

# DHS-3200, REPORT OF ACTUAL OR SUSPECTED CHILD ABUSE OR NEGLECT

DHS-3200-AR , نموذج الإبلاغ عن حالات وقوع إساءة معاملة الأطفال و إهمالهم الفعلي أو المشتبه به

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

(Revised 8-23)

**تعليمات:** الشخص القائم بالإبلاغ: يجب على الشخص القائم بالإبلاغ استكمال تعبئة المعلومات المطلوبة في كل بند من البنود 1 إلى 12 (ينبغي استكمال تعبئة كل بند من البنود 13 إلى 25 من قبل أحد أفراد الطاقم الطبي؛ إذا كان الأمر يسري على ذلك). يجب إرسال نموذج الإبلاغ إلى Centralized Intake (المركز المركزي لاستقبال الإبلاغ عن إساءة المعاملة والإهمال وتقييمها) عبر الطريقة المُدرجة في الصفحة 5. إذا كان الإبلاغ فقط عن ولادة طفل رضيع معرّض للكحول أو مادة مخدّرة خاضعة للرقابة، أو Metabolite (مُستقلّب) يتمّ إعطاؤه للرضيع أو لأم الرضيع المولّدة بسبب علاج طبي، فيجب الاتصال هاتفياً برقم الخط الهاتفي الساخن لـ Centralized Intake. يجب عدم استخدام نموذج MDHHS-3200.

## القسم الأول (1) - INTAKE INFORMATION (معلومات الإبلاغ عن إحالة)

1. التاريخ  نعم  لا هل تمّ الإبلاغ عن هذه الإحالة هاتفياً إلى MDHHS؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب كتابة الرقم التعريفي لاستلام الإبلاغ عن إحالة

إذا كانت الإجابة بلا، فعليكم الاتصال هاتفياً بـ Centralized Intake على الرقم 855-444-3911 على الفور.

## القسم الثاني (2) - معلومات عن الطفل

3. يجب إدراج اسم كل طفل (الأطفال) مشتبه في تعرّضه للإساءة المعاملة أو الإهمال (يجب إرفاق أوراق إضافية إذا لزم الأمر لذلك).

اسم الطفل رقم 1 تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق

اسم الطفل رقم 2 تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق

اسم الطفل رقم 3 تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق

اسم الطفل رقم 4 تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق

اسم الطفل رقم 5 تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق

## القسم الثالث (3) - معلومات عن القائم بتقديم العناية الرئيسي

4. اسم القائم بتقديم العناية الرئيسي تاريخ الميلاد الصلة بالطفل (الأطفال)

الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية العرق الإثنية رقم الهاتف

5. عنوان الشارع للقائم بتقديم العناية الرئيسي المدينة الولاية الرمز البريدي

القسم الرابع (4) - معلومات عن الجاني المزعوم

6. اسم الجاني المزعوم	تاريخ الميلاد	الصلة بالطفل (الأطفال)
الجنس عند الولادة الهوية الجنسانية	العرق	الإثنية
7. عنوان شارع الجاني المزعوم	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف		

القسم الخامس (5) - معلومات عن إساءة المعاملة أو الإهمال

8. متى حدث الإهمال/ إساءة المعاملة؟	9. العنوان الذي حدث فيه إساءة المعاملة/الإهمال أو وصف المكان إذا لم يكن معروفاً.
10. ما نوع إساءة المعاملة أو الإهمال المُشتبه به الذي حدث؟ السرد بالتفصيل، مَنْ وماذا وكيف. إرفاق أوراق إضافية، إذا لزم الأمر لذلك.	

القسم السادس (6) - معلومات عن المصدر الذي قام بالإبلاغ:

