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

Обоснование необходимости дополнительных услуг

Limitation Extension Task Explanation

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА

Обоснование дополнительных часов услуг: Воспользуйтесь следующими графами для обоснования своих потребностей в помощи при выполнении каждого действия по уходу за собой и каждого вида лечения. При необходимости используйте дополнительные бланки. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО УХОДУ ЗА СОБОЙ ИЛИ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ
Какой вид помощи Вам необходим при выполнении этого действия по уходу за собой или лечения?
В какое время суток обычно возникает такая необходимость? Если более одного раза в сутки, укажите, в какое время.
Сколько раз в месяц Вам необходимо выполнять это действие по уходу за собой или получать данный вид лечения?
Сколько человек требуется для оказания Вам помощи?
Сколько минут потребуется всем помощникам для оказания Вам необходимой помощи?
Есть ли причины, по которым данное действие по уходу за собой или данный вид лечения: 1) необходимы столь часто; 2) требуют дополнительного времени; 3) требуют помощи со стороны двух или более людей; и (или) 4) требуют помощи сверх той, которая требуется другим детям того же возраста, не являющимся инвалидами?

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО УХОДУ ЗА СОБОЙ ИЛИ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ
Какой вид помощи Вам необходим при выполнении этого действия по уходу за собой или лечения?
В какое время суток обычно возникает такая необходимость? Если более одного раза в сутки, укажите, в какое время.
Сколько раз в месяц Вам необходимо выполнять это действие по уходу за собой или получать данный вид лечения?

Сколько человек требуется для оказания Вам помощи?

Сколько минут потребуется всем помощникам для оказания Вам необходимой помощи?

Есть ли причины, по которым данное действие по уходу за собой или данный вид лечения: 1) необходимы столь часто; 2) требуют дополнительного времени; 3) требуют помощи со стороны двух или более людей; и (или) 4) требуют помощи сверх той, которая требуется другим детям того же возраста, не являющимся инвалидами?

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО УХОДУ ЗА СОБОЙ ИЛИ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ

Какой вид помощи Вам необходим при выполнении этого действия по уходу за собой или лечения?

В какое время суток обычно возникает такая необходимость? Если более одного раза в сутки, укажите, в какое время.

Сколько раз в месяц Вам необходимо выполнять это действие по уходу за собой или получать данный вид лечения?

Сколько человек требуется для оказания Вам помощи?

Сколько минут потребуется всем помощникам для оказания Вам необходимой помощи?

Есть ли причины, по которым данное действие по уходу за собой или данный вид лечения: 1) необходимы столь часто; 2) требуют дополнительного времени; 3) требуют помощи со стороны двух или более людей; и (или) 4) требуют помощи сверх той, которая требуется другим детям того же возраста, не являющимся инвалидами?

Обоснование необходимости дополнительных услуг
Инструкции

- Впишите имя и фамилию клиента.
- Впишите дату рождения клиента.

Обоснование дополнительных часов услуг

Воспользуйтесь этой формой для обоснования своих потребностей в помощи при выполнении каждого действия по уходу за собой и каждого вида лечения. Вы можете использовать столько бланков, сколько Вам нужно. «Действие» означает «действие по удовлетворению повседневных нужд» (ADL) или «инструментальное действие по удовлетворению повседневных нужд» (IADL). (Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.)

- Укажите наименование действия по уходу за собой или вида лечения.
- Укажите, в какое время суток возникает необходимость в этом действии по уходу за собой или лечении. Если такая необходимость возникает чаще одного раза в сутки, укажите все времена суток, в которые она возникает.
- Укажите, сколько раз в месяц Вам необходимо выполнять это действие по уходу за собой или получать данный вид лечения.
- Укажите, сколько человек требуется для оказания Вам помощи в выполнении данного действия по уходу за собой или лечении.
- Укажите, сколько минут потребуется всем помощникам для оказания Вам необходимой помощи.

Информация об ADL и IADL имеется на веб-сайте: http://www.altsa.dshs.wa.gov/ClientInfo/

Нет доступа в интернет? Попросите своего менеджера по уходу выдать Вам экземпляр «Ключей проверки персонального ухода» (Personal Care Assessment Key).

Укажите причины, по которым данное действие по уходу за собой или данный вид лечения:

- необходимы столь часто;
- требуют дополнительного времени;
- требуют помощи со стороны двух или более людей;
- требуют помощи сверх той, которая требуется другим детям того же возраста, не являющимся инвалидами.

Укажите эти сведения для каждого действия по уходу за собой и каждого вида лечения, в которых Вам необходима дополнительная помощь. Для описания действий по уходу за собой и видов лечения, в которых Вам необходима дополнительная помощь, Вы можете использовать столько бланков, сколько Вам нужно.