DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

ການບໍລິຫານຄວາມພິການທາງດ້ານການພັດທະນາ
(Developmental Disabilities Administration, DDA)

ແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງເດັກ ແລະ ຄອບຄົວ
Child and Family Engagement Plan

	ວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງແຜນການ ☐ ການຕໍ່ອາຍຸ ☐ ໃໝ່
	ວັນທີສິ້ນສຸດ
ຊື່ຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກ / ຊາວໜຸ່ມ	ລວກປະຈຳຕົວ ADSA (Adult Day Services, ການບໍລິການກາງວັນສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່)
ທີ່ພັກອາໄສຂອງເດັກ / ຊາວໜຸ່ມ ເມືອງ	ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ

	ຊື່	ເບີໂທລະສັບ (ບ້ານ, ບ່ອນເຮັດວຽກ, ມືຖື)
ພໍ່ແມ່ / ຜູ້ດູແລຕາມກົດໝາຍ		
ພໍ່ແມ່ / ຜູ້ດູແລຕາມກົດໝາຍ		
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໃບຮັບຮອງ		
ຕິດຕໍ່ສຸກເສີນ		
ແພດ		
ແພດແຂ້ວ		
ແພດຊ່ຽວຊານ		
ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ IEP (Individualized Education Program, ແຜນການສຶກສາສ່ວນບຸກຄົນ) ຂອງໂຮງຮຽນ / 504		
ຜູ້ຮັບເງິນຈາກຕົວແທນ		
ຄົນສຳຄັນອື່ນໆ (ຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ເພື່ອນບ້ານ)	**ຄວາມສຳພັນກັບເດັກ**	**ເບີໂທລະສັບ (ບ້ານ, ບ່ອນເຮັດວຽກ, ມືຖື)**

ໜ່ວຍງານຊຸມຊົນ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຢ່າງເປັນທາງການ (ເຊັ່ນ: WISE [**Wraparound with Intensive Services** is: ການບໍລິການແບບຮອບດ້ານ ພ້ອມກັບການບໍລິການແບບເຂັ້ມຂຸ້ນ], ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ, ແລະ/ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ABA)

ໜ່ວຍງານຊຸມຊົນທີ່ບໍ່ເປັນທາງການ (ເຊັ່ນ: ໂບດ / ສະມາຄົມ YMCA [Young Men's Christian Association) ສະມາຄົມຄຣິດສະຕຽນສຳລັບຊາວໜຸ່ມ], ສູນພັກຜ່ອນ)

ໂຮງຮຽນ: ຕາຕະລາງຮຽນປົກກະຕິແມ່ນຫຍັງ, ໃຜເປັນຜູ້ຕິດຕໍ່ຫຼັກຂອງໂຮງຮຽນ, ແລະ ຜູ້ຕິດຕໍ່ IEP/504)

ມີຂົງເຂດໃດແດ່ໃນການດູແລລູກຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຢາກເຫັນເປັນພິເສດ? ເລື່ອງນີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບເປົ້າໝາຍ / ວິໄສທັດໃນອະນາຄົດຂອງລູກທ່ານແນວໃດ?

ວິໄສທັດຂອງທ່ານສຳລັບສາມເດືອນທຳອິດ, ຫົກເດືອນທຳອິດ ແລະ ໜຶ່ງປີທຳອິດແມ່ນຫຍັງ?

ແຜນການດູແລ (ກິດຈະວັດປະຈຳວັນ, ຕາຕະລາງເວລາກາງຄືນ, ຄວາມຕ້ອງການໃນການເບິ່ງແຍງດູແລ)

ແຜນການເຂົ້າເຖິງເຕັກໂນໂລຊີ

ປະຈຸບັນລູກຄ້າສາມາດເຂົ້າເຖິງເຕັກໂນໂລຢີໃດແດ່, ຖ້າມີ? ກະລຸນາລວມເອົາແອັບໃດໆທີ່ເຂົາເຈົ້າໃຊ້, ລວມທັງກ້ອງຖ່າຍຮູບ / ວິດີໂອ.

