家中托兒照顧家庭- 不尋常事故 / 受傷事件報告

必須向父母/授權代表和/或發照機構報告的事件:

A. 不可遲過一個工作日, 通知兒童的父母或列舉在#11之事件的授權代表而所受影響的小童.

B. 在下一個工作日之內, 打電話或傳真將事件通知在#11所列舉的機構.

C. 假如以電話通知, 在事件發生日期七天之內向機構提交書面報告.

D. 保留一份提交部門受影響兒童報告的記錄.

填寫表格之一般提示

1. 填寫執照上所示的托兒所號碼。
2. 填寫執照上所示的持照人姓名。
3. 填寫執照上所示的托兒所名稱。
4. 填寫門牌號碼和街道地址, 城市, 州, 及郵遞區號。
5. 填寫每一個涉及事故或受傷兒童的姓名。
6. 填寫兒童的年齡或出生之年, 月, 日。
7. 填寫兒童的性別—以 M 表示男, 以 F 表示女。
8. 填寫家中托兒照顧家庭接收兒童托看之年, 月, 日。
9. 填寫兒童或父母說的語言 (例如：英語, 西班牙語等)。
10. 填寫發生事故或受傷事件的年, 月, 日及時間。
11. 需要報告的事件。
    a. 查看如果有兒童因任何原因而死亡.
    b. 查看如果兒童在受托看時受傷, 並且需要專業醫護治療.
    c. 查看如果兒童受托看時, 沒有允許或監督而從托兒所出走或迷路 (而走失) , 包括當托兒所外出遊玩或特別活動時有一個小童失蹤, 或有兒童沒有從學校返回 .
    d. 查看如果兒童曾經受虐待或忽視.
    e. 查看如果在托兒所屬的場地有火災或爆炸.
    f. 查看如果有以地方當局指定的傳染病爆發.
    g. 查看如果有兒童受托看時中毒.
    h. 查看如果有其它事件威脅到任何受托看兒童的身體, 情緒上的健康或安全.
12. 描述所發生的事情, 請明確說明, 包括有關連或懷疑為引起傷害的人員之姓名.
13. 包括醫護調查結果和治療.
14. 描述如何能防止此事故或受傷事件以後再發生.
15. 假如知道的話, 填寫診治醫生的姓名和其銜頭, 或其它提供看顧小童的保健提供者.
16. 填寫醫生或其它保健提供者的電話號碼及區域號碼.
17. 填寫小童父母或授權代表的姓名和電話號碼, .
18. 填寫小童父母或授權代表連絡時的年, 月, 日.
19. 打勾一個或以上通知了有關事故或受傷事件的機構.
20. 填寫在你報告傷害事件時跟你談話的那位人士的姓名(每一個部門).
21. 在你連絡的代理機構連絡人員旁填寫年, 月, 日.
22. 填寫連絡機構區域號碼及電話, 傳真號碼.
23. 填寫你的簽名.
24. 填寫你的區域號碼及電話號碼.
25. 填寫在此報告填寫時的年, 月, 日.

不尋常事件 / 受傷報告—家中托兒照顧家庭

1. 場地牌照號碼：	3. 牌照名稱：
2. 場地名稱：	4. 場地地址：

5. 被捲入事件的小孩(兒童) 名字	6. 生日 / 年齡	7. 性別(M/F)	8. 進入日期	9.主要語言	10. 日期 / 事件時間 / 受傷

11. 向部門報告的事件（打勾所有適合的）

a.☐ 任何小孩子死亡的原因。
b.☐ 任何受傷的小孩需要專業醫護治療。
c.☐ 任何小孩缺席表示受托看小孩失蹤的好例子。
d.☐ 任何小孩受托看時懷疑被虐待或忽視。(必需向當地執法機構或小童保護中心報告)。
e.☐ 托兒所屬的場地有火災或爆炸。
f.☐ 有以地方當局指定的傳染病爆發。
g.☐ 中毒的事件。
h.☐ 其它事件威脅到任何受托看兒童的身理或情緒上的健康和安全。

12. 描述發生了甚麼：

13. 如果有受傷的話，請簡單描述：

14. 描述採取的步驟以防止這事件或受傷在將來再發生：

15. 假如合適的話，診治醫生或保健提供者名稱：	16. 診治醫生或保健提供者電話號碼： (　　)
17. 父母和授權代表姓名和電話號碼：	18. 通知受影響小孩的父母和授權代表日期：

19. 被通知的部門	20. 聯絡人性名	21. 日期	22. 電話或傳真
☐ 州政府托兒所牌照處			(　　)
☐ 郡托兒所牌照處			(　　)
☐ 小童保護中心			(　　)
☐ 執法機構			(　　)
23. 持牌人簽名		24. 電話號碼： (　　)	25. 日期：

(TO BE COMPLETED BY DEPARTMENT)

Date report received in Licensing Office: _____ Date report reviewed and logged: _____

EVALUATION OF REPORT:

Follow up inquiry required ☐ Yes ☐ No Investigation required ☐ Yes ☐ No

REFERRED TO:

☐ Licensing Program Analyst Date Reviewed: _____ Case Management Visit ☐ Yes ☐ No
☐ Licensing Program manager/Sup Date Reviewed: _____
☐ Regional Program Manager Date Reviewed: _____ Other _____

DISPOSITION: