



HLM آفس کے استعمال کے لیے	
موصول ہونے والی تاریخ	
معاونت کی کال	
نتیجہ	

## خود حوالہ فارم

ہیلتھی لٹل مائنڈز والدین اور شیر خوار بچوں کے درمیان انتہائی خاص رشتے پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے مدد فراہم کرتا ہے جو زندگی کے پہلے 1001 دنوں کے دوران تیار ہوتے ہیں۔ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ والدین بننا خوشی اور مسرت کا ذریعہ ہے۔ تاہم، مختلف وجوہات کی بناء پر یہ غیر متوقع طور پر مشکل بھی ہو سکتا ہے براہ کرم ہمیں یہ بتانے کے لیے اس فارم کا استعمال کریں کہ آپ کو کیا مشکل ہو رہی ہے اور ہم آپ کے حوالہ پر مزید بات کرنے کے لیے ٹیلی فون کے ذریعے آپ سے رابطہ کریں گے۔

ہیلتھی لٹل مائنڈز بچوں اور نوزائیدہ بچوں (حمل کے 20 ہفتوں سے لے کر 2 سال کی عمر تک)، اور ان کے والدین / دیکھ بھال کرنے والوں / خاندانوں کی مدد کرتے ہیں جو نوٹنگھم سٹی میں رہتے ہیں۔

### خاندانی تفصیلات

#### بچے کی تفصیلات

نام:	
تاریخ پیدائش / مقررہ تاریخ:	NHS نمبر (اگر معلوم ہو):
پتہ لائن 1:	پوسٹ کوڈ:
پتہ لائن 2:	
جنس:	آبائیت:
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت	
والدین کی ذمہ داری کس کی ہے؟	

### والدین / نگہداشت کار 1 کی تفصیلات

نام:	
تاریخ پیدائش:	NHS نمبر (اگر معلوم ہو):
ٹیلی فون نمبر:	
پتہ لائن 1:	پوسٹ کوڈ:
پتہ لائن 2:	
آبائیت:	گھر میں بولی جانے والی اہم زبان:
کیا مترجم کی ضرورت ہے؟	اگر ایسا ہے تو کون سی زبان؟
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
کیا کوئی مخصوص ضروریات / معاونت کی ضروریات ہیں جن کے بارے میں آپ ہمیں بتانا چاہیں گے؟	
اگر ہاں تو براہ کرم تفصیلات دیں:	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

نام:	تاریخ پیدائش:
NHS نمبر (اگر معلوم ہو):	ٹیلی فون نمبر:
پتہ لائن 1:	پوسٹ کوڈ:
پتہ لائن 2:	
آبائیت:	گھر میں بولی جانے والی اہم زبان:
کیا مترجم کی ضرورت ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
کیا کوئی مخصوص ضروریات / معاونت کی ضروریات ہیں جن کے بارے میں آپ ہمیں بتانا چاہیں گے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
اگر 'ہاں' تو براہ کرم تفصیلات دیں:	

## دوسروں کی تفصیلات

کیا گھر میں اور بچے رہتے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
اگر 'ہاں' تو براہ کرم نام اور تاریخ پیدائش فراہم کریں:	
براہ کرم ہمیں بچے کی زندگی میں کسی دوسرے اہم بالغ کے بارے میں بتائیں:	

## براہ کرم ہمیں کسی دوسرے پیشہ ور کے بارے میں بتائیں جو آپ کے خاندان کے ساتھ کام کر رہے ہیں۔

نام:	GP
رابطہ:	(پتہ):
نام:	مڈ وائف / ہیلتھ وزیٹر
رابطہ:	(پتہ):
نام:	کلیدی کارکن
رابطہ:	(پتہ):
نام:	بالغ دماغی صحت کی خدمات
رابطہ:	(پتہ):
نام:	ماہر اطفال
رابطہ:	(پتہ):
نام:	سماجی کارکن
رابطہ:	(پتہ):
نام:	ٹارگنٹڈ فیملی سپورٹ ورکر
رابطہ:	(پتہ):
نام:	بچوں کا مرکز
رابطہ:	(پتہ):

نام:	کوئی اور پیشہ ور؟
رابطہ:	(پتہ):
نام:	کوئی اور پیشہ ور؟
رابطہ:	(پتہ):
<p>کیا آپ کے بچے / بچوں کی حفاظت یا بہبود کے بارے میں کوئی موجودہ یا سابقہ خدشات ہیں؟</p> <p>ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>اگر 'ہاں'، تو براہ کرم نشان لگائیں: <input type="checkbox"/> چائلڈ پروٹیکشن <input type="checkbox"/> لکڈ آفٹر چائلڈ <input type="checkbox"/> چائلڈ ان نیٹ <input type="checkbox"/></p> <p>براہ کرم تفصیلات دیں:</p>	
<p>بچوں کی سماجی نگہداشت میں شمولیت آپ کے ساتھ کام کرنے والے ہیلتھی لٹل مائنڈز کو متاثر نہیں کرے گی۔</p>	

