Washington State Department of Social & Health Services
DDA Developmental Disabilities Administration

“服务限度放宽”任务说明

Limitation Extension Task Explanation

个案当事人姓名	个案当事人出生日期

额外服务小时说明：凡您需要他人帮助的任务或治疗项目，请使用下表提供说明。必要时可使用附加表格。无论“您”出现在本资料的何处，均指代个案当事人本人。

治疗项目或任务的名称
接受此个人护理任务/治疗时，您需要哪类帮助？
此操作通常在一天的什么时候进行？如果不止一次，则列出所有时间。
此任务或治疗每月几次？
您需要多少人帮忙？
需要全体看护者多长时间的帮助（以分钟为单位）？
如可能，请说明此任务/治疗为何：1) 执行频率如此频繁；2) 需要占据额外时间；3) 需多个人的帮助；和/或 4) 需要这种其他同龄健全儿童所不需要的帮助？
任务或治疗的名称
执行此个人护理任务/治疗时，您需要哪类帮助？
此操作通常在一天的什么时候进行？如果不止一次，则列出所有时间。
此任务或治疗每月几次？

您需要多少人帮忙？
需要全体看护者多长时间的帮助（以分钟为单位）？
如可能，请说明此任务/治疗为何：1) 执行频率如此频繁；2) 占据额外时间；3) 需多个人的帮助；和/或 4) 需要其他同龄健全儿童所不需要的帮助？
任务或治疗的名称
接受此个人护理任务/治疗时，您需要哪类帮助？
此操作通常在一天的什么时候进行？如果不止一次，则列出所有时间。
此任务或治疗每月几次？
您需要多少人帮忙？
需要全体看护者多长时间的帮助（以分钟为单位）？
如可能，请说明此任务/治疗为何：1) 执行频率如此频繁；2) 占据额外时间；3) 需多个人的帮助；和/或 4) 需要其他同龄健全儿童所不需要的帮助？

“服务限度放宽”任务说明
方法说明

- 输入个案当事人的姓名。
- 输入个案当事人出生日期。

额外服务时间说明

对于您需要他人帮助的每个任务和每次治疗，请使用下表提供说明。您可根据需要使用这些表格，数量不限。“任务”指日常生活活动 (ADL) 或工具性日常生活活动 (IADL)。无论“您”出现在书面资料的何处，均指代个案当事人。

- 输入任务或治疗的名称。
- 输入接受任务或治疗当天的时间。如果一天发生多次，请记录每次发生的时间。
- 输入每月需完成此任务或治疗的次数。
- 输入帮助您执行此任务或接受治疗所需的人数
- 输入需要提供帮助的全体看护者多长时间的帮助（以分钟为单位）。

ADL 和 IADL 相关信息可在以下链接上找到：http://www.altsa.dshs.wa.gov/ClientInfo/

未接入 internet？请联系个案经理获取个人护理评估代码的副本。

说明此任务或治疗出现以下情况的原因：

- 执行频率如此频繁；
- 占据额外时间；
- 需多个人的帮助；和
- 需要帮助满足其他同龄健全儿童的以上和以外的需求？

为您接受的需要额外服务小时的每个任务和治疗执行此操作。您可使用任意数量的表格来描述您需要获得帮助的任务和治疗。