



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION
개인서비스계획의 정기 수혜자격 재심
 Periodic Review of Individual Service Plan (RCW 74.13.350)

심의회/재심 형식			
위탁 시설/가정에 배치된 발달장애 아동/청소년 보호 지속 여부			
심의회/재심 날짜 및 시간	보고 날짜	보고 기간	
개인신상 정보			
아동 이름	생년월일	연령	사례 번호
위탁 가정			
인종(해당 항목에 표시하십시오) <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 기타 이 아동은 일에 당초 개인서비스계획 별첨 A에 따른 아메리칸 인디언입니까? _____ <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (본 아동이 아메리카 원주민 인디언이 아니면 후속 보고서에는 별첨 A를 삭제할 수 있습니다.)			
배정 유형 자발적 위탁 배치	이전 재심 심의회일	아동의 현 법적 신분 양육자: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 아버지와 어머니 <input type="checkbox"/> 기타	
주요 관계인			
어머니 이름		전화번호	
어머니의 우편 주소		시	주 우편번호
어머니 법적 대리인의 이름		전화번호	
어머니 법적 대리인의 주소		시	주 우편번호
아버지의 이름		전화번호	
아버지의 우편 주소		시	주 우편번호
아버지 법적 대리인의 이름(상기와 다를 경우)		전화번호	
아버지 법적 대리인의 주소(상기와 다를 경우)		시	주 우편번호
임시 보호자의 이름		전화번호	
임시 보호자의 주소		시	주 우편번호
DDA 사회복지사의 이름		전화번호	
DDA 사회복지사의 주소		시	주 우편번호
경찰 보좌관 이름			

배부: 원본 - 소년법원 또는 기타 재심 주체

사본 - 사례 파일, 양육 부/모, 위탁가정 서비스 제공자, 아동(12세 이상), 사례담당자 법적 대리인, 임시 보호자

사례 배경

A. 현재 배치 사건 개시 일자:

B. 아동을 당초에 배치했던 이유:

C. 확인된 아동/가족에게 필요한 사항(의료, 교육, 환경, 심리, 인종 및 문화적 필요성을 고려할 것).

D. 아동이 위탁 배치되는 것을 방지하기 위해 당초 제시한 또는 제공한 서비스(위탁 배치를 방지하기 위해 제시 및 제공된 서비스 결과를 명기할 것. 아동이 위탁 배치되는 것을 방지하기 위한 서비스가 제공되지 않았다면 이유를 설명할 것):

E. 아동을 집이 아닌 곳에 원래 배치할 당시 가장 덜 제한적인 환경에 배치하려고 고려했던 장소:

새로운 재심 기간을 위한 사례 계획(법원 명령에 의해 수정된 것은 제외)

A. 향후 보고 기간에 대한 영구 계획

- 귀가 조치 친척집 배치 친척이 보호 양육
- 위탁 부모가 보호 양육 장기 위탁보호 동의

조치, 진전 사항 및 관련 인물의 협조를 감안한 현재의 영구적인 계획에 대한 잠정적인 완료 조치:

권장 - 아동의 법적 신분

부/모의 양육권을 유지하면서 아동을 집이 아닌 다른 곳에 자발적으로 배치

B. 권장 - 배치

- 1. 자택 내 포괄적 지원 서비스. 이유:

2. 아동을 집이 아닌 다른 곳에 배치. 이유:

3. 권장한 배치(자택이 아닌) 유형과 어떻게 위의 B.2의 배치가 아동의 권익과 장애문제를 최대한 안전하게 충족시킬 수 있고 아동의 가정과 학교와 가장 근접한, 최소한의 제한 조치인지 거론.

사회적 신분 요약

첨부자료

- 아메리칸 인디언 신분 관련 자유 별첨 A
- RCW 74.13.350 사본
- 자발적 배치 합의서(Voluntary Placement Agreement)
- DDA 평가
- 분담 양육 계획
- IEP
- 기타:

제출자:

이 안내문은 발달장애행정국(DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION, DDA) 사회복지사 이름

날짜

DDA 자발적 배치 서비스 책임자 이름

날짜

부모에게 사본 제공:

_____ 날짜 _____
어머니

아버지

날짜

유면허 서비스 제공자에게 사본 발송. 날짜: _____