الرموز المتاحة للمصدر الذي قام بالإبلاغ:	
01 مدرّب رياضي	13 أحد أفراد العاملين في مستشفى أو عيادة
02 أخصائي حاسة السمع	14 أخصائي اجتماعي في مستشفى أو عيادة
03 مقدّم خدمات رعاية الأطفال	15 طبيب أو مساعد طبيب في مستشفى أو عيادة
04 رجل دين	16 أحد أفراد إنفاذ القانون
05 محقق شرعي أو طبيب شرعي	17 مُعالج/مرشد مرخص
06 موظف محكمة	18 مُعالج في شؤون الزواج/الأسرة
07 طبيب أسنان أو مختص في حفظ صحة الأسنان مسجّل	19 أحد أفراد العاملين في منشأة تابعة لـ MDHHS
08 موظف في منشأة تابعة لـ DMH	20 أخصائي اجتماعي في منشأة تابعة لـ MDHHS
09 أخصائي اجتماعي في منشأة تابعة لـ DMH	21 ممرض (غير تابع لمدرسة)
10 مقدّم خدمة في شؤون العنف الأسري	22 أحد الموظفين الآخرين في وكالة اجتماعية عامة
11 أخصائي اجتماعي أو مشرف في FIS أو ES	23 أخصائي اجتماعي آخر في منشأة عامة
12 صديق المحكمة	24 أحد الموظفين الآخرين في مدرسة
11. اسم المصدر القائم بالإبلاغ	رمز المصدر القائم بالإبلاغ (أنظر أعلاه)

اسم المنظمة القائمة بالإبلاغ (مدرسة، مستشفى وما إلى ذلك)	رقم الهاتف
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
12. اسم مصدر قائم بالإبلاغ إضافي	رمز المصدر القائم بالإبلاغ (أنظر أعلاه)
اسم المنظمة القائمة بالإبلاغ (مدرسة، مستشفى وما إلى ذلك)	رقم الهاتف

## القسم السابع 7 - يجب استكمال تعبئته من أحد أفراد الطاقم الطبي عندما يتم الانتهاء من إجراء الفحص البدني

13. تقرير موجز واستنتاجات الفحص البدني، بما في ذلك تحاليل الدم والأشعة السينية (يجب إرفاق الوثائق الطبية).

14. وجود الإصابات التالية

15. هذه الإصابات هي (حدد واحداً)

اعتداء جسدي يثير القلق للغاية

اعتداء جسدي يثير القلق

تشخيص الاعتداء الجسدي

16. هل الإصابة متوافقة مع التاريخ الذي قدمه القائم بالعباية (القائمون بالعباية)؟

نعم

لا

محتمل

غير معروف

17. تسببت هذه الإصابات بـ

وفاة الطفل

وجوب دخول المستشفى

علاج طبي ولكن لا يتطلب دخول المستشفى

فحص فقط للإصابات المزعومة - لا يتطلب الأمر إلى علاج طبي

كدمات أو جروح أو خدوش أو إصابات أخرى - لا يتطلب الأمر إلى علاج طبي

18. تحديد حيثما يتطلب ذلك

تم إخراج الطفل من المستشفى

تم إدخال الطفل إلى المستشفى

ينبغي أن يخضع كل أخ من الأخوة لتقييم طبي

غير ذلك

19. إذا كان القلق هو إهمال الاهتمام بالاحتياجات الطبية، فما هي النتيجة المباشرة على صحة الطفل إذا لم يتم طلب العلاج أو استمراره؟

استمرار الأعراض

مضاعفات جسيمة على الصحة

اضطراب شديد أو الوفاة

لا ينطبق

20. معلومات إضافية (يجب التحديد بالضبط)

21. سوابق أو علامات جسدية لإساءة معاملة أو إهمال سابق

نعم

لا

22. العلاج المسبق في المستشفى أو الخضوع لفحص طبي لهذا الطفل

التواريخ

الأماكن

25. المستشفى (إذا كان الأمر يسري على ذلك)

24. التاريخ

23. اسم وتوقيع الطبيب

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services ضد أي شخص أو مجموعة على أساس العرق، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الجنس، أو الإعاقة، أو الديانة، أو العمر، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة العائلية، أو الاعتبارات الحزبية، أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على أساس الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التوجّه الجنسي، والهوية الجنسانية، والتعبير الجنساني، والخصائص الجنسية، والحمل.

