

**План залучення дітей та родин**  
**Child and Family Engagement Plan**

ДАТА НАБУТТЯ  
ПЛАНОМ ЧИННОСТІ

ДАТА ЗАКІНЧЕННЯ  
ТЕРМІНУ ДІЇ ПЛАНУ

ОФІЦІЙНЕ ІМ'Я ДИТИНИ/ПІДЛІТКА

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ  
НОМЕР В ПРОГРАМІ ADSA

МІСЦЕ МЕШКАННЯ ДИТИНИ/ПІДЛІТКА

МІСТО

ШТАТ

ПОШТОВИЙ КОД

**Прізвище та ім'я**

**Номер телефону  
(домашній, робочий, мобільний)**

Батько або мати / офіційний опікун

Батько або мати / офіційний опікун

Ліцензований або сертифікований  
постачальник послуг

Особа для зв'язку в екстреному випадку

Лікар

Стоматолог

Спеціаліст

Контактна особа за індивідуальним  
планом навчання IEP / планом 504

Представник для отримання грошей

**Близькі люди (члени родини, друзі або  
сусіди)**

**Відношення до дитини**

**Номер телефону  
(домашній, робочий, мобільний)**

ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОФІЦІЙНІ СЛУЖБИ ПІДТРИМКИ (НАПРИКЛАД, ОРГАНІЗАЦІЯ WISE, ПОСТАЧАЛЬНИК ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА/АБО СЛУЖБА АВА)

НЕФОРМАЛЬНІ ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ (НАПРИКЛАД, ЦЕРКВА / УМСА / ЦЕНТР ДОЗВІЛЛЯ)

МІСЦЕ НАВЧАННЯ: НАВЕДІТЬ ТИПОВИЙ РОЗКЛАД ЗАНЯТЬ, ЗАЗНАЧТЕ ОСНОВНУ КОНТАКТНУ ОСОБУ ЗА МІСЦЕМ НАВЧАННЯ ТА КОНТАКТНУ ОСОБУ ЗА ПЛАНОМ IEP/504?

ВИЗНАЧТЕ СФЕРИ ДОГЛЯДУ ЗА ВАШОЮ ДИТИНОЮ, НА ЯКИХ ВИ ХОТІЛИ Б ЗОСЕРЕДИТИ УВАГУ? ЧИ ПОВ'ЯЗАНА ВОНА З ЦІЛЯМИ / БАЧЕННЯМ ВАШОЇ ДИТИНИ НА МАЙБУТНЄ? ПОЯСНІТЬ.

ЯКИМИ Є ВАШІ ОЧІКУВАННЯ НА ПЕРШІ ТРИ МІСЯЦІ, ПІВРОКУ, РІК?

**План догляду (денний розклад, нічний розклад, побажання щодо догляду)**

**Візити до медичних закладів (планування, транспортування, зв'язок)**

Чи підписана форма медичної згоди?  Так  Ні

**Фінансове планування\***

Чи допомагає постачальник послуг керувати коштами клієнта, зокрема частково?  Так  Ні

Чи потребує клієнт підтримки для набуття навичок керування грошима?  Так  Ні

\* Відповідальними за звичайні/типові витрати на дітей, тобто за одяг, шкільне приладдя тощо, залишаються батьки.

Чи був обраний Представник для отримання грошей (тільки один раз):  Так  Ні

Якщо ні, наведіть дату, до якої це завдання буде виконано:

Заяву на отримання додаткового соціального доходу подано (SSI)? (лише один раз)  Так  Ні

Якщо так, зазначте дату подання:

Якщо ні, наведіть дату, до якої це завдання буде виконано:

**Культурна приналежність / спеціальні заходи**

Чи має підліток та/або його сім'я індивідуальні культурні особливості або духовні уподобання (свята, дні народження, інші культурні/духовні події), які їхній постачальник має вшановувати?  Так  Ні

Якщо так, поясніть.

Дні народження: Як підліток та/або його сім'я святкує дні народження?

Свята: Які свята є важливими для підлітка та/або його сім'ї?

Літні канікули: Чи відвідує підліток, зазвичай, літні навчальні програми або інші літні заходи?	
Плани на канікули:	
Інше:	
<b>Плани сім'ї щодо участі в житті підлітка</b>	
Яким чином сім'я забезпечуватиме участь у житті підлітка?	
Чи мусить ліцензований або сертифікований постачальник послуг надавати допомогу під час складання планів відвідування сім'ї?	
Я _____ відвідуватиму мою дитину _____ разів / місяць у таких умовах: У місці обслуговування поза домом (OHS), у громадському місці або в домі мешкання сім'ї.	
Як батько/мати/опікун моєї дитини, я погоджуюсь з умовами, викладеними вище; я повідомлятиму фахівця із соціальної роботи Адміністрації DDA та постачальника послуг для моєї дитини про будь-які зміни. Ця форма може бути переглянута та оновлена за необхідності.	
ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ/ОПІКУНА	ДАТА
ПІДПИС ЛІЦЕНЗОВАНОГО АБО СЕРТИФІКОВАНОГО ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ	ДАТА

## **Інструкція до Плану залучення родини**

Ця форма має бути заповнена протягом 45 днів після надходження підлітка до програми догляду поза домом (Out of Home Services). На зустрічах у рамках реалізації плану залучення родини присутніми мають бути батьки, соціальний працівник підрозділу у справах інвалідів з дитинства (DDD) та працівники інтернатного закладу/приймні батьки. Батьки мають отримати цю форму до того, як дитина буде влаштована поза родину.

