

주의력: 본 문서는 FamLink의 전자 양식입니다. 본 워드(Word) 버전은 FamLink를 이용할 수 없을 때만 사용해야 합니다.



방문 계획 Visit Plan

	날짜	방문 계획 ID
위탁 담당 CA 직원 이름	전화번호(및 지역번호)	
CA 직원 이메일	DSHS 사무소	팩스번호(및 지역번호)
CA 감독자의 이름	전화번호(및 지역번호)	

방문 유형

- 방문 유형:** 부모/ 아동 방문 형제자매 방문
- 방법:** 대면 전자 대면 및 전자
- 교통비:** 교통비 제공 교통비 미제공 교통비만 제공
- 제공자 유형:** 계약한 친인척/ 적합한 성인 보육자 양부모 사례 보조자 / 인턴
- 자원봉사자 기타
- 우선 제공자:
- 계획 / 위탁의 이유** 초기 재위탁 - 부모가 3일 연속 방문에 모습을 드러내지 않거나 약속을 지키지 않았다
- 재위탁 - 제공자가 서비스 제공을 그만두었다 갱신- 방문 위치, 빈도, 기간 또는 감독 수준 변경
- 재허가 - 모든 감독자 동행 방문, 3달에 1번씩

감독 수준

- 무감독
- a. 부모는 주요 보육자이고 방문 기간 동안 아동을 안전하게 돌보려는 의지와 능력을 보여줄 수 있다.
 - b. 지시가 있으면 안전 계획을 수립해서 안전 위협을 관리해야 한다.
- 유감시
- a. 방문 기간 동안에 현장에 있다
 - b. 부모와 아동의 상호작용을 보고 들을 수 있는 장소에서 정기적 점검을 시행한다
 - c. 필요하다면 언제든지 간섭할 수 있다.
- 유감독
- a. 방문 중에 항상 모든 방문 당사자와 아동의 모습과 소리를 바로 보고 들을 수 있는 거리 안에 있다
 - b. 부모와 아이가 화장실을 사용해야 할 경우가 있으므로 휴게실에 갈 때 부모와 모든 아동에게 방문 서비스 직원이 동행해야 한다.
 - c. 형제자매 방문은 CA 직원의 지시가 있지 않은 한 감독 대상이다.

무감독 방문을 할 수 없는 이유를 설명하십시오. 계약한 감독 및 교통 지원을 선택하기 전에 살펴본 모든 자원에 대해 설명해주시고 비계약 제공자를 사용할 수 없는 이유도 설명해주시고.

빈도수와 기간

주당/월당 몇 번 방문하십니까? _____당 _____ 시간. 각 방문 시간은? _____ 시간
 _____ (날짜) 현재 승인된 밤샘 방문
 방문 시간을 타협할 수 있습니까?
 예
 아니오, 원하는 방문 날짜와 시간을 알려주십시오.

다음과 같은 내용의 법원 명령:

방문에 참가한 아동들

아동의 이름/ 개인 ID	사례 ID	원래 배치일 (OPD)	연령	성별	아동의 몸무게 (자동차 유아용 의자 선택을 위해 필요한 정보)	알려진 알레르기(알레르기가 있다면, 아래의 사례별 지시사항에 구체적으로 적어주십시오)
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름

방문에 참여한 부모 / 후견인

이름	이메일	전화번호	주요 사용 언어	필요한 통역관
				<input type="checkbox"/>

기타 승인된 방문 참가자

이름	귀하와의 관계	전화번호

허용되는 방문 장소

가장 제약이 적은 환경에서 방문이 이루어져야 합니다. 고위험군 가족의 경우에는 DSHS 사무소를 예약해야 합니다.

장소명	주소

방문별 지시사항

다음은 포함해 아동의 건강과 안전 정보에 관한 특별한 방문 조건/제약을 확인하십시오.

- 발달 요구, 알레르기, 의료적 치료 요구, 식이 제한 등.
- 방문 취소, 방문 일정 조정, 도착 시간 등에 관한 방문 규칙을 포함해 방문 기간 중에 예상되는 부모 행동.
- 방문 참가자들이 방문 중에 외출할 수 있는지 여부를 명시하십시오.
- 방문/연락이 전자 방문(Skype, Face Time, Prison Video Visit)이라면, 컴퓨터 또는 기타 미디어 장치 이용에 관한 특정한 정보를 제공해주십시오.
- 방문이 교정 시설에서 이루어진다면, 아동과 동행해도 된다는 허락을 얻기 위한 정보를 제공해주십시오. DOC 홈페이지 <http://www.doc.wa.gov> 를 방문해서 “가족과 친구(Family and Friends)” 탭을 선택하시면 됩니다.

CA 직원의 서명	날짜	부모의 서명	날짜
부모의 서명	날짜	부모의 서명	날짜