

تقرير حول الإساءة إلى طفل أو الإهمال الحالي أو المشتبه فيه
Michigan Department of Health and Human Services

هل كان الإبلاغ عن طريق الهاتف إلى إدارة الخدمات الصحية والانسانية لولاية ميشيغان ؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ◀ إذا كان الجواب نعم، رقم إثبات الشكوى _____ ◀ إذا كان الجواب لا، اتصل بمكتب تلقي الشكاوى المركزي (855-444-3911) فوراً.			
تعليمات: الشخص المبلغ: قم بملء الحقول من 1-19 (يجب ملء الحقول 20-28 من طرف الطاقم الطبي إذا انطبق ذلك). أرسل إلى مكتب تلقي الشكاوى المركزي بالعنوان المدرج في الصفحة 2.		1. التاريخ	
2. قائمة الطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليهم أو إهمالهم (ارفق صفحات إضافية إذا اقتضت الحاجة) To insert additional rows, tab at the end of last row to create a new row.			
الاسم	تاريخ الولادة	رقم الضمان الإجتماعي	الجنس العرق
اضغط هنا وأكتب			
3. اسم الأم			
4. اسم الأب			
5. عنوان الطفل (الأطفال) (الرقم والشارع)			
6. المدينة			
7. المقاطعة			
8. رقم الهاتف			
9. اسم مقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه			
10. العلاقة بالطفل (الأطفال)			
11. الشخص (الأشخاص) الذي يسكن معه الطفل (الأطفال) عند حدوث الإساءة/ الإهمال			
12. العنوان والمدينة والرمز البريدي حيث تمت الإساءة/ الإهمال			
13. قم بوصف الإصابة أو الوضع وسبب الإشتباه في حدوث الإساءة أو الإهمال			
14. مصدر الشكوى (اضف رمز المبلغ ادنا)			
01 طبيب خاص/ مساعد طبيب 02 طبيب أو مساعد طبيب في مستشفى/ عيادة 03 طبيب/ فاحص شرعي 04 طبيب أسنان/ فني نظافة الأسنان 05 اختصاصي السمع 06 ممرضة (ليست بالمراسة) 07 مسعف/ فني طبي في الحالات الطارئة 08 طبيب نفسي 09 مرشد زواج/ أسرة 10 مرشد مرخص 11 ممرضة بالمدرسة 12 استاذ 13 موظف بإدارة المدرسة 14 مرشد بالمدرسة 21 عون الأمن 22 مزود خدمات العنف المنزلي 23 صديق المحكمة 25 رجل دين 31 مزود خدمة رعاية الاطفال 41 موظف اجتماعي بمستشفى/ عيادة 42 موظف اجتماعي بمنشأة إدارة الخدمات الصحية والانسانية لولاية ميشيغان 43 موظف اجتماعي بمنشأة مصلحة الصحة العقلية 44 موظف اجتماعي بمنشأة أخرى 45 موظف اجتماعي بوكالة خاصة 46 موظف اجتماعي بمحكمة 47 موظف اجتماعي آخر 48 مسؤول/ موظف أخصائي تاهيل/ أخصائي استقلالية الأسرة 49 مدير/ أخصائي خدمات اجتماعية (خدمات حماية الطفل ورعاية الطفل) 56 موظف بالمحكمة			
15. اسم الشخص المبلغ		رمز التقرير (راجع اعلاه)	
b.15. العنوان (الرقم والشارع)		c.15. ت. المدينة	d.15. ت. الولاية
16. اسم الشخص المبلغ		رمز التقرير (راجع اعلاه)	
b.16. العنوان (الرقم والشارع)		c.16. ت. المدينة	d.16. ت. الولاية
17. اسم الشخص المبلغ		رمز التقرير (راجع اعلاه)	
b.17. العنوان (الرقم والشارع)		c.17. ت. المدينة	d.17. ت. الولاية
18. اسم الشخص المبلغ		رمز التقرير (راجع اعلاه)	
b.18. العنوان (الرقم والشارع)		c.18. ت. المدينة	d.18. ت. الولاية
19. اسم الشخص المبلغ		رمز التقرير (راجع اعلاه)	
b.19. العنوان (الرقم والشارع)		c.19. ت. المدينة	d.19. ت. الولاية

