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

제한 연장 작업 설명

Limitation Extension Task Explanation

수혜자의 이름	수혜자 생년월일

추가 시간 설명: 타인의 도움이 필요한 각 작업이나 치료에 대해 아래의 차트를 이용하여 설명해주십시오. 필요한 경우 양식을 추가해서 사용하십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

작업 또는 치료의 명칭
본 개인 간병 작업/치료에 어떤 도움이 필요합니까?
이 작업/치료는 보통 어떤 시간에 실시됩니까? 여러 번 실시하는 경우 모든 시간을 기재해주십시오.
이 작업이나 치료를 한 달에 몇 번 수행해야 합니까?
귀하를 돕기 위해 몇 명의 사람이 필요합니까?
모든 간병인으로부터 몇 분 동안의 도움이 필요합니까?
이 작업 / 치료가 다음에 해당하는 이유가 있습니까? 1) 자주 수행해야 함, 2) 추가 시간이 필요함, 3) 두 사람 이상의 도움이 필요함, 4) 같은 나이에 장애를 갖지 않은 다른 아동이 필요한 것 이상의 도움이 필요함

작업 또는 치료의 명칭
이 개인 간병 작업 / 치료에 어떤 도움이 필요합니까?
이 작업/치료는 보통 어떤 시간에 실시됩니까? 여러 번 실시하는 경우 모든 시간을 기재해주십시오.
이 작업이나 치료를 한 달에 몇 번 수행해야 합니까?

귀하를 돕기 위해 몇 명의 사람이 필요합니까?
모든 간병인으로부터 몇 분 동안의 도움이 필요합니까?
이 작업 / 치료가 다음에 해당하는 이유가 있습니까? 1) 자주 수행해야 함, 2) 추가 시간이 필요함, 3) 두 사람 이상의 도움이 필요함, 4) 같은 나이에 장애를 갖지 않은 다른 아동이 필요한 것 이상의 도움이 필요함
작업 또는 치료의 명칭
본 개인 간병 작업/치료에 어떤 도움이 필요합니까?
이 작업/치료는 보통 어떤 시간에 실시됩니까? 여러 번 실시하는 경우 모든 시간을 기재해주십시오.
이 작업이나 치료를 한 달에 몇 번 수행해야 합니까?
귀하를 돕기 위해 몇 명의 사람이 필요합니까?
모든 간병인으로부터 몇 분 동안의 도움이 필요합니까?
이 작업 / 치료가 다음에 해당하는 이유가 있습니까? 1) 자주 수행해야 함, 2) 추가 시간이 필요함, 3) 두 사람 이상의 도움이 필요함, 4) 같은 나이에 장애를 갖지 않은 다른 아동이 필요한 것 이상의 도움이 필요함

제한 연장 작업 설명
작성요령

- 수혜자의 이름
- 수혜자 생년월일

추가 시간 설명:

타인의 도움이 필요한 각 작업이나 치료에 대해 아래의 양식을 이용하여 설명해주십시오. 필요한 경우 양식을 추가해서 사용하십시오. "작업"은 일상생활 활동(Activity of Daily Living, ADL) 또는 수단적 일상생활 활동(Instrumental Activity of Daily Living, IADL)입니다. ("귀하"라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.)

- 작업이나 치료 명칭을 기입하십시오.
- 이 작업/치료는 보통 어떤 시간에 실시되는지 기입하십시오. 여러 번 실시하는 경우 모든 시간을 기재해주십시오.
- 이 작업이나 치료를 한 달에 몇 번 수행해야 하는지 기입하십시오.
- 작업이나 치료를 돕기 위해 몇 명의 사람이 필요한지 기입하십시오.
- 모든 간병인으로부터 몇 분 동안의 도움이 필요한지 기입하십시오.

ADL 및 IADL 정보: http://www.altsa.dshs.wa.gov/ClientInfo/

인터넷에 접속하실 수 없습니까? 사례 관리자에게 개인 간병 평가 키 사본을 요청하십시오.

작업이나 치료가 다음에 해당하는 이유를 설명해주십시오.

- 자주 수행해야 함
- 추가 시간이 필요함
- 두 사람 이상의 도움이 필요함
- 같은 나이에 장애를 갖지 않은 다른 아동이 필요한 것 이상의 도움이 필요함

귀하께서 추가 시간이 필요한 각 작업과 치료에 대해 본 작업을 수행해주십시오. 도움이 필요한 작업과 치료를 설명하기 위해 필요한 만큼 양식을 사용하실 수 있습니다.