



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

个人服务计划定期审阅

Periodic Review of Individual Service Plan (RCW 74.13.350)

听证/复审类别			
儿童 / 青少年发展残障患者的持续离家安置			
听证/复审日期与时间	报告日期	报告期	至
身份识别情况			
儿童姓名	出生日期	年龄	个案号码
安置地点			
族裔 (请勾选所有适用选项)			
<input type="checkbox"/> 非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 美国本土印地安人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 其它族裔			
根据日期为____的个人服务与安全计划(ISSP)最初报告书之附件A, 该名儿童为美国本土印地安人。			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果该名儿童不是美国本土印地安人, 则可从随后的报告书中删除附件A。)			
安置类别	原先复审听证之日期	该名儿童当前的法定身份	
自愿安置		对儿童有监护权者: <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲	
		<input type="checkbox"/> 父母双方 <input type="checkbox"/> 其他	
有关的主要当事人			
母亲姓名		电话号码	
母亲地址		城市	州 邮政编码
母亲之律师的姓名		电话号码	
母亲之律师的地址		城市	州 邮政编码
父亲姓名		电话号码	
父亲的地址		城市	州 邮政编码
父亲之律师的姓名 (若与以上姓名不同, 则请填写)		电话号码	
父亲之律师的地址 (若与以上地址不同, 则请填写)		城市	州 邮政编码
诉讼监护人姓名		电话号码	
诉讼监护人地址		城市	州 邮政编码
发展残障服务管理处社会工作人员姓名		电话号码	
发展残障服务管理处社会工作人员地址		城市	州 邮政编码
首席助理检察官姓名			

文件分发如下: 正本 - 青少年法庭或其它审核机构;

副本 - 个案档案存盘、有监护权家长、住宿看护服务提供者、儿童 (12岁以上)、个案管理员律师、诉讼监护人

个案背景

A. 目前安置的开始日期：

B. 该名儿童最初安置的原因如下：

C. 最初确定的儿童/家庭需求为（应考虑医疗、教育、安置环境、心理和精神、族裔背景和文化背景方面的需求）：

D. 最初为避免离家安置而许诺并（或）已提供的服务（请描述为避免离家安置而已经许诺并提供的服务。如果并未许诺或提供此类服务，请说明原因）：

E. 在儿童最初安置时，已对安置资源进行过考虑，或者设法安排限制程度最低的离家安置环境：

为新复审期所重新建议的个案计划（但经法庭颁令而修订的情况除外）

A. 为即将来临的报告期而确定永久安置计划

- 返家 亲属安置 亲属监护
 寄养家长监护 长期寄养看护安置协议

取决于相关措施、进展情况及各当事方合作的目前永久安置计划之暂定完成日期为：

建议 - 该名儿童的法定身份

自愿安置以继续离家照管，同时让家长保持监护权。

B. 建议 - 安置

1. 居家支持成套服务，原因如下：

2. 离家安置，原因如下：

3. 讨论所建议的离家安置类别；并讨论以上B.2.部份中所述的建议安置环境为何为限制程度最低且家长住宅、儿童就读的学校，因而符合该名儿童的最佳利益和特殊需求。

社会地位概况

附件

- 关于美国本土印地安人身份之附件A
- 一份华盛顿州修正法规RCW 74.13.350文件
- 自愿安置协议书
- 发展残障服务管理处评估
- 共同承担子女养育责任计划
- 个人化教育计划(IEP)
- 其它：

提交者：

发展残障服务管理处(DDA)社会工作人员的姓名

日期

发展残障服务管理处(DDA)自愿安置服务负责人之姓名

日期

向以下家长提供文件副本：

_____ 日期 _____
母亲

_____ 日期 _____
父亲

曾于_____向持照服务提供者寄送文件副本