ລູກຂອງທ່ານຈະນຳເອົາອຸປະກອນເຕັກໂນໂລຊີໃດໆ ມາໃຊ້ເມື່ອເຂົາເຈົ້າເຂົ້າຮັບການບໍລິການຂອງ OHS (Out of Home Services, ການບໍລິການນອກເຮືອນ) ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸເທັກໂນໂລຢີ, ລວມທັງແອັບ, ເກມ ແລະ ອື່ນໆ. ຖ້າໄອໜຸ່ມຂອງທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງໂທລະສັບມືຖືໄດ້, ກະລຸນາລະບຸເບີໂທລະສັບມືຖືດ້ວຍ.

ໄອໜຸ່ມຂອງທ່ານຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງເທັກໂນໂລຢີໄດ້ເມື່ອໃດ (ເຊັ່ນ ຫຼັງຈາກເຮັດວຽກບ້ານແລ້ວ, ຈົນຮອດ 20:00 ໂມງ?)

ລາວໜຸ່ມຈະໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໃຫ້ສື່ສານກັບໝູ່ເພື່ອນນອກໂຮງຮຽນແນວໃດ?

ຖ້າການຕິດຕໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກຕົວແທນທາງດ້ານກົດໝາຍຂອງລູກຄ້າ, ສິ່ງນີ້ຈະດຳເນີນການໄດ້ແນວໃດ?

ປັດຈຸບັນລູກຄ້າຕ້ອງການການກວດສອບໃນລະດັບໃດເມື່ອໃຊ້ງານເທັກໂນໂລຢີ (ເຊັ່ນ: ການມອງເຫັນໂດຍກົງ, ການຢູ່ໃກ້ຊິດ, ການກວດສອບອຸປະກອນປະຈຳວັນ)?

ມີຂໍ້ຈຳກັດໃດໆກ່ຽວກັບການໃຊ້ເທັກໂນໂລຢີບໍ (ເຊັ່ນ: ປະເພດຂອງວິດີໂອເກມ, ການເຂົ້າເຖິງເວັບໄຊຕ໌)?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າມີຂໍ້ຈຳກັດໃດໆ, ກະລຸນາລະບຸວ່າຂໍ້ຈຳກັດນັ້ນແມ່ນຫຍັງ ແລະ ເຕັກໂນໂລຢີໃດທີ່ມັນກຳລັງນຳໃຊ້. ລວມທັງເວລາ, ຢູ່ໃສ ແລະ ວິທີການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຂໍ້ຈຳກັດ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຂໍ້ຈຳກັດທັງໝົດຈະຕ້ອງໄດ້ບັນທຶກໄວ້ໃນໜ້າຈໍການດັດແປງໃນ CARE ແລະ ແກ້ໄຂໃນ PBSP (Positive Behavior Support Plan, ແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳໃນທາງບວກ).

ຂໍ້ຈຳກັດ່າງໆດລະຫວ່າງເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນຄ້າຍຄືກັນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງການຕັ້ງຄ່າທັງສອງແບບ.

ກະລຸນາລະບຸຄວາມກັງວົນທີ່ຂັດຂວາງການນຳໃຊ້ເຕັກໂນໂລຢີທີ່ປະສົບຜົນສຳເລັດ ແລະ ບໍ່ມີຂໍ້ຈຳກັດ?

ແຜນການຈະເປັນແນວໃດຖ້າລູກຄ້າບໍ່ປະຕິບັດຕາມຄວາມຄາດຫວັງດ້ານເຕັກໂນໂລຢີ?

ການສຶກສາທາງອິນເຕີເນັດ/ເຕັກໂນໂລຊີປະເພດໃດທີ່ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ OHS ຈະສະໜັບສະໜູນລູກຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົ້າເຖິງ?

ຖ້າມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການໃຊ້ງານດ້ານເທັກໂນໂລຢີຂອງລູກທ່ານຈະຢຸດຕິຂໍ້ຈຳກັດນັ້ນໄດ້ແນວໃດ?

