

تاريخ الانتهاء	تاريخ سريان الخطة	DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA) خطة مشاركة الطفل والأسرة Child and Family Engagement Plan		 Washington State Department of Social & Health Services Transforming lives
رقم تعريف إدارة خدمات الشبخوخة والإعاقة	الاسم القانوني للطفل/الشباب			
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	مقر إقامة الطفل/الشباب	
رقم الهاتف (المنزل، العمل، الهاتف المحمول)	الاسم			
			ولي الأمر/الوصي القانوني	
			ولي الأمر/الوصي القانوني	
			مُقدِّم الخدمة المرخص أو المعتمد	
			جهة الاتصال في حالات الطوارئ	
			الطبيب	
			طبيب الأسنان	
			الاختصاصي	
			اسم جهة الاتصال الخاصة ببرنامج التعليم الفردي/504	
			الممثل المدفوع له	
رقم الهاتف (المنزل، العمل، الهاتف المحمول)	العلاقة بالطفل		أشخاص آخرون مهمون (الأسرة، والأصدقاء، والجيران)	
وكالات المجتمع وجهات الدعم الرسمية (أي برنامج العمل لدعم التعليم ((WISE، و/أو مُقدِّم خدمات الصحة النفسية و/أو مُقدِّم خدمة تحليل السلوك التطبيقي ((ABA))				
وكالات المجتمع غير الرسمية (أي الكنيسة/جمعية الشبان المسيحيين/مركز الترفيه)				
المدرسة: ما هو جدول المدرسة النموذجي، ومن هو جهة الاتصال الأساسية للمدرسة، وجهة الاتصال الخاصة ببرنامج التعليم الفردي/504؟				
هل هناك مجالات تود التركيز عليها بشأن رعاية طفلك؟ كيف يرتبط ذلك بأهداف/رؤية طفلك المستقبلية؟				
ما هي روتينك لأول ثلاثة أشهر، وأول ستة أشهر، وأول عام؟				

خطة الرعاية (الروتين اليومي، والجدول الليلية، وتفضيلات الرعاية)

المواعيد الطبية (الجدولة، والنقل، والاتصالات)

هل تم التوقيع على نموذج الموافقة الطبية؟ نعم لا

التخطيط المالي*

هل يساعد مُقَدِّم الخدمة في إدارة أي جزء من أموال العميل؟ نعم لا
هل يحتاج العميل إلى دعم لاكتساب مهارات إدارة الأموال؟ نعم لا

* يتحمل أولياء الأمور مسؤولية التكاليف الروتينية والنموذجية للأطفال، مثل الملابس، واللوازم المدرسية، وما إلى ذلك.

هل تم تحديد الممثل المدفوع له (مرة واحدة فقط): نعم لا
إذا كانت الإجابة بلا، فيُرجى تقديم التاريخ الذي سيتم إنجاز هذه المهمة بحلوله:
هل تم تقديم طلب دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ (مرة واحدة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فالتاريخ المُقَدَّم:
إذا كانت الإجابة بلا، فيُرجى تقديم التاريخ الذي سيتم إنجاز هذه المهمة بحلوله:

الاعتبارات/المناسبات الثقافية

هل هناك اعتبارات ثقافية أو تفضيلات روحية مهمة (أعياد، أو أعياد ميلاد، أو مناسبات ثقافية/روحية أخرى) لدى الشاب و/أو الأسرة ينبغي لمُقدِّم الخدمة دعمها؟
 نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى التوضيح:

أعياد الميلاد: كيف يحتفل الشاب و/أو الأسرة بأعياد الميلاد؟

العطلات: ما الأعياد ذات الأهمية بالنسبة للشباب و/أو الأسرة؟

العطلة الصيفية: هل يحضر الشاب عادةً برنامجًا صيفيًا أو أنشطة صيفية أخرى؟

خطط العطلات:

غير ذلك:

خطط مشاركة الأسرة

كيف تحافظ الأسرة على مشاركتها في حياة الشاب؟

هل يحتاج مُقدِّم الخدمة المرخص أو المعتمد إلى تقديم المساعدة بشأن خطط الزيارة الأسرية؟

سأقوم أنا بزيارة طفلي من المرات/شهر في الأماكن التالية: منشأة الصحة والسلامة المهنية (OHS)، أو منشأة مجتمعية، أو في منزل الأسرة.

بصفتي ولي أمر/الوصي على طفلي، أو أفق على الشروط الموضحة أعلاه وسأبلغ اختصاصي ومُقدِّم الخدمة الاجتماعية لإدارة الإعاقات النمائية لدى طفلي في حالة حدوث تغييرات. ومن ثم يمكن تحديث هذا النموذج ومراجعته حسب الحاجة.

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ

توقيع مُقدِّم الخدمة المرخص أو المعتمد

التاريخ

تعليمات خطة مشاركة الأسرة

ينبغي إكمال هذا النموذج في غضون 45 يومًا من الحصول على الخدمات المُقدّمة خارج المنزل. كما ينبغي لولي الأمر، والأخصائي الاجتماعي في إدارة الإعاقات النمائية (DDD)، ووكالة السكن/ولي الأمر المتبني حضور اجتماع خطة مشاركة الأسرة. ومن ثم ينبغي تقديم هذا النموذج لأولياء الأمور قبل انتقال الطفل إلى مكان الإلحاق.

تاريخ سريان الخطة: تاريخ سريان الخطة هو تاريخ التوقيع على النموذج. لذا ينبغي مراجعة النموذج أثناء التقييم السنوي وتحديثه حسب الحاجة خلال الزيارات التي تستغرق 90 يومًا.

رقم تعريف إدارة خدمات الشيخوخة والإعاقة: الرقم الذي تم إنشاؤه من قِبَل النظام عند إنشاء سجل العميل.

تاريخ الانتهاء: 364 يومًا من تاريخ سريان الخطة.

مقر إقامة الطفل/الشاب: موقع الإقامة المرخصة أو المعتمدة.

الطبيب/طبيب الأسنان: الطبيب الحالي (طبيب الرعاية الأولية) ومعلومات التواصل مع طبيب الأسنان.

المدرسة: اسم المدرسة ورقمها حيث يقع مقر إقامة الطفل المرخص أو المعتمد.

الأشخاص الآخرون المهمون: جميع الأشخاص الذين يشاركون في حياة الطفل/الشاب والذين حصلوا على موافقة ولي الأمر/الوصي على التواصل مع الطفل أو زيارته.

وكالات المجتمع وجهات الدعم الرسمية: حدّد خطة تقديم هذه الدعم وكيفية تنفيذ ذلك (على سبيل المثال، يتحمل ولي الأمر مسؤولية تجديد القسيمة الطبية سنويًا).

وكالات المجتمع غير الرسمية: حدّد خطة تقديم هذه الدعم وكيفية تنفيذ ذلك (على سبيل المثال، سينقل ولي الأمر المتبني الطفل إلى جمعية الشبان المسيحيين كل مساء ثلاثاء من الساعة 6 حتى 8 مساءً).

المدرسة: حدّد من سيتولى تنسيق الخدمات المدرسية، وكيف سيشارك ولي الأمر، ومن سيحضر اجتماعات برنامج التعليم الفردي (IEP)، ومن سيشارك في برامج ما بعد المدرسة، والأنشطة اللامنهجية، وما إلى ذلك، واحرص أيضًا على تضمين معلومات تتعلق بجدول المدرسة النموذجي. وإذا لم يكن الطفل مسجلاً في منطقة المدرسة حاليًا حيث يتلقى الخدمات المُقدّمة خارج المنزل، فاحرص على تضمين معلومات الاتصال بالمدرسة الحالية للطفل وكيف سيتم نقل السجلات (إن أمكن).

مجالات التركيز والأهداف المستقبلية: هذه فرصة سانحة للطفل والأسرة لمناقشة الأهداف التأهيلية مع مُقدّم الخدمة وأبن يرغوبون في تركيز الدعم.

الرؤية لأول ثلاثة أشهر، وأول ستة أشهر، وأول عام: التوقعات بشأن ما تأمل الأسرة والشباب في الحصول عليه أثناء الحصول على "الخدمات المُقدّمة خارج المنزل". واحرص على تضمين أهداف الأسرة، وأحلامها، ورغباتها بشأن طفلها، أو تلك التي قد يرغب الطفل في تحقيقها.

خطة الرعاية: احرص على تضمين معلومات، مثل تفضيلات الملابس، وروتين العناية الشخصية، وإجراءات العناية بالأظافر والشعر، والتفضيلات الثقافية، وروتين وقت النوم، وما إلى ذلك.

المواعيد الطبية: حدّد الأشخاص الذين سيحضرون وضع خطة مشاركة الأسرة فيما يتعلق بالمواعيد الطبية، وينقلونها، ويوزعونها، ويخططون لها.

الخطة المالية: حدّد كيف تتم تلبية الاحتياجات المالية للطفل/الشاب. وحدّد من سيعمل كممثل مدفوع له. واحرص على توضيح قرارات ولي الأمر وخطته بشأن الشؤون المالية للطفل/الشاب، مثل إنشاء حساب استئمان ABL، وحساب دفن، وبدلات للطفل/الشاب، ونفقة الطفل، وما إلى ذلك. ولا تنس مناقشة التزام الطفل فيما يتعلق بالسكن والطعام في صورة تكاليف "مشاركة العميل". طلب الحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI): قدّم تاريخ تقديم طلب الحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI). سيطلب هذا منك مرة واحدة فقط. وفي حالة عدم إكمال هذه الخطوة، يُرجى تضمين التاريخ المقرر لإنجاز ولي الأمر لهذه المهمة.

خطة مشاركة الأسرة: حدّد كيفية مشاركة الأسرة في حياة الشاب. بما في ذلك خطة الزيارات السكنية، واللقاءات المجتمعية، والاتصالات الكتابية، والمكالمات الهاتفية، وما إلى ذلك. وإذا كان مُقدّم الخدمة سيساعد في هذه الزيارات والاتصالات، فيرجى توضيح المساعدة المقرر تقديمها، أي توفير خدمات النقل والموظفين أثناء اتصالات معينة وما إلى ذلك.