DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

发育障碍人士服务管理局
(Development Disabilities Administration, DDA)

儿童和家庭参与计划
Child and Family Engagement Plan

计划生效日期 ☐ 新建 ☐ 续期
结束日期

儿童/青少年的法定姓名	ADSA（Aging & Disability Services Administration，养老与残障服务管理局）ID（Identification，身份证）号码
儿童/青少年的居住地　　城市　　州　　邮政编码	

	姓名	电话号码 （住宅、工作、手机）
父母/法定监护人		
父母/法定监护人		
持证或认证的服务提供者		
紧急联系人		
医生		
牙医		
专科医生		
学校IEP（Individualized Education Program，个性化教育计划）/504联系人姓名		
代表收款人		

其他重要人员（家人、朋友和邻居）	与儿童的关系	电话号码 （住宅、工作、手机）

社区机构和正式支持（即WISE（Wraparound with Intensive Services，全包式加护服务）、心理健康服务提供者和/或ABA（Applied Behavior Analysis，应用行为分析）服务提供者）

非正式社区机构（即教堂/YMCA（Young Men's Christian Association，基督教青年会）、娱乐中心）

学校：典型的学校作息时间表是什么、学校的主要联系人是谁、以及IEP/504联系人是谁）

您是否希望重点关注孩子某些方面的照料？ 这与您孩子的未来目标/愿景有何关联？

您对前三个月、六个月和第一年的愿景是什么？

照料计划（日常作息、夜间作息时间表、照料偏好）

技术使用计划

客户目前可以接触或使用哪些技术设备（如有）？请列出他们使用的所有应用程序，包括相机/录像功能。

您的孩子在过渡到OHS（Out-of-Home Services，离家服务）服务时，是否会携带任何技术设备？
☐是 ☐否
如果是，请列明具体设备，包括应用程序、游戏等。 如果您的青少年可以使用手机，请提供手机号码。

您的青少年何时可以使用技术设备（即，作业完成后，直到晚上8点？）

将如何支持该青少年与校外朋友沟通？

如果联系人需要得到客户法定代表人的批准，这将如何实现？
客户在使用技术设备时，目前需要何种程度的监督（例如：视线内监督、近距离陪伴、每日设备检查）？
技术设备的使用是否有任何限制（例如：视频游戏类型、网络访问）？ ☐是 ☐否 如有任何限制，请概述限制的具体内容以及适用于哪些技术设备。 包括限制的实施时间、地点和方式。 请注意，所有限制必须记录在CARE系统的“修改界面”中，并在PBSP（Positive Behavior Support Plan，积极行为支持计划）中进行阐述。
在家庭和社区中，这些限制是否相似？ ☐是 ☐否 如果否，请说明这两种环境之间的差异。
请指出干扰或阻碍其顺利且无限制使用技术设备的所有顾虑。
如果客户未遵守技术使用规范，相应的应对计划是什么？
您和OHS服务提供者将支持您的孩子接受何种类型的互联网/技术教育？
如果存在限制，如何才能解除您孩子所受的技术设备使用限制？
请说明期望的技术使用目标
☐客户 ☐法定代表人已收到本计划的技术使用政策副本
医疗预约（预约安排、交通工具、沟通协调）
是否已签署医疗同意书？ ☐ 是 ☐ 否

财务规划*

服务提供者是否协助管理客户的部分资金？ ☐ 是 ☐ 否

客户是否需要获得资金管理技能方面的支持？ ☐ 是 ☐ 否

*父母仍然负责儿童的日常、典型费用，即衣物、学校用品等。

是否已选定代表收款人（仅一次）： ☐ 是 ☐ 否

如果否，请提供完成此任务的截止日期：

是否已提交补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI) 申请？ （仅一次） ☐ 是 ☐ 否

如果是，提交日期：

如果否，请提供完成此任务的截止日期：

监护日期： 至

文化考量因素/特定场合

该青少年和/或其家庭是否有重要的文化考量因素或宗教/精神偏好（节日、生日、其他文化/精神场合），且需要其服务提供者提供相应支持？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请予以描述：