## حوالہ دینے کی وجہ

اپنی پریشانیوں، آپ کو جس مدد کی ضرورت ہے اور آپ اپنے بچے کے ساتھ اپنے تعلقات کو مختلف ہونے کے بارے میں مزید بتانے کے لیے براہ کرم نیچے دینے گئے باکس کا استعمال کریں۔

اپنی پریشانیوں کو الفاظ میں بیان کرنا بعض اوقات مشکل ہو سکتا ہے، اگر اگلے صفحے پر ٹک باکس استعمال کرنے میں مدد ملتی ہے تو براہ کرم ایسا کریں۔

دیگر آپ کو ان میں سے کسی بھی مشکل کا سامنا ہے تو براہ کرم ہمیں بتائیں:	دیکھ بھال کرنے والا 1 نام:	دیکھ بھال کرنے والا 2 نام:
بے چینی یا ڈپریشن (ابھی یا ماضی میں)		
شراب اور / یا منشیات کا غلط استعمال (ابھی یا ماضی میں)		
صحت کی سنگین حالت		
سیکھنے کی معذوری		
اکیلا نوعمر والدین بغیر کسی خاندانی تعاون کے		
مجرمانہ ریکارڈ یا پولیس کے ساتھ مشکل میں		
پچھلا بچہ رضاعی دیکھ بھال میں رہا ہے یا گود لیا گیا ہے		
خاندان میں تشدد		
خاندانی بحران یا انتہائی دباؤ والی زندگی کے واقعات		
حمایت کی کمی / الگ تھلگ محسوس کرنا		
کم آمدنی / رہائش کے مسائل		
پچھلے بچے کو رویے کے مسائل ہیں		
والدین کو بچے کے نقصان کا سامنا کرنا پڑا ہے		
والدین نے بچپن میں نگہداشت میں رہنے کا تجربہ کیا		
بدسلوکی، غفلت یا نقصان کا تجربہ (اب یا ماضی میں)		
حمل کے دوران تناؤ کی اعلیٰ سطح یا حمل کے بارے میں ملے جلے احساسات		
والدین اور بچے کے تعلقات کے ارد گرد مایوسی		
غیر منصوبہ بند حمل		
دیگر: براہ کرم ذیل میں بیان کریں		

اگر آپ مندرجہ ذیل میں سے کسی کے ساتھ جدوجہد کر رہے ہیں تو براہ کرم ہمیں بتائیں:		
بچے کے رونے یا اشاروں کا جواب دینا		
بچے کے بارے میں جذبات		
بچے کو کسی نہ کسی طرح سنبھالنے سے ڈر		
بچے کے ساتھ بات کرنا اور کھیلنا		
انکھ سے رابطے کو مشکل پانا		
بچے کی جسمانی ضروریات کا خیال رکھنا – انہیں صاف، محفوظ رکھنا اور کھانا کھلانا		
نہیں جانتے کہ بچے کی نشوونما کی حوصلہ افزائی کیسے کی جائے		
بچے کو سنبھالنے میں اعتماد کی کمی		

کیا بچے کو درج ذیل میں سے کسی کا تجربہ ہوا ہے

ترقیاتی مسائل / ترقیاتی تاخیر	ہاں	نہیں
حمل کے دوران منشیات / شراب یا دیگر خطرات کا انکشاف	ہاں	نہیں
تکلیف دہ یا پریشان کن پیدائش	ہاں	نہیں
پیدائش کے وقت کوئی بیماری یا خدشات	ہاں	نہیں
آرام اور سکون حاصل کرنا بہت مشکل ہے	ہاں	نہیں
غیر دلچسپی / خاموشی / آپ کی توقع کے مطابق جواب نہیں دیتا	ہاں	نہیں
پیدائش کا کم وزن / قبل از وقت پیدائش	ہاں	نہیں
اٹھانا پسند نہیں کرتا	ہاں	نہیں
نیند کی شدید مشکلات	ہاں	نہیں
کھانا کھلانے میں مشکلات / نشوونما	ہاں	نہیں

## والدین کی رضامندی

میں تصدیق کرتی / کرتا ہوں کہ میں ہیلتھی لٹل مائنڈز کے حوالے کے لیے رضامندی دیتا / دیتی ہوں۔

نام:	تاریخ
------	-------

ہم آپ کو یہ بتانے کے لیے کہ ہمیں آپ کا حوالہ موصول ہو گیا ہے اور آپ کو مزید تفصیلات فراہم کرنے کا موقع فراہم کرنے کے لیے ہم آپ سے ٹیلیفون پر رابطہ کریں گے۔ شکریہ۔

اپنا فارم CYPBEHM@nottinghamcity.gov.uk پر بھیجیں۔