

親生父親資料

孩子姓名：	案件號碼：
案件工作人員姓名：	代理所名稱：

填寫說明：

- 請用清楚的書寫體 – 使用墨水筆。
- 請填寫每一項項目。假如你對某一項不知道如何回答的話，請寫明“不知”。
- AD 67A表格分成二個各別的部分。I 欄包括“證明身份”資料並且是保密性的。此資料不會提供給你的被收養孩子和他 / 她的收養父母，除非你給我們書面應允證明。II 欄包括關於你的背景和健康史的“非證明身份”資料。加州收養法律規定在最後公佈收養以前，給你被收養孩子的收養父母一份II欄表格的副本，假如被收養者在年滿十八歲時，提出書面要求的話，也需要提供一份副本。
- 要完成孩子的收養程序，需要有這份表格上索取的一切資料。

I 欄 – 親生父親證明身份資料**A. 姓名 / 地址：**

親生父親姓名 (名, 中間名, 姓)		其他稱呼的姓名	
社會保險號碼	駕駛執照號碼	出生日期 (月, 日, 年)	出生地點 (市, 州, 國)
目前地址 (街, 市, 州, 郵遞區號)		電話號碼 (地區號碼) 號碼	
永久通訊地址 (街, 市, 州, 郵遞區號)*		永久電話號碼 (地區號碼) 號碼	
使用永久通訊地址的限制規定, 假如有的話			

B. 親生父親的父母

親生父親的母親姓名 (名, 中間名, 姓)			親生父親的父親姓名 (名, 中間名, 姓)		
地址	街道	城市	地址	街道	城市
州			州		
郵遞區號			郵遞區號		
你的母親知道收養之事嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知			你的父親知道收養之事嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知		
假如將來我們需要尋找你的話, 我們可以和你的母親聯絡以求幫助嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			假如將來我們需要尋找你的話, 我們可以和你的父親聯絡以求幫助嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

C. 未成年孩子的父系：

你和孩子的親生母親結過婚嗎? 是 否
 假如是的話, 結婚的日期和地點: _____
 假如離婚的話, 離婚的日期和地點: _____

你和孩子的親生母親曾否試圖要結婚? 是 否
 假如是的話, 請解釋。

你現在是否和那位親生母親結了婚? 是 否

D. 其他子女：

除了被收養的孩子以外, 你還有其他子女嗎? 是 否
 假如有的話, 請填寫下列項目。

孩子姓名	性別		如和被收養者有血統關係, 請劃全 (✓)	孩子的出生日期	誰照看這孩子? (請說明照看者和孩子的關係)
	男	女			
1.					
2.					
3.					
4.					

* 註：假如你變更你的永久通訊地址, 請務必通知加州社會服務處。

E. 美洲土著祖先：

你和你的父或母的家庭有人有美洲印第安人祖先嗎？ 是 否
假如是的話，請填寫適當表格（JV135/ADOPT-226）
假如是的話，部落的名稱 _____ 部落的地點 _____
你或你的父母現在是否有在部落登記或者有任何祖先曾向這個部落登嗎？ 是 否
假如是的話，你或他們的登記號碼是 _____
你，你的父母，你的祖父母或其他祖先曾有印第安的血統成份的證書（CDIB）嗎？ 是 否
假如是的話，請連同 CDIB 附上到這張調查表。

F. 心理方面的輔導：

你曾否因為可能有的情緒上或心理上的問題去看心理學家，精神病醫生，社會工作人員或其他心理顧問嗎？ 是 否
假如是的話，請填寫下列項目。

治療的日期和原因：

治療家的姓名和 / 或提供治療的醫務所名稱：

地點：

寫明在治療時所處方的藥品：

假如不再受到治療的話，停止治療的原因：

G. 對收養的問題：（只對獨立收養）

1. 你在收養過程中有自己的法律代理人嗎？ 是 否
2. 你的律師也是收養父母的律師嗎？ 是 否 不知
3. 誰支付懷孕，產前護理，生產的費用和其他的費用？ _____
4. 他們支付多少錢？（假如不知道的話，請寫明） _____
5. 加州收養法律規定，安排自己的孩子被人收養的親生父母必須親自瞭解未來收養父母的下列資料：他們的法律全名；宗教；種族或族裔；目前的婚姻有多久，以前婚姻的次數；職業；是否有其他孩子或成人住在他們家中；是否有其他不住家中的孩子，並且對這些孩子有子女撫養的義務，但沒有遵循此義務；影響縮短平均壽命，或日常活動的健康條件；不是犯交通規則輕罪的犯罪行為；由於他們虐待或疏忽看管孩子而把孩子調離不受他們的照看；以及他們居住的地區，或者，有要求的話，他們的地址。
6. 關於收養父母你至少有這些資料嗎？ 是 否
7. 你要求或需要甚麼更多關於收養父母的資料嗎？ _____

8. 你見過收養父母嗎？ 是 否
9. 假如是的話，你們相識的程度如何？ _____

親生父親簽名

填寫表格的日期

以上資料的提供者：（請在適用的格子作記號）

親生母親 親生父親 其他（請解釋） _____

孩子姓名：	案件號碼：
案件工作人員姓名：	代理機構名稱：

II 欄 - 親生父親的非證明身份資料

這份資料將提供給收養父母，並且你的孩子也可得到。請儘可能全面地回答所有的問題。

第 I 部分 - 親生父親在被收養孩子出生時的特徵

A. 一般資料和體格描述：

出生地點 (州名即可)	身高	一般體重	眼珠顏色	皮膚顏色	天然頭髮顏色	天然頭髮質地 (在所有適用格子旁作記號) <input type="checkbox"/> 細 <input type="checkbox"/> 中等粗細 <input type="checkbox"/> 粗 <input type="checkbox"/> 直的 <input type="checkbox"/> 波狀的 <input type="checkbox"/> 卷的 <input type="checkbox"/> 禿頭
出生年份 (年份即可)	血型	恆河猴 因子	體形 <input type="checkbox"/> 瘦小身材 <input type="checkbox"/> 中等身材 <input type="checkbox"/> 高大身材	你是用右手的? <input type="checkbox"/> 用左手的? <input type="checkbox"/>		

人種 / 族裔

白種人 西班牙語裔 菲律賓人 黑人 亞洲或太平洋島人

美洲印第安人或阿拉斯加土著 其他 _____

假如是美洲印第安人或阿拉斯加土著的話，請指明部落名稱和印第安血統成份 (假如知道的話) _____

確切的民族後裔 (如：愛爾蘭，法國，德國，廣東，墨西哥，奈及利亞人等)

B. 教育：

修業的最後年級	現在在上學嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在校平時成績	其他訓練
---------	--	--------	------

課外活動

感興趣的學科

C. 職業：

現在的職業	多久?	經常的職業
-------	-----	-------

你的職業目標? (例如：成為教師，電焊工，銷售員)

D. 性格：

請根據你平常的行為，態度，情緒，經常參加的活動，你喜愛跟哪類型的人在一起等等，來描述你的個性。

請描寫才能，嗜好和人生的目標。

E. 對收養提出的問題：

1. 你的宗教是甚麼？

2. 假如收養父母的宗教和你的不同的話，你願意讓你的孩子接受他們的宗教信仰的教養嗎？ 是 否

假如否的話，你希望你的孩子受甚麼樣宗教的教養？

為何你要安排你的孩子被人收養？（請盡量全面地回答。這是被收養者長大成人時最常問收養代理機構的問題。）

假如你的孩子在出生時沒有被安排收養的話，請提供在安排孩子收養前的孩子照看，健康和發育的資料。

當被收養者長大成人，你對他或她的連絡有什麼看法？

F. 個人健康史：

請描述你的一般健康狀況	你生過甚麼小兒病？ 麻疹：德國麻疹（三天） <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 花粉熱 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 風濕病 <input type="checkbox"/> 風疹（二週） <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 玫瑰紅疹 <input type="checkbox"/> 腦炎 <input type="checkbox"/> 心臟雜音 <input type="checkbox"/> 尿道感染 <input type="checkbox"/> 其他（請說明） <input type="checkbox"/> 氣喘病 <input type="checkbox"/> 腦膜炎 <input type="checkbox"/> 猩紅熱 <input type="checkbox"/>	
任何主要的外科手術？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 假如是的話，甚麼病例，甚麼時候？	你是否 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 三胞胎 <input type="checkbox"/> 其他一產多胎的	你是否 <input type="checkbox"/> 同卵雙生 或 <input type="checkbox"/> 異卵雙生
在這孩子被孕前，你是否飲用酒類，煙草或其他毒品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 假如是，列出毒品種類，用了多久，多久一次？		

G. 家庭背景：

你或你的直系家人是否被人收養？
 是 否 假如是的話，請說明是誰

	你的親生父親		你的親生母親	
	身高	體重	身高	體重
目前年齡.....				
假如亡故的話，逝世的年齡....				
逝世的原因.....				
身高和體重.....	身高	體重	身高	體重
頭髮顏色和質地.....				
眼珠顏色.....				
皮膚顏色.....				
使用左手或右手.....				
顯著的特徵.....				
教育程度.....				
職業.....				
人種 / 族裔.....	<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙語族裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 亞洲或太平洋群島人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著		<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙語族裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 亞洲或太平洋群島人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著	
國籍.....				
宗教.....				
這位家長知道懷孕之事嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
他 / 她有多少弟兄姊妹？.....				
假如你的叔伯阿姨中有任何一個亡故的話，請寫上逝世的年齡和原因.....				
	你父親的父母		你母親的父母	
	父親	母親	父親	母親
年齡.....				
假如亡故的話，逝世的年齡和原因.....				
描述體格外貌.....				
身高和體重.....	身高	體重	身高	體重
顯著的特徵.....				
教育程度.....				
現在或以前的職業.....				
他 / 她知道懷孕之事嗎？.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

G. 家庭史：(續)

你的弟兄和姊妹

(假如你有超過四個弟兄姊妹，請另加紙張填寫)

	1		2		3		4	
性別 (男或女)								
年齡								
假如亡故的話，逝世的年齡和原因								
是你的全血統或半血統弟兄姊妹嗎?	<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半	
身高和體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重
頭髮顏色和質地								
眼珠顏色								
皮膚顏色								
嗜好和才能								
修業的最後年級								
現在在上學嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
職業								
知道懷孕之事嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
婚姻狀況								
他們有幾個孩子								
孩子的健康								

你其他的孩子

(假如你有超過四個孩子的話，請另加紙張填寫)

	孩子 # 1		孩子 # 2		孩子 # 3		孩子 # 4	
指明是兒子還是女兒								
生日或年齡								
這孩子和被收養者是全血統還是半血統弟兄姊妹	<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半		<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半	
假如亡故的話，逝世年齡								
逝世原因								
身高和體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重	身高	體重
頭髮顏色和質地								
眼珠顏色								
皮膚顏色								
使用左手或右手								
就學年級								
這孩子和你同住嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
嗜好和才能								
一般健康狀況								
主要外科手術								
健康問題								
這孩子知道懷孕之事嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

H. 你的，你父母的和其他親屬的健康史

在適用的格子旁作記號說明你或任何親屬（即，你的父母，姊妹，弟兄，姑娘，叔伯，祖父母，其他你生的孩子等）是否有過或者現在有下面列出的醫藥狀況。請說明這人和你的關係。請填妥評語欄。假如醫藥狀況導致家人死亡的話，請在評語欄中說明此事，以及說明這人在死亡時的大約年齡。

醫藥狀況	否	不知	是 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
A. 先天性的身體損傷					
1. 畸形足或任何整形問題（即平足等）					
2. 兔唇（半裂嘴唇）或裂顎					
3. 蒙古症					
4. 其他不規則染色體					
5. 腦積水					
6. 肌肉萎縮					涉及的身體部分？ 發病年齡？
7. 侏儒					
8. 脊柱裂開					
9. 先天性心臟不健全					
10. 鎌狀細胞性貧血症					
11. 戴撒克司二氏病					
B. 過敏					對甚麼過敏？ 醫治方法？ 藥物名稱？
1. 濕疹或其他皮膚病					
2. 花粉熱或其他過敏					
3. 藥物過敏					對甚麼藥物過敏？
4. 食物過敏					對甚麼食物過敏？
C. 眼，牙，耳和發育不正常					
1. 瞎眼，青光眼，色盲或其他視力問題					
2. 矯正眼鏡或隱形眼鏡					在甚麼年齡需要配眼鏡？
近視 <input type="checkbox"/>					
遠視 <input type="checkbox"/>					
散光（不能對焦距） <input type="checkbox"/>					
斜視（斜視眼） <input type="checkbox"/>					
其他（請解釋） <input type="checkbox"/>					
3. 正牙鋼絲套或其他正牙術					假如用的話，甚麼樣的正牙術，有多久？

H. 你，你父母的和其他親屬的健康史（續）

醫藥狀況	否	不知	是 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
4. 耳聾或其他耳病					有特殊訓練嗎？假如“有”的話，開始訓練的年齡。
5. 說話能力有問題					
6. 缺乏學習能力					
7. 殘障：精神或身體方面					任何診斷？住院嗎？
D. 血液循環失調					發病年齡？醫治方法？住院嗎？
1. 血友症					
2. 鎌狀細胞性貧血症或特徵					
3. 高壓病（高血壓）					
4. 中風					
5. 心臟病發作（冠心病）					
6. 關節炎					
7. 腎臟病					發病年齡？醫治方法？
E. 內分泌失調					發病年齡？醫治方法？
1. 糖尿病					
2. 甲狀腺病					
3. 肥胖病（過重）					
F. 呼吸系統失調					有任何起因是知道的嗎？醫治方法？
1. 氣喘病					
2. 肺氣腫					
3. 結核病					發病年齡？那一種？身體的那一部分？
G. 精神，舉止失常					發病年齡？醫治方法？住院嗎？
1. 經診斷的早發性精神分裂症					
2. 經診斷的精神躁慮症					
3. 其他精神病，請描述，假如需要的話，使用附加的紙					
4. 酗酒或大量飲酒					
5. 使用毒品					種類，數量，何時服用？

H. 你的，你父母的和其他親屬的健康史（續）

醫藥狀況	否	不知	是 自己	是- 親屬 (請說明關係)	評語
H. 淋巴病症					那一種？發病年齡？ 身體的那一部分？
1. 癌					
2. 腫瘤					
3. 囊腫纖維變性					
4. 何杰金氏病					
I. 神經系統失調					涉及身體的那一部分？發病年齡？
1. 多發性硬化症					
2. 亨丁頓病症					
3. 大腦性癱瘓					
4. 驚風症或痙攣					發病年齡？ 醫治方法？ 發病次數？
5. 癲癇症					
J. 發炎，住院					診斷
1. 由已知的發炎引起的連續發燒					
2. 必得住院的重覆嚴重發炎					
3. 住院，動手術或受傷					原因？ 何時？
K. 其他醫藥或健康問題					