ກະລຸນາລະບຸເປົ້າໝາຍດ້ານເຕັກໂນໂລຊີທີ່ຕ້ອງການ

☐ ຜູ້ຕາງໜ້າ ☐ ທາງດ້ານກົດໝາຍຂອງລູກຄ້າໄດ້ຮັບສຳເນົານະໂຍບາຍການນຳໃຊ້ເຕັກໂນໂລຊີຂອງໂຄງການແລ້ວ

ການນັດໝາຍທາງການແພດ (ການນັດໝາຍ, ການຂົນສົ່ງ, ການສື່ສານ)

ແບບຟອມຍິນຍອມທາງການແພດໄດ້ຊັ້ນແລ້ວບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ການວາງແຜນທາງການເງິນ*
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຊ່ວຍໃນການຄຸ້ມຄອງເງິນທຶນຂອງລູກຄ້າສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ລູກຄ້າຕ້ອງການ ການສະໜັບສະໜູນເພື່ອຮຽນຮູ້ທັກສະການຄຸ້ມຄອງເງິນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
* ພໍ່ແມ່ຍັງຄົງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປົກກະຕິທົ່ວໄປຂອງເດັກນ້ອຍ ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ອຸປະກອນການຮຽນ ແລະ ອື່ນໆເປັນຕົ້ນ.
ໄດ້ເລືອກຜູ້ຮັບເງິນຕົວແທນແລ້ວບໍ (ເລືອກຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ): ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸອັນທີທີ່ໜ້າວຽກນີ້ຈະສຳເລັດ: ໄດ້ຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຮັບເງິນປະກັນເສີມ (Supplemental Security Income, SSI) ແລ້ວບໍ? (ໃຊ້ໄດ້ພຽງຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ອັນທີຍື່ນເອກະສານ: ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸອັນທີທີ່ໜ້າວຽກນີ້ຈະສຳເລັດ: ອັນທແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງ: ເຖິງ
ການພິຈາລະນາທາງວັດທະນະທຳ / ໂອກາດຕ່າງໆ
ຊາວໜຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ຄອບຄົວມີການພິຈາລະນາທາງວັດທະນະທຳທີ່ສຳຄັນ ຫຼື ຄວາມມັກທາງວິນຍານ (ອັນພັກ, ອັນເກີດ, ໂອກາດທາງວັດທະນະທຳ/ທາງວິນຍານອື່ນໆ) ທີ່ຄວນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍວ່າ:
ອັນເກີດ: ຊາວໜຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ຄອບຄົວສະຫຼອງອັນເກີດແນວໃດ?
ອັນພັກ: ອັນພັກໃດແດ່ທີ່ມີຄວາມສຳຄັນຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ຄອບຄົວ?
ຊ່ວງພັກຮ້ອນ: ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວໄວໜຸ່ມເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການລະດູຮ້ອນ ຫຼື ກິດຈະກຳລະດູຮ້ອນອື່ນໆບໍ?
ແຜນການພັກຜ່ອນ:
ອື່ນໆ:

ແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວ	
ຄອບຄົວຈະຍັງຄົງຮັກສາການມີສ່ວນຮ່ວມໃນຊີວິດໄວໜຸ່ມຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ແນວໃດ?	
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບແຜນການຍ້ຽມຢາມຄອບຄົວບໍ?	
ຂ້າພະເຈົ້າ ຈະໄປຢ້ຽມຢາມລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຄັ້ງ/ເດືອນໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້: ສະຖານທີ່ OHS, ຊຸມຊົນ ຫຼື ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຄອບຄົວ.	
ໃນຖານະພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີກັບເງື່ອນໄຂທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ແລະ ຈະແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການບໍລິການສັງຄົມ DDA ຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າຊາບ ຖ້າມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນ. ແບບຟອມນີ້ສາມາດອັບເດດ ແລະ ແກ້ໄຂໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການ.	
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ / ຜູ້ປົກຄອງ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ	ວັນທີ

ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວ

ແບບຟອມນີ້ຄວນຈະຕື່ມໃຫ້ສຳເລັດພາຍໃນ 45 ວັນຫຼັງຈາກເຂົ້າສູ່ມື້ເຂົ້າຮັບການບໍລິການນອກບ້ານ. ພໍ່ແມ່, ນັກສັງຄົມສົງເຄາະ DDD (Division of Developmental Disabilities, ພະແນກຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາ) ແລະ
ອົງການທີ່ຢູ່ອາໄສ/ພໍ່ແມ່ລ້ຽງທີ່ມີພະນັກງານຄວນເຂົ້າຮ່ວມກອງປະຊຸມແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວ.
ພໍ່ແມ່ຄວນໄດ້ຮັບແບບຟອມນີ້ກ່ອນທີ່ເດັກຈະຍ້າຍເຂົ້າໄປໃນສະຖານທີ່.

ວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງແຜນການ: ວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງແຜນການແມ່ນວັນທີ່ແບບຟອມໄດ້ຖືກລົງນາມ.
ແບບຟອມຄວນໄດ້ຮັບການທົບທວນຄືນໃນຊ່ວງເວລາຂອງການປະເມີນປະຈຳປີ
ພ້ອມທັງໄດ້ຮັບການອັບເດດຕາມຄວາມຕ້ອງການໃນລະຫວ່າງການຢ້ຽມຢາມທຸກ 90 ວັນ.

ເລກທີ່ລະຫັດ ADSA: ໝາຍເລກທີ່ລະບົບສ້າງຂຶ້ນເມື່ອມີການບັນທຶກຂໍ້ມູນລູກຄ້າ.

ວັນທີສິ້ນສຸດ: 364 ມື້ນັບຈາກວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງແຜນການ.

ທີ່ພັກອາໄສຂອງເດັກ / ຊາວໜຸ່ມ: ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ.

ແພດ / ແພດແຂ້ວ: ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ແພດປະຈຸບັນ (ແພດປິ່ນປົວຂັ້ນຕົ້ນ) ແລະ ແພດແຂ້ວ.

ໂຮງຮຽນ: ຊື່ ແລະ ເລກທີ່ໂຮງຮຽນບ່ອນທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຂອງເດັກຕັ້ງຢູ່.

ບຸກຄົນອື່ນທີ່ສຳຄັນ: ທຸກໆຄົນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນຊີວິດຂອງເດັກ/ເຍົາວະຊົນ ທີ່ໄດ້ຮັບການຍິນຍອມຈາກພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງໃນການຕິດຕໍ່ ຫຼື ໄປຢ້ຽມຢາມເດັກ.

ໜ່ວຍງານຊຸມຊົນ ແລະ ການສະໜັບສະໜຸນຢ່າງເປັນທາງການ: ອະທິບາຍແຜນການສຳລັບການໃຫ້ການສະໜັບສະໜຸນເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ລະບຸວິທີການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ (ຕົວຢ່າງ, ພໍ່ແມ່ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຕໍ່ອາຍຸຄູບອງຄ່າຮັກສາທາງການແພດທຸກໆປີ).

ໜ່ວຍງານຊຸມຊົນນອກລະບົບ: ອະທິບາຍແຜນການສຳລັບການໃຫ້ການສະໜັບສະໜຸນເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ລະບຸວິທີການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ (ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່ອຸປະຖຳຈະພາເດັກໄປທີ່ YMCA ທຸກໆຕອນແລງວັນອັງຄານ ຕັ້ງແຕ່ 18:00-20:00 ໂມງແລງ).

ໂຮງຮຽນ: ອະທິບາຍວ່າໃຜຈະເປັນຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງໂຮງຮຽນ, ລະບຸວິທີທີ່ພໍ່ແມ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມ,
ການເຂົ້າຮ່ວມກອງປະຊຸມໂຄງການສຶກສາສ່ວນບຸກຄົນ (Individualized Education Program, IEP), ໂຄງການຫຼັງວິກຮຽນ,
ກິດຈະກຳນອກຫຼັກສູດ ແລະ ອື່ນໆ. ນອກຈາກນີ້ໃຫ້ລະບຸທັງລວມເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຕາຕະລາງການຮຽນທົ່ວໄປ.
ຖ້າປະຈຸບັນເດັກບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນເຂດໂຮງຮຽນທີ່ລາວ/ນາງກຳລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການນອກບ້ານ,
ໃຫ້ລະບຸຂໍ້ມູນຕິດຕໍຂອງ່ໂຮງຮຽນໃນປະຈຸບັນຂອງເດັກ ແລະ ວິທີການໂອນຍ້າຍເອກະສານ (ຖ້າມີ).

ຂົງເຂດຈຸດສຸມ ແລະ ເປົ້າໝາຍໃນອະນາຄົດ: ນີ້ແມ່ນໂອກາດທີ່ເດັກ ແລະ
ຄອບຄົວຈະໄດ້ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບເປົ້າໝາຍໃນການຟື້ນຟູກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ
ການສະໜັບສະໜຸນໃດແດ່ທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການສຸມໃສ.

