

수혜자 성명(이름, 중간 이름, 성)		1. 날짜	2. <input type="checkbox"/> 성인 <input type="checkbox"/> 미성년자	3. <input type="checkbox"/> 수혜자는 질문에 대답을 거절했다 <input type="checkbox"/> 수혜자는 질문에 대답할 수가 없었다
수혜자 전화번호	수혜자 생년월일	4. CAMIS 번호		인종/민족
수혜자 주소		도시	주	우편번호
사회 복지사 성명			사회 복지사 전화번호	
5. 수혜자는 다음 평가를 받았다 <input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 약물 의존 <input type="checkbox"/> 동시 발생 <input type="checkbox"/> 수혜자는 평가를 받지 않았다		6. 현재 수혜자가 받고 있는 서비스 <input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 약물 의존 <input type="checkbox"/> 동시 발생		7. <input type="checkbox"/> 아동 보호 서비스(Child Protective Services: CPS) <input type="checkbox"/> 가족 봉사 서비스(Family Voluntary Services) <input type="checkbox"/> 가족 화해 서비스(Family Reconciliation Services: FRS) <input type="checkbox"/> 유아 및 가족 복지 서비스(Child and Family Welfare Services) <input type="checkbox"/> 유아 보건 및 교육 프로그램(Child Health & Education Track: CHET)

**개인적 필요사항에 대한 글로벌 평가-단기 측정 (Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener: GAIN-SS)**  
 다음은 일반 정신, 행동 또 개인 장애 및 문제에 대한 질문입니다. 이러한 문제가 **매우 심각하게 여겨지는 경우는 위 장애가 2주 이상 진행될 때, 재기할 때, 의무를 이행할 수 없을 때, 또 더는 견딜 수 없다는 느낌이 들 때입니다.** 다음 질문에 "예" 또는 "아니오"로 답변해주시시오.

**정신 건강을 내면화하는 행동(IDScr 1):** 지난 12개월 동안 다음과 같은 심각한 문제가 발생한 적이 있습니까?...  
 a. 답답하거나, 외롭거나, 우울하거나, 슬프거나 미래에 대한 희망을 느낄 수 없었습니까?  예  아니오  
 b. 불면증, 악몽, 잠 못 이루는 밤, 또는 오후에 잠이 드는 경우가 있었습니까?  예  아니오  
 c. 불안, 긴장, 두려움, 당황, 또는 좋지 않은 일이 있을 거란 느낌이 들었습니까?  예  아니오  
 d. 과거를 암시하는 일이 있었을 때 괴롭거나 당황했습니까?  예  아니오  
 e. 스스로 목숨을 끊거나 자살을 고려한 적이 있었습니까?  예  아니오

위에 두 질문 또는 그 이상에 "예"라고 대답했을 경우 정신 건강을 참조하십시오. 하지만 e) 자살 부문에 "예"라고 대답했을 경우 위기 중재 서비스 (CRISIS LINE) 또는 지명 정신 건강 전문의 (Designated Mental Health Professional: DMHP)를 찾으십시오.

**정신 건강을 객관화하는 행동 (EDScr 2):** 지난 12개월 동안 다음 행동을 2번 이상 한 적이 있었습니까?  
 a. 원하는 것을 갖기 위해서 또는 원하지 않는 것을 피하기 위해서 거짓말을 하거나 사기를 친 적이 있었습니까?  예  아니오  
 b. 학교, 회사 또는 가정에서 집중하기 어려웠습니까?  예  아니오  
 c. 학교, 회사 또는 가정에서 누군가의 말을 귀담아 듣는 데 어려움을 느낀 적이 있습니까?  예  아니오  
 d. 불량배 노릇을 하거나 남을 협박한 적이 있었습니까?  예  아니오  
 e. 다른 사람과 싸움을 시작합니까?  예  아니오

위에 두 질문 또는 그 이상에 "예"라고 대답했을 경우 정신 건강을 참조하십시오.

**중독성 물질 남용 측정(SDScr 3):** 지난 12개월 동안,.....  
 a. 알코올 또는 마약을 매주 복용했습니까?  예  아니오  
 b. 알코올 또는 마약을 구하거나 복용하거나 환약을 경험하기 위해 많은 시간을 허비했습니까?  예  아니오  
 c. 사회적인 문제를 일으키거나 싸움을 시작하거나 다른 사람에게 폐를 끼치는 데에도 계속 알코올 또는 마약을 복용했습니까?  예  아니오  
 d. 알코올 또는 마약 복용으로 인해 회사, 학교, 가정 또는 사회 활동의 중요한 일들을 포기하거나 줄이거나 수행하는 데 문제가 발생한 적이 있었습니까?  예  아니오  
 e. 알코올 또는 마약을 복용하지 않을 때 수전증이 발생하거나, 구토를 하거나, 가만히 있을 수 없거나, 잠을 잘 수 없거나 금단 증후군 때문에 알코올 또는 마약을 복용한 경우가 있었습니까?  예  아니오

위 중독성 물질 남용 및 동시 발생(중독성 물질 남용 및 정신 건강) 부문의 두 질문 또는 그 이상에 "예"라고 답변한 경우 CDP 또는 중독성 물질 남용 치료 센터로 연락하십시오.

본인은 이 양식의 사본이 앞으로 받을 서비스에 참조사항이 될 수 있음을 이해합니다.

서명 날짜