体机能或设备的使用情况进行评估。您可以在评论栏内说明任何其他信息，例如孩子的当前能力或对适应性设备的需求较过去是否已有改善或恶化。

家庭内监督需求	是	否
1. 需要适合年龄的监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 日间及夜间 24 小时不间断监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 日间密切监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 每日有限时间内现场支持/监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 能够辨认紧急情况并为自己获取帮助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 从家撤离时需要帮助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

社区内监督需求	是	否
1. 需要适合年龄的监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 日间及夜间 24 小时不间断监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 日间密切监督	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 可以独自留在特定地点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 独自在社区行走	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 容易被他人利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

评论:

适应性设备的使用	若使用则勾选	评论			
轮椅（您可以选择多项）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手动	<input type="checkbox"/> 机动	<input type="checkbox"/> 自行式	<input type="checkbox"/> 需要帮助
头套	<input type="checkbox"/>				
眼镜	<input type="checkbox"/>				
助行器/拐杖/手杖	<input type="checkbox"/>				
经改造的餐具	<input type="checkbox"/>				
PERS – 个人应急响应系统	<input type="checkbox"/>				
矫正鞋/背带	<input type="checkbox"/>				
助听器	<input type="checkbox"/>				
辅助沟通设备	<input type="checkbox"/>				

适应性设备的使用	若使用则勾选	评论
其他: 请说明	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
评论:		

环境改造的使用	若使用则勾选	评论
无障碍轮椅车	<input type="checkbox"/>	
无障碍浴室设施	<input type="checkbox"/>	
坡道	<input type="checkbox"/>	
升降装置: 门廊、霍耶升降机、楼梯	<input type="checkbox"/>	
其他: 请说明	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
评论:		

第 V 节：确认

新泽西州
儿童及家庭部
儿童护理系统司

现确认本人是为下述申请人填写儿童适应行为汇总表的人：

儿童或青少年申请人姓名（正楷）

尽本人所知并相信，本人提供的答案准确地反映了该儿童的自理能力、沟通能力、社会行为、社区意识、身体状况、缺陷、辅助设备使用情况及其健康、医疗和安全问题。

签名：_____ 日期：_____

姓名（正楷）：_____

与儿童或青少年申请人的关系：_____



重要！此为四部分申请表的第二部分。请继续完成表 C：文件封面页。

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

18 岁以下发育障碍儿童服务资格认定申请

表 C：文件封面页

儿童姓名： _____ 申请人姓名： _____

儿童出生日期： _____ CYBER ID（如果已知）： _____

请将本封面页加入至您提交的表格及文件中，并列明您附加的项目。请通过勾选的方式说明您随申请提交的文件。请在您提交的每份文件上注明孩子的姓名、出生日期以及 CYBER ID 编号（如果已知）。

请勿发送原件。您的记录不会退回。

必需表格

- 表 A：申请人信息表
- 表 B：儿童适应行为汇总表 (CABS)
- 表 C：文件封面页（本表）及所需的文件
- 表 D：HIPAA 确认表

必需文件

- 美国居民与公民身份证明
- 新泽西州居民身份证明
- 说明精神或身体缺陷的诊断评估
- 说明发育障碍的诊断评估
- 当前适应行为评估

证明文件

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 由医疗保健执业医师做出的当前医疗诊断 | <input type="checkbox"/> 当前言语语言治疗评估 |
| <input type="checkbox"/> 当前发育评估、神经学评估、神经心理学评估或心理学评估 | <input type="checkbox"/> 当前职业治疗评估 |
| <input type="checkbox"/> 当前儿童研究团队评估（非个性化教育计划/方案） | <input type="checkbox"/> 当前物理治疗评估 |
| | <input type="checkbox"/> 当前早期干预评估 |
| | <input type="checkbox"/> 适应设备和/或装置的使用/需求情况 |

