

## هل تود اعتبارك خيار تبني؟

إذا كنت كذلك:

### 1. تصرف بسرعة.

أخبرنا فورًا أنك تود اعتبارك كذلك.

### 2. اعمل معنا.

أجب عن الأسئلة في النموذج المرفق، وقدم أية معلومات أخرى تُطلب، واسمح لنا بزيارة منزلك إذا لزم الأمر.

### 3. أعط إذنًا لكافة فحوصات الخلفية المطلوبة.

يجب على كافة أفراد الأسرة في عمر 16 عامًا فأكبر أن يوقعوا على النموذج المرفق الذي يسمح لنا بعمل فحوصات خلفية.

### 4. حدد ما هو خيار (خيارات) التبني التي يمكن أن

توافق عليها.

a. يمنحك القاضي وصاية مشروطة مؤقتة.

b. يمنح القاضي وصاية مؤقتة لقسم خدمات الأسر ويتم منحك تصريحًا بتقديم رعاية التبني.

ثارت مخاوف حول سلامة ورعاية طفل تعرفه. سيتم عقد جلسة محاكمة قريبًا لاتخاذ قرارات بشأن الطفل.

## جلسة محكمة الأسرة

بناءً على المعلومات المقدمة في جلسة الاستماع، سيقدر القاضي ما إذا كان بمقدور الطفل أن يعيش في المنزل بأمان مع الوالد الوصي (الوالدان الوسيان). وإذا لم يمكن ذلك، فسيمنح القاضي وصاية مؤقتة إلى:

⇒ والد غير وصي

⇒ قريب

⇒ صديق للأسرة أو شخص آخر معروف للطفل والأسرة

⇒ إدارة الأطفال والأسر - قسم خدمات الأسر (FSD)

## أسرة فيرمونت باعتبارها الوالدين (VKAP)

نوصيك بشدة أن تتواصل مع أسرة فيرمونت باعتبارها الوالدين لمناقشة الفروق بين الوصاية المشروطة ورعاية التبني وأن تحدد الخيار الأفضل لأسرتك.

(802) 871-5104

## ماذا يحدث بعد ذلك؟

### 1. سوف يقيم قسم خدمات الأسر قدرتك على

رعاية الطفل بأمان.

سوف نضع في الاعتبار كافة المعلومات التي تم جمعها.

### 2. سوف يقدم قسم خدمات الأسر توصيته إلى

المحكمة.

يمكن أن يشمل هذا التوصية بالتالي:

a. إما الوصاية أو رعاية التبني

b. المزيد من التقييم في حال وجود أية مخاوف

c. رفض التبني في حال تقرر أن بيتك غير آمن

### 3. سوف تقرر المحكمة أين سيوضع الطفل.

بعد الاستماع لجميع الأطراف المعنية، سيتخذ القاضي

قرارًا بخصوص الوصاية المؤقتة. وإذا تم منح

الوصاية لشخص غير إدارة الأطفال والأسر، فقد

يكون هذا مصحوبًا ببعض الشروط.

بعض الفروق بين الخيارين مبينة في الجزء الخلفي من هذه النشرة.





طفل تعرفه قد  
يحتاج لرعاية مؤقتة  
معلومات  
للأقارب والأصدقاء

**VERMONT**  
DEPARTMENT FOR CHILDREN & FAMILIES  
FAMILY SERVICES DIVISION

## رعاية التبني

تحتاج لرخصة رعاية تبني.

إدارة الأطفال والأسر مسؤولة عن العديد من القرارات التي تُتخذ بخصوص الطفل.

إذا لم يعد بمقدورك الاستمرار في رعاية الطفل، يمكنك أن تطلب من إدارة الأطفال والأسر العثور على مقدم رعاية آخر.

سيساعدك أخصائي اجتماعي لشؤون الأسرة في تحقيق هدف الدوام وخطوات التصرف المسرودة في خطة الحالة.

ستساعدك إدارة الأطفال والأسر في تنفيذ خطة تواصل الأسرة (مثلاً، بتسديد تكاليف السفر ودفع مقابل رعاية الطفل).

ستحصل على سداد نفقات لرعاية التبني عن كل طفل يوضع معك وسيكون مؤهلاً للانضمام لبرنامج Medicaid.

أي دعم طفل مدفوع سيذهب إلى الولاية لتعويض تكلفة رعاية الطفل.

إذا تبنييت أو تم منحك وصاية دائمة على الطفل، فقد تكون مؤهلاً لمساعدة تبني مستمر أو وصاية مستمرة من خلال إدارة الأطفال والأسر.

سيبقى الطفل في مدرسته الحالية ما لم يكن هذا في غير مصلحته. قد تكون إدارة الأطفال والأسر مسؤولة عن دفع تكاليف الانتقال لو أن الطفل يذهب إلى مدرسة في مدينة أخرى. راجع سياسة خدمات الأسرة 72.

## الوصاية المشروطة

لا تحتاج لرخصة رعاية تبني.

أنت مسؤول عن أغلب القرارات التي تُتخذ بخصوص الطفل (باستثناء التي تأمر بها المحكمة).

إذا لم يعد بمقدورك الاستمرار في رعاية الطفل، يجب أن تطلب من المحكمة أن تغير الأمر.

