

Согласие семьи на участие в программе интенсивной поведенческой поддержки детей на дому (CIIBS)
Family Agreement to Children's Intensive In-Home Behavioral Support (CIIBS) Program

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА / ЮНОШИ / ДЕВУШКИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА / ЮНОШИ / ДЕВУШКИ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ADSA	ДАТА СОГЛАСИЯ
РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН		ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ ОСНОВНОЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ (ЕСЛИ ЭТО НЕ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН)	
РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН		ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ ОСНОВНОЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ (ЕСЛИ ЭТО НЕ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН)	

Я обязуюсь в полной мере сотрудничать с программой CIIBS в течение всего времени участия моего ребенка в данной программе. Это включает совместную работу с отделением DDA и нанятым по моему выбору специалистом по поведенческой психологии над разработкой плана поддержки положительного поведения, который подходит моему ребенку и моей семье. Согласившись с планом поддержки поведения, я тем самым соглашаюсь следовать этому плану со своим ребенком, а также пройти обучение. Я соглашаюсь сотрудничать с теми, кто будет оказывать нам услуги на дому. По мере необходимости мы будем совместно пересматривать план поддержки поведения и вносить в него изменения.

Я понимаю, что программа CIIBS принесет наилучшие результаты, если все, кто оказывают поддержку моему ребенку, будут работать сообща. Я соглашаюсь помочь в создании группы, которая будет встречаться как минимум раз в 3 (три) месяца. В эту группу будут входить члены моей семьи, знакомые, лица, предоставляющие услуги нашей семье, школьный персонал и другие специалисты. Поскольку задача этой группы — поддерживать успехи моего ребенка, я буду стремиться к тому, чтобы все ее члены уважали моего ребенка как полноправного члена группы. Я буду поощрять своего ребенка к принятию решений о том, что ему нравится или не нравится, о своих потребностях, занятиях и методах достижения желаемого.

Я понимаю, что участие в этой программе означает, что регулярно будет собираться и рассматриваться информация о следующем:

- поведение моего ребенка;
- стрессе в семье; а также
- участии в программе всех членов группы поддержки, включая меня.

Я понимаю, что будет соблюдаться конфиденциальность в отношении всей личной информации. В отчетах по программе не будет содержаться имен и иной идентифицирующей нас информации.

Я соглашаюсь играть позитивную, активную роль в поддержке моего ребенка и решении поведенческих проблем с помощью группы поддержки моего ребенка.

ПОДПИСЬ(И) РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	ДАТА
ПОДПИСЬ(И) РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОСНОВНОЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ (ЕСЛИ ЭТО НЕ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН)	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОСНОВНОЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ (ЕСЛИ ЭТО НЕ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН)	ДАТА
ПОДПИСЬ ЮНОШИ / ДЕВУШКИ (ЕСЛИ ЭТО НЕ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН)	ДАТА
ПОДПИСЬ СОТРУДНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО / РАСПОРЯДИТЕЛЯ РЕСУРСОВ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ СОГЛАСИЯ