

ਐੱਚ ਐੱਲ ਐੱਸ ਦਫਤਰ ਦੀ ਵਰਤ ਲਈ

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਲ

ਨਤੀਜਾ

ਸਵੈ-ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ

ਹੈਲਥੀ ਲਿਟਲ ਮਾਈਂਡਜ਼ ਜੀਵਨ ਦੇ ਪਹਿਲੇ 1001 ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਕਸਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਬਹੁਤ ਹੀ ਖਾਸ ਰਿਸ਼ਤੇ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਹੋਣਾ ਖੁਸ਼ੀ ਅਤੇ ਅਨੰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਹ ਕਈ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਅਚਾਨਕ ਮੁਸ਼ਕਲ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭੇਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਲੱਗ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹਵਾਲੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ।

ਹੈਲਥੀ ਲਿਟਲ ਮਾਈਂਡਜ਼ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨਿਆਇਆਂ (ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੇ 20 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ 2 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੱਕ) ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ/ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਨੋਟਿੰਘਮ ਸਿਟੀ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਪਰਿਵਾਰਕ ਵੇਰਵੇ

ਬੱਚੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਨਾਮ:	
ਜਨਮ ਮਿਤੀ / ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ:	ਐੱਚ ਐੱਲ ਐੱਸ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ):
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 1:	ਪੋਸਟ ਕੋਡ:
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 2:	
ਲਿੰਗ: ਪੁਰਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐	ਨਸਲੀ: ☐
ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਕਿਸ ਦੀ ਹੈ?	

ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ 1 ਵੇਰਵੇ

ਨਾਮ:	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:
ਐੱਚ ਐੱਲ ਐੱਸ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ):	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ:
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 1:	ਪੋਸਟ ਕੋਡ:
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 2:	
ਨਸਲ: ☐	ਘਰ ਵਿੱਚ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ:
ਕੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	ਜੇ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ?
ਕੀ ਕੋਈ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ/ਸਹਿਯੋਗ ਲੋੜਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ' ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ: ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	

ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ 2 ਵੇਰਵੇ

ਨਾਮ:	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:
ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਸ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ):	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ:
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 1:	ਪੋਸਟ ਕੋਡ:
ਪਤਾ ਲਾਈਨ 2:	
ਨਸਲ: ☐	ਘਰ ਵਿੱਚ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ:
ਕੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	ਜੇ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ?
ਕੀ ਕੋਈ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ/ਸਹਿਯੋਗ ਲੋੜਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ' ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ: ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	

ਹੋਰਾਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਕੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਬੱਚੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ? ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ' ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਜਨਮ ਮਿਤੀਆਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਬੱਚੇ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਬਾਲਗ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ

ਜੀ ਪੀ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਮਿਡਵਾਈਫ / ਸਿਹਤ ਵਿਜ਼ਟਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਮੁੱਖ ਵਰਕਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਬਾਲਗ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਬਚਿਆਂ ਦੇ ਮਾਹਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਟਾਰਗੇਟਡ ਫਮਿਲੀ ਸਪਰਟ ਵਰਕਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:
ਬਚਿਆਂ ਦਾ ਕਦਰ	ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	ਸੰਪਰਕ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ:	ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ 1 ਨਾਮ:	ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ 2 ਨਾਮ:
ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀ (ਹੁਣ ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ)	☐	☐
ਸ਼ਰਾਬ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ (ਹੁਣ ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ)	☐	☐
ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ	☐	☐
ਸਿੱਖਣ ਦੀ ਅਯੋਗਤਾ	☐	☐
ਇਕੱਲੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਪੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ	☐	☐
ਅਪਰਾਧਿਕ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਪੁਲਿਸ ਨਾਲ ਮੁਸ਼ੀਬਤ ਵਿੱਚ	☐	☐
ਪਿਛਲਾ ਬੱਚਾ ਪਾਲਣ ਪੋਸ਼ਣ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ	☐	☐
ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹਿੰਸਾ	☐	☐
ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਕਟ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਤਣਾਅਪੂਰਨ ਜੀਵਨ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ	☐	☐
ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਘਾਟ / ਅਲੱਗ-ਥਲੱਗ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	☐	☐
ਘੱਟ ਆਮਦਨ / ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੇ ਮੁੱਦੇ	☐	☐
ਪਿਛਲੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਵਿਵਹਾਰ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ	☐	☐
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੇ ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ	☐	☐
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੇ ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ	☐	☐
ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ, ਅਣਗਹਿਲੀ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਦਾ ਅਨੁਭਵ (ਹੁਣ ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ)	☐	☐
ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਤਣਾਅ ਦੇ ਉੱਚ ਪੱਧਰ ਜਾਂ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਬਾਰੇ ਮਿਸ਼ਰਤ ਭਾਵਨਾਵਾਂ	☐	☐
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ-ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਨਿਰਾਸ਼ਾ	☐	☐
ਗੈਰ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ	☐	☐
ਹੋਰ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਵਰਣਨ ਕਰੋ	☐	☐
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਨਾਲ ਸਾਫ਼ਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ:		
ਬੱਚੇ ਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਸੰਕੇਤਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ	☐	☐
ਬੱਚੇ ਪ੍ਰਤੀ ਭਾਵਨਾਵਾਂ	☐	☐
ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਖਰਾਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਣ ਦਾ ਡਰ	☐	☐
ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਖੇਡਣਾ	☐	☐
ਅੱਖਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਨੂੰ ਲੱਭਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ	☐	☐
ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਸਰੀਰਕ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨਾ - ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਰੱਖਣਾ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਖੁਆਉਣਾ	☐	☐
ਇਹ ਨਹੀਂ ਜਾਣਦੇ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨਾ ਹੈ	☐	☐
ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਵਿੱਚ ਆਤਮ-ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੀ ਘਾਟ	☐	☐

ਕੀ ਬੱਚੇ ਨੇ ਹਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿਚ ਕਿਸ ਦਾ ਅਨਭਵ ਕੀਤਾ ਹ		
ਵਿਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ / ਦੇਰੀ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਨਸੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ / ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜੋਖਮਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਦੁਖਦਾਈ ਜਾਂ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਨਮ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਦਿਲਾਸਾ ਅਤੇ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਅਨੁਸਾਰ ਬੇਰੁਚੀ / ਸ਼ਾਂਤ / ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਜਨਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਘੱਟ ਭਾਰ / ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਨਮ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਫੜਿਆ ਜਾਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਨੀਂਦ ਦੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐
ਖੁਆਉਣਾ ਦੀਆਂ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ / ਵਿਕਾਸ	ਹਾਂ ☐	ਨਹੀਂ ☐

ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਹੈਲਥੀ ਲਿਟਲ ਮਾਈਂਡਸ ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ

ਨਾਮ:	ਤਾਰੀਖ:
------	--------

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਟੈਲੀਫੋਨ ਦੁਆਰਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਰੈਫਰਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ। ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ।

ਆਪਣਾ ਫਾਰਮ CYPBEHM@nottinghamcity.gov.uk 'ਤੇ ਭੇਜੋ