**Дата набуття планом чинності:** Датою набуття планом чинності є дата підписання форми. Форма має переглядатися під час щорічної оцінки стану підлітка, а також, за необхідності, оновлюватися під час візитів через кожні 90 днів.

**Ідентифікаційний номер в програмі ADSA:** Номер, що генерується системою під час створення облікового запису клієнта.

**Дата закінчення:** За 364 дні з дати набуття планом чинності.

**Місце мешкання дитини / підлітка:** Місцезнаходження зареєстрованого або засвідченого місця мешкання.

**Лікар / Стоматолог:** Контактна інформація поточного лікаря (постачальника первинних медичних послуг) та стоматолога.

**Місце навчання:** Назва та номер навчальної установи, до якої належить зареєстроване або засвідчене місце проживання дитини.

**Близькі люди:** Будь-які особи, які беруть участь у житті дитини/підлітка, які мають згоду батьків/опікунів на контакт або відвідування дитини.

**Громадські організації та офіційні служби підтримки:** Визначте план надання такої підтримки, а також те, яким чином вона буде надаватися (наприклад, відповідальність за щорічне поновлення медичного талону нестимуть батьки).

**Неформальні громадські організації:** Визначте план надання такої підтримки, а також те, яким чином вона буде надаватися (наприклад, патронатні батьки привозитимуть дитину до відділення YMCA кожного вечора вівторка з 18:00 до 20:00).

**Місце навчання:** Визначте, хто буде координувати шкільні послуги, яким чином будуть залучені батьки, яким чином буде відбуватися відвідування зустрічей за індивідуальним планом навчання (ІЕР), позакласних програм, позашкільних заходів тощо. Так само надайте інформацію про типовий розклад шкільних занять. Якщо дитина наразі не зареєстрована в шкільному окрузі, у якому вона отримує послуги поза домом, вкажіть поточну контактну інформацію школи, в якій навчається дитина, і зазначте, яким чином буде відбуватися передача документації дитини (якщо можливо).

**Напрями діяльності та майбутні цілі:** Дитина та сім'я мають можливість обговорити цілі абілітаційних заходів із надавачем послуг, а також напрямки зосередження підтримки.

**Очікування на перші три місяці, півроку та рік:** Очікування щодо того, що саме сім'я та підліток сподіваються отримати, перебуваючи в умовах надання послуг поза домом. Зазначте цілі, мрії та бажання, що їх має сім'я для своєї дитини, або ті, яких дитина може захотіти досягти.

**План догляду:** Зазначте інформацію про вподобання щодо одягу, процедури із підтримки особистої гігієни, догляд за нігтями та волоссям, культурні вподобання, режим сну тощо.

**Відвідування медичних закладів:** Визначте, хто буде відвідувати медичні заклади, транспортувати туди дитину, спілкуватися з фахівцями та доповнювати план залучення сім'ї з урахуванням візитів до медичних візитів.

**Фінансовий план:** Зазначте, яким чином будуть задоволені фінансові потреби дитини/підлітка. Вкажіть, хто буде Представником для отримання грошей. Опишіть рішення та плани батьків щодо фінансування дитини/підлітка, наприклад, планів із відкриття трастового рахунку ABLE, рахунку для накопичення грошей на поховання, забезпечення допомоги для дітей/підлітків, аліментів на дитину тощо. Обговоріть зобов'язання дитини щодо проживання та харчування на рівні витрат за категорією «Участь клієнта». Заява на тримання Додаткового соціального доходу (SSI): Зазначте дату подання заяви на отримання додаткового соціального доходу. Зробіть це лише один раз. Якщо цей крок не було виконано, вкажіть дату, у яку це завдання буде виконано батьками.

**План сім'ї щодо участі в житті підлітка:** Визначте, яким чином сім'я забезпечуватиме участь у житті підлітка. Передбачте план візитів до місця мешкання, зустрічей у громадських місцях, письмового спілкування, телефонних дзвінків тощо. Якщо постачальник послуг надаватиме допомогу в організації цих візитів та контактів, опишіть, яка саме допомога буде надана, наприклад, забезпечення транспортом, забезпечення присутності персоналу під час певних контактів тощо.