其他文件（可选）

如果您提交了以上证明文件中未予包含的严重功能限制/损伤的其他证明文件，请予以说明。

姓名： _____ 日期： _____ 页数： _____

姓名： _____ 日期： _____ 页数： _____

如有必要

- 监护权证明或法院命令（如果提交人不是孩子的父母）
- 健康信息共享授权表（准许其他人查看申请状态）

如需了解更多信息，请参阅下一页的说明。请将所有文件邮寄至：

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

文件说明

表 C: 文件封面页说明您在资格认定申请中随附的项目。请通过勾选的方式说明您在申请中附加了哪些文件。请务必包含全部必需文件及证明文件, 若未收到这些文件, 则无法对您的申请进行审查。请仅寄送这些文件的副本, 因为我们不会退还任何提交给我们的资料。请将文件邮寄至:

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

必需的申请表:

您必须填写表 A 到表 D, 并在指定位置签字, 然后邮寄至上述地址。

您可拨打 PerformCare 电话 **1-877-652-7624** 或访问 PerformCare 网站

<http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility.aspx>。

表 A: 申请人信息及声明表。

只有孩子的父母、法定监护人或依法被授权提交申请的法院或机构才能提交资格认定申请。代表孩子提交申请的人士必须在此表的声明部分签字。您在填写申请表任何部分之时, 可以请朋友、家人或律师为您提供协助。

表 B: 儿童适应行为汇总表 (CABS)。

此表应由享受孩子情况的家庭成员或照护者填写, 填写者须能说明孩子在最近 6 个月里的典型功能情况。CABS 表的填写人应该在此表格上签字。如果孩子目前并非在家里居住或者在家里接受大部分护理, 则填写人可能为孩子父母/监护人以外的其他人士。

表 C: 文件封面页。

为本说明中附加的表格。请在每次向 PerformCare 提交资格认定文件时, 使用该封面页。请说明您提交了哪些表格, 务必确保附上必需文件和/或证明文件的副本。请勿提交原件, 我们不会被退还您提交的文件。

表 D: HIPAA 确认表。

请阅读儿童及家庭部的*隐私惯例通知*, 签字后寄回此*确认表*。此表格说明您了解我们将对您分享的申请材料进行及不进行哪些处理方式。

可选: 健康信息共享授权表。

如果您希望我们与您指定的其他人士讨论您的申请状态, 则请务必在可选的*健康信息共享授权表*部分予以说明。您可以指定多位人士, 但请注意, 这份授权表仅准许该等人士查询孩子的申请状态。我们不会将详细的健康信息发布给这份授权表指定的人士。

必需的居民身份、公民身份或监护权证明文件: **美国居民与公民身份证明**

(以下其中一项: 青少年或父母的美国出生证明影印件、青少年或父母的有效美国护照影印件、孩子或父母的美国公民身份的其他证明文件, 或孩子或父母的有效永久居民卡影印件)

 新泽西州居民身份证明

(以下其中一项: 父母当前选民登记表影印件、父母工资单、父母 W2 表、父母不动产税金账单、新泽西州或郡签发的身份证、新泽西州驾照, 或显示父母/监护人的姓名和新泽西州住址的水电费账单)

足以证明具有精神或身体缺陷及发育障碍的临床记录, 包括所要求的严重功能限制: 您不必提供列出的每种类型的记录, 但是您必须提交足以证明以下情况的当前记录:

1. 具有精神或身体缺陷及发育障碍, 具体而言可以是精神或身体缺陷及发育障碍的诊断评估(其中包括身体、神经、遗传病症及/或认知障碍的具体诊断, 以及做出诊断所依据的支持证据), 和
2. 在以下三个或以上的主要生活活动方面具严重功能限制: 自理; 接受性和表达性语言; 学习; 行动; 自我导向; 独立生活能力; 经济自足。严重功能限制通过对证明文件(即心理、言语语言治疗、职业治疗和/或物理治疗评估)和 CABS 进行综合审查, 根据与儿童年龄相应的期望来进行评估。
3. 当前适应行为评估(即适应行为评估系统)

支持性临床记录:

- 当前发育、神经学、神经心理学或心理学评估, 以及标准化认知评估的完整结果
- 当前儿童研究团队评估(非 IEP - 个性化教育计划/方案)
- 当前言语语言治疗评估
- 当前职业治疗评估
- 当前物理治疗评估
- 当前早期干预评估
- 说明适应设备和/或装置使用/需求情况的辅助技术评估

关于文件的重要信息:

1. 只有提供了证明资格所需的全部必要信息和足够证明文件, 资格认定申请才能获得审查。
2. 同时提交必需的全部证明文件, 可有助于发育障碍资格认定团队及时处理申请。
3. 需要提交证明具有精神/身体缺陷和发育障碍的完整诊断评估报告的副本, 而不是医生的说明、信函或处方。
4. 当前证明文件可由儿童研究团队或私人执业医生准备。
5. 当前儿童研究团队评估可包括认知评估、适应行为评估、言语语言治疗、职业治疗和/或物理治疗评估, 但不能是个性化教育计划/方案(IEP)。

如果需要提交其他文件, 您将会收到通知。

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

18 岁以下发育障碍儿童服务资格认定申请

表 D: HIPAA 隐私惯例通知 - 确认表

本表必须在收到附件中的隐私惯例通知后签字，并随申请一并寄回。必须由父母或法定监护人签字。

本人， _____（正楷姓名）， 兹此确认已
于 _____ 日期）收到隐私惯例通知。

我是（请勾选一项）： 父母 法定监护人

父母或法定监护人签名

日期

被代表人：

孩子姓名（正楷）

出生日期

HIPAA 隐私惯例通知

请注意：您的孩子的福利或资格不受本通知影响。

本通知适用于从儿童及家庭部接受服务的个人或未成年儿童的法定监护人或父母。

受保护的健康信息不包括家庭教育权和隐私权法（20 U.S.C. 1232g 修订版）涵盖的教育记录中的个人可识别健康信息。

本通知说明了您的孩子的医疗信息的使用及披露方式，以及获取这些信息的方式。请仔细阅读。

了解孩子的记录中的内容以及如何使用孩子的健康信息有助于：确保记录的准确性，更好地了解其他人可能在何时、何地以及出于何种原因获取孩子的健康信息，以及在授权向其他人披露信息时作出更明智的决定。

我们的责任：

儿童及家庭部将依法：

- a. 维护您的孩子的健康信息隐私。
- b. 为您提供通知，说明我们在收集到的有关您的孩子的信息方面的法律义务及隐私惯例。

另外，儿童及家庭部需要：

1. 遵守本通知的规定。
2. 根据您的合理要求，通过其他方式或在其他地点沟通健康信息。
3. 在我们无法同意所要求的限制时告知您。

我们保留针对我们维护的所有受保护健康信息变更隐私惯例的权利以及制定新规定的权利。如果我们变更隐私惯例，我们将为您提供修订后的通知。

一般隐私规定

除非本通知另有说明，未经您的书面授权，我们不会使用或披露您的孩子的健康信息。

撤销授权：如果您向我们提供书面授权以发布您的孩子的健康信息，您可以随时撤销该授权。撤销授权必须以书面形式做出。如果我们已经根据您的预先授权发布信息，或者您的保险承保范围需要您的书面授权，则书面撤销授权不会撤销您的预先授权。

心理治疗笔记单独授权：未经您的书面授权，我们不会发布任何与您的孩子的心理治疗相关的笔记。您可以随时撤销您的某项具体书面授权。撤销授权必须以书面形式做出。如果我们已经依据您的预先授权发布信息，或者您的保险承保范围需要您的书面授权，则书面撤销授权不会撤销您的预先授权。