سيساعدك أخصائي اجتماعي لشؤون الأسرة في تحقيق هدف الدوام وخطوات التصرف المسرودة في خطة الحالة.

أنت مسؤول عن تنفيذ الخطة من أجل التواصل بين الطفل والوالدين (مثل؛ دفع مصاريف الانتقال وتكاليف رعاية الطفل).

يمكن أن يحصل الطفل على 'منحة الوصول للأطفال فقط' من قسم الخدمات الاقتصادية التابع لإدارة الأطفال والأسر. وسيجعل هذا الطفل مؤهلاً للانضمام لبرنامج Medicaid.

إذا كان الطفل يحصل على مساعدة عامة، فإن أغلب أو أي دعم طفل مدفوع سيذهب إلى الولاية.

إذا تبنييت أو تم منحك وصاية دائمة على الطفل، فقد تكون مؤهلاً لدعم مالي مستمر (مثل، مساعدة الوصول أو التبني) من خلال إدارة الأطفال والأسر.

يمكن للطفل أن يبقى في مدرسته حتى جلسة استماع التصرف. وإذا كنت تعيش في مدينة أخرى، فستكون مسؤولاً عن الانتقال. ونظرًا إلى أنه يتم التشجيع على الاستقرار التعليمي، قد يتعين على الطفل تغيير المدرسة.

# نموذج للقريب والصديق

## مهتم باعتباره خيار تبني لطفل

اسم الطفل:

اسمك وصلتك بالطفل:

عنوانك البريدي:

أرقام هواتفك:

### أ المعلومات والتصريح بعمل فحوصات خلفية

اذكر التفاصيل أدناه عن جميع أفراد الأسرة في عمر 16 عام فأكثر. واطلب من كل شخص التوقيع أدناه للسماح لنا بعمل فحوصات خلفية عنه. استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

ابدأ بنفسك. وكتب بخط واضح. وتأكد من توقيع كل شخص عمره أكبر من 16 عام أدناه.

الاسم الأخير، والاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
أية أسماء سابقة أو أسماء قبل الزواج	رقم الضمان الاجتماعي	
المدن والولايات التي سبق أن عشت أو عملت فيها	وقع هنا للسماح بفحوصات الخلفية	←
الاسم الأخير، والاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
أية أسماء سابقة أو أسماء قبل الزواج	رقم الضمان الاجتماعي	
المدن والولايات التي سبق أن عشت أو عملت فيها	وقع هنا للسماح بفحوصات الخلفية	←
الاسم الأخير، والاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
أية أسماء سابقة أو أسماء قبل الزواج	رقم الضمان الاجتماعي	
المدن والولايات التي سبق أن عشت أو عملت فيها	وقع هنا للسماح بفحوصات الخلفية	←
الاسم الأخير، والاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
أية أسماء سابقة أو أسماء قبل الزواج	رقم الضمان الاجتماعي	
المدن والولايات التي سبق أن عشت أو عملت فيها	وقع هنا للسماح بفحوصات الخلفية	←

## ب. أسئلة عن جميع أفراد الأسرة/بيتك.

إذا أجبت بنعم عن أي من الأسئلة أدناه، فكن مستعدًا لإمدادنا بالمزيد من التفاصيل.

هل حدث لأي من أفراد أسرتك أن:

- |  |  |
|--|--|
| 1. اتهم أو أُدين بجريمة جنائية (حدث أو بالغ)؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 2. خضع للتقييم/التحقيق من قِبَل وكالة خدمات حماية للأطفال أو البالغين؟               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 3. كان له طفل تحت وصاية إدارة الأطفال والأسر أو حالة مفتوحة مع إدارة الأطفال والأسر؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 4. تم إيداعه أو حصل على خدمة مع إعفاء من أمر إساءة؟                                  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 5. حصل على خدمات أو استشارة صحة عقلية؟   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 6. حصل على علاج من الإدمان؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

هل أي شخص في الأسرة:

- |  |  |
|--|--|
| 1. يخضع لإشراف إدارة الإصلاحات (السجون) أو وكالة شبيهة؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| 2. يخضع لعلاج من مشكلة صحية مزمنة أو خطيرة؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| هل توجد في بيتك أية مخاطر سلامة واضحة؟   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| يشمل هذا، بدون حصر، أشياء مثل مخاطر الماء ومخاطر الحريق والمخاوف المتعلقة بالصرف الصحي العام والأسلحة النارية غير المؤمنة. |  |

## ج. الأشخاص الآخرين المتصلين بهذا الطفل.

أخبرنا عن البالغين الآخرين الذين تعرفهم وقد يكونوا مستعدين للبقاء على اتصال بهذا الطفل، بطريقة ما. (على سبيل المثال؛ تبادل الخطابات، أو اصطحابه في نزهات خاصة، أو وجوده في عطلات الأسبوع).

الاسم: \_\_\_\_\_

أين يعيشون: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

الصلة بالطفل: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

أين يعيشون: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

الصلة بالطفل: 3: \_\_\_\_\_

## خاص باستخدام إدارة الأطفال والأسر فقط:

نوع الفحص	تاريخ الفحص	الحروف الأولى من الاسم	النتيجة
سجل الإساءة إلى راشد			
سجل حماية الطفل			
سجلات إدارة الأطفال والأسر			
خدمات VCAS			
VCIC			
أخرى			