يجب ملء الحقول التالية من طرف الطاقم الطبي بعد إجراء الفحص البدني

20. ملخص التقرير واستنتاج الفحص الطبي (أرفق التوثيق الطبي)	
21. تقرير المخبر	22. الأشعة السينية
23. غير ذلك (أذكر)	24. تاريخ أو العلامات الجسدية للإعتداء/ الإهمال السابق <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
25. إقامة في المستشفى أو فحص طبي في السابق لهذا الطفل التواريخ	
المواقع	
26. توقيع الطبيب	
27. التاريخ	28. المستشفى (إن وُجد)
PA 238 of 1975 السلطة: الإتهام: إلزامي. لا شيء العقوبة: Michigan Department of Health and Human Services إدارة الخدمات الصحية و الإنسانية لولاية ميشيغان تميز لن ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة (MDHHS) أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة، أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو التوجه الجنسي، أو الجنس، المعلومات الجينية أو الزوجية	

تعليمات

معلومات عامة:
 يتم ملء هذه الاستمارة باعتبارها تكملة ومتابعة للتقرير الشفهي (كما هو مطلوب في القسم 3 (1) من القانون PA 238 1975 كما تم تعديله) وإرسالها إلى مكتب Centralized Intake for Abuse & Neglect. أذكر ما إذا تم الاتصال عبر الهاتف بإدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان لرفع هذا التقرير كإبلاغ عن حالة إساءة/ إهمال طفل مشتبه فيها. إذا كان الجواب نعم، أذكر رقم إثبات الشكوى (إن كان معروفاً) يجب على الشخص المبلغ ملء الحقول 1-19 إلى أكثر حد ممكن. يجب على الطاقم الطبي فقط ملء الحقول 20-28

أرسل هذه الاستمارة إلى:
 Centralized Intake for Abuse & Neglect
 5321 28th Street Court, SE
 Grand Rapids, MI 49546

أو

عن طريق الفاكس إلى 616-977-8900 أو 616-977-8050 أو 616-977-1158 أو 616-977-1154.

أو

عبر البريد الإلكتروني إلى MDHHS-CPS-CIGroup@michigan.gov

1. التاريخ - أدخل تاريخ ملء الاستمارة.
2. أذكر اسم الطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليهم أو في إهمالهم - أذكر المعلومات المتوفرة المتعلقة بالطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليه أو في إهماله. أذكر ما إذا كان الطفل يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
3. اسم الأم - أذكر اسم الأم (أو الأم البديلة) والمعلومات الأخرى المتوفرة. أذكر ما إذا كانت الأم تشكو من إعاقة وإذا كانت في حاجة إلى مرافق خاصة.
4. اسم الأب - أذكر اسم الأب (أو الأب البديل) والمعلومات الأخرى المتوفرة. أذكر ما إذا كان الأب يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
- 5-7. عنوان الطفل (الأطفال) - أذكر عنوان الطفل (الأطفال).
8. الهاتف - أذكر رقم الهاتف في البيت الذي يسكنه الطفل (الأطفال).
9. اسم مقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه - أذكر اسم الشخص (الأشخاص) المشتبه فيهم بالقيام بالإساءة أو الإهمال.
10. العلاقة بالطفل (الأطفال) - أذكر العلاقة التي تربط الطفل (الأطفال) بمقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه. مثال: ولي أو جد أو جليسة الطفل.
11. الشخص (الأشخاص) الذي يسكن معه الطفل (الأطفال) عند وقوع الإساءة/ الإهمال - أذكر الاسم (الأسماء). أذكر ما إذا كان هناك من يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
12. العنوان حيث وقعت الإساءة / الإهمال المشتبه فيه.
13. أذكر الإصابات أو وضع الطفل وسبب الشك في وقوع إساءة أو إهمال - أذكر سبب الإبلاغ والمعلومات الموجودة حول الإساءة أو الإهمال.
14. مصدر الشكوى - ضع علامة في المربع المناسب حسب المهنة أو الفئة.
- 15-19. ملاحظة: إذا كان هناك شك أيضاً في وقوع إساءة أو إهمال في مستشفى، ضع علامة أيضاً على المستشفى.
- 15-19. اسم الشخص المبلغ - أذكر اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) الذي أبلغ عن هذه الحادثة.