我们在以下情况下可能未经您的书面授权而使用或披露您的孩子的健康信息：

1. **治疗。**我们可能将您孩子的健康信息用于孩子的治疗。例如，由您的孩子的医疗保健团队中的护士、医生或其他成员获得的信息将被添加到您的孩子的记录中，并可能用来确定孩子的诊断或最适合于您的孩子的治疗方案。医生或其他医护人员可能会与 PerformCare 或儿童及家庭部的其他医护人员或儿童及家庭部以外的其他医护人员分享您的孩子的信息，以确定孩子的诊断或治疗方式。
2. **付款。**我们可能将您孩子的健康信息用于付款过程。例如，我们可能会向您或第三方付款人寄送账单。账单上或随账单寄送的信息可能包含您的孩子的身份识别信息、孩子的诊断以及使用的流程及耗材。
3. **医疗保健操作。**我们将您的孩子的健康信息用于常规医疗保健操作。例如，医务人员、风险或质量改进经理或质量改进团队成员可能使用您孩子的健康记录中的信息，以评估孩子的案例及其他类似案例的护理和结果。
4. **业务伙伴。**我们的组织可能通过与业务伙伴签署合约来提供一些服务。其中包括我们的会计师、顾问和律师。我们签约进行服务时，可能会将孩子的健康信息披露给我们的业务伙伴，以便他们执行我们要求其执行的工作。为了保护您孩子的健康信息，我们要求业务伙伴对孩子的信息予以适当保护。
5. **参与您孩子的护理的家人及朋友。**如果您不反对，我们可能将您孩子的健康信息分享给参与孩子的护理或为孩子的护理付款的家庭成员、亲属或好友。我们还可能将孩子的地址及一般情况告知给家人、私人代表或其他负责孩子护理的人士。在某些情况下，我们可能将您孩子的信息分享给救助组织，以便我们向其发出通知。
6. **研究。**我们可能会向研究人员披露信息，前提是他们的研究已获得审查研究计划的伦理审查委员会批准，且已制定保护您的孩子的健康信息隐私的计划书。
7. **殡葬师。**我们可能将健康信息披露给殡葬师或验尸官以便其根据相关法律履行职责。
8. **器官获取组织。**我们可能根据适用法律，将健康信息披露给器官获取组织或其他参与器官的获取、储存和移植的机构，以便进行组织捐赠和移植。
9. **联系。**我们可能会与您联系以提醒您参与约诊，或为您提供替代治疗方案或其他您可能感兴趣的健康福利及服务的相关信息。
10. **食品和药物管理局 (FDA)。**我们可能会向 FDA 披露与食品、补充剂、产品和产品缺陷或上市后监督信息相关的不良事件，以便进行产品召回、维修或更换。

11. 劳工补偿。我们可能会在与劳工补偿相关的法律或其他依法制定的计划的授权范围内，或在遵守此等法律及计划时必要的范围内，披露健康信息。
12. 公共卫生。我们可能会根据法律规定，将您孩子的健康信息披露给负责预防或控制疾病、伤害或残疾的公共卫生机构或法律部门。
13. 惩戒机构。如果您的孩子是惩戒机构的惩戒对象，我们可能会将必要的健康信息披露给该惩戒机构及其管理人员，以保护您的孩子的健康及其他人员的安全。
14. 执法。我们可能会根据法律要求或作为对有效传票的回应，出于执法目的披露健康信息。
15. 虐待、忽视或家庭暴力。如果我们有合理证据认为您的孩子遭到虐待、忽视或家庭暴力的侵害，则我们可能会在法律规定的范围内，向主管机关、社会服务机构或保护服务机构披露您的孩子的健康信息。我们会及时告知您此等信息披露情况，除非告知您可能导致您的孩子受到严重伤害。
16. 卫生监督活动。我们可能会将您的孩子的健康信息披露给卫生监督机构以进行法律授权的活动，例如审计、民事行政或刑事调查、审查、许可证或纪律处分，或对医疗保健系统、政府福利计划、政府管制计划或民权法律遵守情况进行监督而所需的其他活动。
17. 司法及行政诉讼程序。我们可能会根据法院或行政法庭的命令，或作为对有效传票的回应，披露您的孩子的健康信息，前提是我们已收到信息寻求方的满意保证来说明其已试图告知您，或出于为您孩子的信息获取保护令的目的。
18. 国家安全和情报活动。我们可能会由于国家安全活动之目的将您孩子的健康信息透露给经授权的联邦官员。

您的孩子的健康信息权利

虽然您的孩子的健康记录属于儿童及家庭部的有形财产，但孩子健康记录中的信息属于您和您的孩子。您享有以下权利：

1. 您可以要求我们不要由于与治疗服务、费用给付、部门一般医疗保健操作等特定原因而使用或披露您的孩子的健康信息，且/或不要将此等信息披露给特定的家人、其他亲属或好友。我们要求您以书面形式向隐私官员提出此等要求。虽然我们将考虑您的要求，但是请注意，我们并无义务接受或遵守此等要求。
2. 您有权以秘密沟通的方式接收您的孩子健康信息。如果您对接收我们提供的孩子健康信息的方式或地点感到不满意，可以要求我们通过其他方式或在其他地点为您提供此类信息。此等要求必须以书面形式提出，并提交给隐私官员。我们将尽量满足所有合理的要求。
3. 您可以要求检查和/或获取您的孩子的相关健康信息的副本，这些信息将在 30 天以内为您提供。此等要求必须以书面形式向隐私官员提出。如果您要求收到一份副本，您可能需要支付合理的费用。

