

# بچے کی سرگرمیوں کی تفصیل

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

مذکورہ بالا بچے کی طرف سے معذوری کی حیثیت پر مبنی مراعات کے لیے ایک درخواست دی گئی ہے۔ ذیل میں آپ کی فراہم کردہ معلومات سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا بچے کو معذوری کی بنیاد پر Medicaid حاصل ہو یا نہیں۔ براہ کرم ایسے کسی بھی آئٹم کو خالی چھوڑ دیں جس کے بارے میں آپ کے پاس معلومات نہ ہوں یا جو بچے کی عمر کی وجہ سے لاگو نہیں ہوتے ہوں۔ آپ کی مدد کے لیے آپ کا شکریہ۔

<p>کیا آپ نے بچے کی نقل و حرکت یا چلنے کی صلاحیت میں کوئی پریشانی محسوس کی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں</p> <p>اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:</p>
<p>کیا آپ نے اس میں کوئی پریشانی محسوس کی ہے کہ بچہ دوسرے لوگوں (بشمول آپ، خاندان کے افراد، رشتہ داروں، اجنبیوں سمیت) کے ساتھ کیسے برتاؤ کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں</p> <p>اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:</p>

کیا آپ نے اس کے بولنے میں کوئی پریشانی محسوس کی ہے؟  ہاں  نہیں   
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:

کیا آپ نے از خود نگہداشت کی سرگرمیوں میں کوئی دشواری محسوس کی ہے جیسے کہ بیت الخلا جانا، دھونا، کھانا پینا، کپڑے پہننا وغیرہ؟  ہاں  نہیں   
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:

بچہ کیسے کھیلتا ہے، اکیلے یا دوسروں کے ساتھ، اس بارے میں کیا آپ نے کوئی پریشانی محسوس کی ہے؟  ہاں  نہیں   
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:

کیا آپ نے طرز عمل کی کوئی پریشانی محسوس کی ہے؟  ہاں  نہیں   
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:

اگر بچہ اسکول جاتا ہے تو براہ کرم درج ذیل کو مکمل کریں۔

اسکول کا نام:	
جماعت:	استاد کا نام:
کیا یہ کسی قسم کا خصوصی تعلیمی پروگرام ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:	
کیا بچے کو اسکول کے حوالے سے خصوصی یا اضافی مدد کی ضرورت ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:	
کیا آپ بچے کی اسکول حاضری یا کارکردگی سے متعلق کسی بھی مسئلے کے بارے میں جانتے ہیں جیسے کہ کام چھوڑ دینا، بیماری کی وجہ سے غیر حاضری، لڑائی، اگلی جماعت میں ترقی نہ کر پانا یا نظم و ضبط کے مسائل؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:	
براہ کرم اسکول کی کارکردگی کے بارے میں آپ کے پاس کوئی اور تبصرے یا معلومات شامل کریں:	

آپ کا نام:
بچے سے رشتہ:
ٹیلیفون نمبر: