

姓名：_____

关于我家人的信息

姓名：_____

关系：_____

街道地址：_____

城市、州：_____

电话号码：_____

家庭成员：

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

工作电话：

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____

关于我的信息

姓名：_____

出生日期：_____ 年龄：_____

眼睛颜色：_____ 手机：_____

头发颜色：_____ 电子邮件：_____

身高：_____ 工作：_____

体重：_____ 工作电话：_____

家庭医生：_____

电话：_____

牙医：_____

电话：_____

医院：_____

城市、州：_____

特殊需求/诊断：_____

所需便利安排：_____

眼镜：_____

助听器：_____

过敏：_____

我的用药（剂量）：_____



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

Department of
Social Services

插入家人照片

姓名:

当地紧急联系人信息

姓名: _____

关系: _____

街道地址: _____

城市、州: _____

电话号码: _____

☐ 如果父母一方或双方都无法照顾孩子，此人是否愿意接纳他们？

家庭成员:

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____