ວິໄສທັດສຳລັບສາມເດືອນທຳອິດ, ຫົກເດືອນທຳອິດ ແລະ ໜຶ່ງປີທຳອິດ: ຄວາມຄາດຫວັງກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຄອບຄົວ ແລະ
ຊາວໜຸ່ມຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນສະພາບແວດລ້ອມການບໍລິການນອກບ້ານ. ຄວນລວມເອົາເປົ້າໝາຍ, ຄວາມຝັນ ແລະ
ຄວາມປາຖະໜາທີ່ຄອບຄົວມີຕໍ່ລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫຼື ສິ່ງທີ່ເດັກອາດຈະຕ້ອງການບັນລຸ.

ແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ: ລວມເອົາຂໍ້ມູນເຊັ່ນ: ຄວາມມັກໃນການແຕ່ງກາຍ, ການດູແລຕົວເອງ, ການແຕ່ງຕົວເຮັດເລັບ ແລະ ຜົມ,
ຄວາມມັກທາງດ້ານອັດທະນະທຳ, ກິດຈະອັດປະຈຳວັນກ່ອນເຂົ້ານອນ ແລະ ອື່ນໆເປັນຕົ້ນ.

ການນັດພົບທາງການແພດ: ລະບຸຜູ້ທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມ, ຈັດຫາການເດີນທາງ, ການສື່ສານ ແລະ
ກຳນົດລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການວາງແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວກ່ຽວກັບການນັດໝາຍທາງການແພດ.

ແຜນການເງິນ: ລະບຸວິທີການຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການເງິນຂອງເດັກ/ໄວໜຸ່ມ. ລະບຸຜູ້ທີ່ຈະເປັນຕົວແທນຜູ້ຮັບເງິນ.
ອະທິບາຍການຕັດສິນໃຈ ແລະ ແຜນການຂອງພໍ່ແມ່ກ່ຽວກັບການເງິນຂອງເດັກ/ຊາວໜຸ່ມ, ເຊັ່ນ: ການສ້າງບັນຊີຄວາມໄວ້ວາງໃຈ ABLE
(Achieving a Better Life Experience, ການບັນລຸຊີວິດທີ່ດີຂຶ້ນ), ບັນຊສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຝັງສົບ,
ເງິນອຸດໜູນເດັກ/ຊາວໜຸ່ມ, ເງິນອຸດໜູນເດັກ ແລະ ອື່ນໆ. ປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບພັນທະຂອງເດັກກ່ຽວກັບຫ້ອງພັກ ແລະ
ອາຫານໃນຮູບແບບຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ “ການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງລູກຄ້າ”. ໃບສະໝັກ SSI: ລະບຸວັນທີທີ່ຍື່ນໃບສະໝັກ SSI.
ສິ່ງນີ້ຈະຕ້ອງດຳເນີນພຽງຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຂັ້ນຕອນນີ້ຍັງບໍ່ທັນສຳເລັດ, ກະລຸນາລະບຸວັນທ ີ່ທີ່ພໍ່ແມ່ຈະເຮັດສຳເລັດໜ້າວຽກນີ້.

ແຜນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວ: ອະທິບາຍວ່າຄອບຄົວຈະມີສ່ວນຮ່ວມໃນຊີວິດໄວໜຸ່ມຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ແນວໃດ.
ລວມທັງແຜນການສຳລັບການໄປຢ້ຽມຢາມບ້ານພັກອາໄສ, ການພົບປະໃນຊຸມຊົນ, ການສື່ສານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ການໂທລະສັບ
ແລະ ອື່ນໆ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈະຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຢ້ຽມຢາມ ແລະ ການຕິດຕໍ່ເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ອະທິບາຍວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອໃດແດ່ທີ່ຈະໄດ້ຮັບນັ້ນ
ເຊັ່ນ: ການຈັດຫາການເດີນທາງ, ການຈັດຫາພະນັກງານໃນລະຫວ່າງການຕິດຕໍ່ບາງຄັ້ງ ແລະ ອື່ນໆ.