**AUTHORITY (السلطة): P.A. 238 of 1975.** استكمال تعبئة هذا النموذج وردّه إلينا: إلزامي العقوبة: لا شيء

## تعليمات

معلومات عامة:

يجب استكمال تعبئة هذا النموذج بصفة متابعة كتابية لإبلاغ شفهي (كما يقتضيه البند (1) من القسم (3) Sec.) من القانون التشريعي العام PA 238 الصادر في عام 1975، بصيغته المعدلة) وإرساله إلى Centralized Intake for Abuse & Neglect (المركز المركزي لاستقبال الإبلاغ عن إساءة المعاملة والإهمال وتقييمها). يجب على الشخص القائم بالإبلاغ أن يقوم بتعبئة كل بند من البنود 1 إلى 12 على أكمل وجه ممكن. ينبغي على العاملين في المجال الطبي فقط تعبئة كل بند من البنود 13-21.

إذا كان الإبلاغ فقط عن ولادة طفل رضيع معرّض للكحول أو مادة مخدّرة خاضعة للرقابة، أو Metabolite (مُستقلّب) يتم إعطاؤه للرضيع أو لأم الرضيع المولدة بسبب علاج طبي، فيجب الاتصال هاتفياً برقم الخط الهاتفي الساخن لـ Centralized Intake. يجب عدم استخدام النموذج MDHHS-3200.

يجب إرسال هذا النموذج بريدياً إلى العنوان التالي:

Centralized Intake for Abuse & Neglect  
5303 28th Street Court S.E.  
Suite A  
Grand Rapids, MI 49546

أو إرساله عبر الفاكس إلى الرقم 616-977-1158 أو الرقم 616-977-1154، أو إرساله عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي:  
MDHHS-CPS-CIGroup@michigan.gov

1. التاريخ - إدخال التاريخ الذي تم فيه استكمال تعبئة النموذج.
2. هل تم الإبلاغ عن هذه الإحالة هاتفياً إلى MDHHS؟ يجب الإشارة ما إذا تم هذا الإبلاغ هاتفياً إلى MDHHS كإبلاغ لطفل مشتبه في تعرّضه للإساءة أو الإهمال. وإذا كان الأمر كذلك، فيجب ذكر رقم الإحالة - Intake (إذا كان معروفاً).
3. يجب إدراج اسم كل طفل (الأطفال) مشتبه في تعرّضه للإساءة أو الإهمال - إدخال المعلومات المتاحة عن كل طفل (الإطفال) يُعتقد أنه تعرّض للإساءة أو الإهمال.
4. اسم القائم بتقديم العناية الرئيسي - إدراج اسم القائم بتقديم العناية الرئيسي وأي معلومات أخرى متاحة.
- ملاحظة:** القائم بتقديم العناية الرئيسي هو شخص بالغ، وعادة ما يكون أحد الوالدين أو الوصي القانوني الذي يعيش في منزل الأسرة، والذي يتحمل أكبر قدر من المسؤولية عن رعاية وتربية الطفل. عند وجود شخصين بالغين قائمين بتقديم العناية ومن غير المعروف أيّ منهما يتحمل أكبر قدر من مسؤولية الرعاية، فينبغي اختيار الشخص البالغ المسؤول قانونياً عن الأطفال المتورّط في الواقعة. إذا لم يؤد ذلك إلى حلّ السؤال، فينبغي اختيار الشخص البالغ المسؤول قانونياً الذي تمّ تحديده كالجاني المزعوم.
5. عنوان القائم بالعناية الرئيسي - إدخال عنوان ورقم هاتف القائم بالعناية الرئيسي.
6. اسم الجاني المزعوم - إدخال اسم الجاني المزعوم وأي معلومات أخرى متاحة.
7. عنوان الجاني المزعوم - إدخال عنوان ورقم هاتف الجاني المزعوم.
8. متى حدثت الإساءة أو الإهمال؟ - إدخال التاريخ أو التاريخ التقريبي لوقوع الإساءة أو الإهمال.
9. العنوان الذي حدث فيه الإساءة أو الإهمال
10. وصف الإصابة أو الحالات وسبب الاشتباه في وقوع الإساءة أو الإهمال - الإشارة إلى الأسس التي دعت للإبلاغ والمعلومات المتاحة حول الإساءة أو الإهمال.
11. مصدر الإبلاغ - إدخال الاسم والرمز ومعلومات الاتصال الخاصة بالمصدر القائم بالإبلاغ.
12. مصدر إبلاغ إضافي - إدخال الاسم والرمز ومعلومات الاتصال الخاصة بالمصدر القائم بالإبلاغ الإضافي، إذا كان يسري الأمر على ذلك.