4. 如果您认为孩子记录中存在错误的健康信息，或者您认为缺少重要信息，您可以要求我们更正现有信息或添加缺失信息。您必须提供理由来支持您的请求。此等要求必须以书面形式向隐私官员提出。
5. 您可以要求我们为您提供一份最长六年时间内您孩子的健康信息的所有披露情况的书面说明；但是，根据法律规定，2003 年 4 月 14 日以前的披露不需要说明。我们要求您以书面形式向隐私官员提出此等要求。请注意，披露情况说明不会包括以下披露类型：出于治疗服务、费用给付或医疗保健操作目的而进行的披露；向您本人或您的法定代表人或其他参与您孩子的护理的人士作出的披露；由您或您的法定代表人授权的披露；向您或您的孩子的健康信息进行许可范围内的使用和披露时的偶然披露（这些信息被路过的其他患者无意中听到）。对于在任何 12 个月时间内初次要求的披露情况说明，不收取任何费用；但对于在相同 12 个月时间内的再次要求，可能需要酌收合理费用。
6. 您有权要求我们提供隐私惯例通知的纸质本。
7. 您可以撤销授权使用或披露健康信息，但已采取的行动无法撤销。此等要求必须以书面形式向隐私官员提出。

欲了解更多信息或报告问题

如果您有任何疑问并希望了解更多信息，可以通过以下地址联系儿童及家庭部隐私官员。

如果您认为孩子的隐私权遭到侵犯，您可以向我们提出投诉。这些投诉必须以书面形式向儿童及家庭部隐私官员提出。投诉表可以从儿童及家庭部隐私官员那里获得，填写完成后请寄回至：

State of New Jersey, Department of Children and Families

PO Box 717

Trenton, NJ 08625

您亦可以致函以下地址向联邦卫生与公众服务部提出投诉：

DHHS

200 Independence Avenue SW

Washington DC 20201

请务必在问题发生后 180 天以内提出投诉。您亦可以致电 **866-627-7748** 向民权办公室提出投诉。

如果您向儿童及家庭部隐私官员或卫生与公众服务部提出投诉，您的孩子不会遭到报复，且您的孩子的福利也不会受到影响。

歧视属违法行为

PerformCare 遵守适用的联邦民权法律，不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别等原因歧视任何人。PerformCare 不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别等原因排斥或区别对待任何人。

PerformCare 通过以下措施减少获取新泽西州儿童护理系统提供的服务时遇到的语言障碍：

- 为残疾人士提供免费的协助和服务，以便与我们进行有效的沟通，例如：
 - 其他格式的书面信息（大号字体、语音、无障碍电子格式及其他格式）。
 - 提供聋哑人设备 (TDD) 和文本电话 (TTY) 系统等电信设备以便失聪人士、听力障碍人士或语言障碍人士进行电话交流。
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 具备资质的口译员服务。
 - 以其他语言撰写的信息。

如果您需要这些服务，请致电 **1-877-652-7624** 或 [TTY（适用于听障人士）**1-866-896-6975**] 联系 PerformCare。我们每周 7 天、每天 24 小时提供服务。

如果您认为 PerformCare 未能提供这些服务或因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别以某种方式歧视您，您可以通过致电 **1-877-652-7624** 或致函以下地址向 PerformCare 的质量部门提交投诉：

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

如果您提交投诉时需要帮助，PerformCare 的质量部门可以为您服务。

您还可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉；如欲通过电子方式提出投诉，可访问民权办公室投诉门户网站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>；您也可以通过邮寄或电话方式提交投诉：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

投诉表获取网址：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language interpreter services

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-652-7624) 1-866-896-6975.

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意：如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电：1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意：如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).