生日：该青少年和/或家庭如何庆祝生日？

节假日：哪些节日对该青少年和/或其家庭非常重要？

暑假： 该青少年通常是否参加暑期项目或其他暑期活动？

假期计划：

其他：

家庭参与计划

家庭成员将如何保持对该青少年生活的参与？	
认证服务提供者是否需要协助制定家庭探视计划？	
我　　将在以下场所每月探视我的孩子　　次：OHS机构、社区或家庭住所。	
作为孩子的父母/监护人，我同意上述列出的条款；如发生任何变更，我将及时通知我孩子的DDA社会服务专员及服务提供者。 本表可根据实际需要进行更新和修订。	
父母/监护人签名	日期
认证服务提供者签名	日期

家庭参与计划说明

本表应在儿童/青少年开始接受离家服务后的 45 天内填写完毕。父母、DDD（Division of Developmental Disabilities，发育障碍分局）社工、以及配备工作人员的住宿机构/寄养父母均应参加家庭参与计划会议。在孩子入住安置场所之前，应向其父母提供本表。

计划生效日期：计划的生效日期即为本表签署的日期。本表应在进行年度评估时予以审查，并在90天的例行访视期间根据实际需要进行更新。

ADSA ID号码：在建立客户档案时系统自动生成的编号。

结束日期：自计划生效日期起第364天。

儿童/青少年的住所：持证或认证住所的位置。

医生/牙医：当前医生（初级保健医生）和牙医的联系信息。

学校：儿童持证或认证住所所在地的学校名称和编号。

其他重要人员：经父母/监护人同意可联系或探视该儿童/青少年的、所有参与其生活的人员。

社区机构和正式支持：概述提供这些支持的计划以及将如何实现（例如，父母将负责每年续办医疗券）。

非正式社区机构：概述提供这些支持的计划以及如何实现（例如，寄养父母将在每周二晚上6点至8点将孩子送往YMCA）。

学校：概述由谁协调学校服务、父母将如何参与、参加个性化教育计划 (IEP) 会议、课后计划、课外活动等。 还应包括有关典型学校作息时间表的信息。 若该儿童目前未在其接受离家服务所在的学区注册，请提供该儿童当前的学校联系信息以及学籍档案转移的具体方式（如适用）。

重点领域和未来目标：这为儿童、家庭及服务提供者提供了一个交流机会，用以讨论康复目标，并明确他们希望将支持力量重点放在哪些方面。

前三个月、六个月以及第一年的愿景：概述家庭和青少年在接受离家服务期间，期望获得哪些支持。应包括家长对孩子的期望、梦想和憧憬，或者孩子自己想要达成的目标、梦想和心愿。

照料计划：包括诸如衣着喜好、个人洗漱习惯、指甲与头发护理常规、文化习俗/偏好、就寝习惯等日常照料信息。

医疗预约：概述在医疗预约方面，由谁负责陪同就诊、交通接送、沟通联系，并详细规划家庭参与计划的具体职责分工。

财务计划：概述儿童/青少年的日常财务需求将如何得到保障与满足。指明由谁担任代表收款人。说明父母针对儿童/青少年的财务状况所做的决定及规划，例如：设立ABLE (Achieving a Better Life Experience, 实现更好的生活体验)储蓄账户、丧葬准备金账户、儿童/青少年零用钱、子女抚养费等。讨论儿童以“客户自付款”形式承担的食宿费用义务。SSI (Supplemental Security Income, 补充保障收入)申请：提供提交SSI申请的日期。 此操作仅需进行一次。若该步骤尚未完成，请填写父母预计完成此任务的日期。

家庭参与计划：概述家庭成员将如何参与到该青少年的生活中。 应包括探视孩子住所、在社区会面、书面信函联络以及电话通话等方面的计划。若服务提供者将对上述探视及联络提供协助，请说明具体的协助方式，例如：提供交通工具、在特定会面期间安排工作人员陪同等。