

좋아하는 것:

그 사람에게 중요한 사람,
"효과가 있는 것", 기쁨을 주는
것, 뛰어난 분야, 그 사람을
행복하게 해주는 것을
포함합니다.

사람의 이름

필요한 감독:

직원이 그 사람을 얼마나
가까이 감독해야 하는가를
포함합니다. 직원은 그
사람과 관련하여 어느 곳에
있어야 합니까? 그 사람을
안전한 활동 구역에 얼마나
오래 둘 수 있습니까? 악몽
관리? 커뮤니티 관리?

싫어하는 것:

그 사람을 불편하게 하는 것,
잘 반응하지 않는 것,
부정적인 반응, 교류 방식을
이끄는 것, 기타 "효과가 없는
것"을 포함합니다.

위험!

수혜자나 다른 사람들의 생명을 즉각적으로 위협하는 모든 위험을 포함합니다. 제한해야 하는 것,
감독 규칙, 특별식 필요성, 행동 촉발 장치와 기술을 포함합니다.

기술과 능력:

그 사람이 정말 잘하는 것, 잘 할 수 있는 일의
유형, 특별한 재능, 특히 즉각적으로 분명히
나타나지 않는 것을 포함합니다.

소통 스타일:

그 사람이 가장 잘 하는 소통 방법과 선호하는
타인과의 소통 방식을 포함합니다. 기술을
이용한다면, 그 이용 방법을 포함하십시오.

하루 임시 휴식 계획 서비스

개별 협의

Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

개인의 이름			
주소		시	주 우편번호
부모/보호자의 이름		전화번호(지역번호 포함) ()	
직장 전화(지역번호 포함) ()	비상 전화(지역번호 포함) ()		예비 간병인 전화 / 휴대전화(부모 / 보호자가 올 수 없는 경우) ()
주소		시	주 우편번호
사례 / 자원 관리자의 이름		전화번호(지역번호 포함) ()	
예정된 휴식 날짜 / 시간			
시작일	시간	종료일	시간
1 부 휴식 제공자가 신청서를 검토하고 개인 / 가족과 이야기를 한 후 작성.			
경구 투여 약품을 제공할 때 필요한 지원 유형(하나만 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 직원이 모든 약품을 보관하고 간호사의 위임 하에 투약합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 모든 약품을 보관하고 경구 투약을 감독합니다. <input type="checkbox"/> 직원은 자신이 보관하지 않는 약품에 대해서만 알림을 제공합니다. <input type="checkbox"/> 해당 개인이 경구 투약을 하지 않습니다. <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):		
국소 투약 및/또는 공급관을 제공할 때 필요한 지원 유형(하나만 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 직원이 약품을 보관하고 간호사의 위임 하에 국소 투약 / 치료 / 공급관을 투여합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 약품을 보관하고 국소 투약을 감독합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 보관하지 않는 국소 투약에 대해서만 알림을 제공합니다. <input type="checkbox"/> 해당 개인은 국소 투약이나 공급관을 필요로 하지 않습니다. <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):		
개인 위생 및 일상 생활 활동 수행 시 제공되는 지원 유형	<input type="checkbox"/> 직원이 위생과 일상 생활 활동을 위해 모든 물리적 지원을 제공합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 위생과 일상 생활 활동을 위해 일부 물리적 지원을 제공합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 위생과 일상 생활 활동을 안내합니다. <input type="checkbox"/> 직원이 위생과 일상 생활 활동 지원을 제공하지 않습니다. <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):		
집안에서 낮과 밤에 직원이 제공해야 하는 감독 조치(하나만 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 직원이 1:1 감독을 제공합니다 <input type="checkbox"/> 직원이 항상 그 사람의 말을 잘 들을 수 있도록 가까이 있어야 합니다 <input type="checkbox"/> 직원이 항상 가까운 곳에 도움을 줄 수 있도록 있어야 하나, 언제나 바로 옆에 붙어있어야 하는 것은 아닙니다 <input type="checkbox"/> 최대 Number of hours (시간을 포함해야 함) 동안 혼자 둘 수 있습니다		
야간에 필요한 감독(하나만 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 야간에는 직원이 임시 휴식 주택에서 1:1 감독을 제공합니다 <input type="checkbox"/> 직원이 항상 그 사람의 말을 잘 들을 수 있도록 가까이 있어야 합니다 <input type="checkbox"/> 임시 휴식 주택에서 야간 직원 감독 제공, 직원은 최대 Time (시간을 포함해야 함) 동안 주택에서 외출할 수 있습니다 <input type="checkbox"/> 야간 직원은 임시 휴식 주택에 있지 않지만, Time (시간을 포함해야 함)에 한 번씩 확인해야 합니다		
커뮤니티에 있을 때 필요한 직원 감독 (하나만 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 커뮤니티에서 직원이 동행하며 1:1 감독을 제공합니다 <input type="checkbox"/> 직원이 커뮤니티에서 동행합니다. 다른 사람과 감독 역할을 함께 수행할 수 있습니다 <input type="checkbox"/> 그 사람은 직원의 감독 없이 커뮤니티에 안전하게 접근할 수 있습니다		

집에서 제공되는/할 수 있는 활동 (해당하는 항목을 모두 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 게임 <input type="checkbox"/> 퍼즐 <input type="checkbox"/> 요리 <input type="checkbox"/> 비디오 게임 <input type="checkbox"/> 음악 <input type="checkbox"/> TV/ 영화 <input type="checkbox"/> 공예 <input type="checkbox"/> 인터넷 접속 <input type="checkbox"/> 컴퓨터 <input type="checkbox"/> 기타 (열거하십시오):
그 사람이 집 안에서 오락용으로 가져오는 물건	
커뮤니티에서 제공되는/할 수 있는 활동(해당하는 항목을 모두 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 도서관 <input type="checkbox"/> 볼링 <input type="checkbox"/> 공원/동네 걷기 <input type="checkbox"/> 외식 <input type="checkbox"/> 쇼핑 <input type="checkbox"/> 극장에 가기 <input type="checkbox"/> 예배 <input type="checkbox"/> 기타(열거하십시오):
개인이 커뮤니티 행사 비용으로 가져올 수 있는 용돈 / 상품권	<input type="checkbox"/> 작성할 장부 <input type="checkbox"/> 보관할 영수증 <input type="checkbox"/> 그 사람이 자신의 돈을 관리할 수 있으므로 장부나 영수증이 필요하지 않습니다 <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):
임시 휴식 체류 시 제공되는 교통수단 (해당하는 항목을 모두 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 기관 소유 차량 <input type="checkbox"/> 직원 소유 차량 <input type="checkbox"/> 일반 대중교통 <input type="checkbox"/> 특수 대중교통 <input type="checkbox"/> 가까운 거리 걷기 <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):
식사 지원, 알레르기 및/또는 편의시설	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 공급관만 제공 <input type="checkbox"/> 액체 / 부드러운 음식 / 푸레 <input type="checkbox"/> 한 입 크기로 자른 음식 <input type="checkbox"/> 당노식 <input type="checkbox"/> 식사를 하는 동안 직원의 감독과 지원이 필요합니다 <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):
평가된 필요성에 따라 방문 시 이용되는 의료기기(직원에게 사용 지침 제공)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 호이어 리프트 <input type="checkbox"/> 침대 레일 <input type="checkbox"/> 헬멧 <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):
필요한 환경 안전 조치	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 청소용품 잠금 <input type="checkbox"/> 기타(설명 필요):
기타 개인이 지참하는 물건(해당하는 항목을 모두 선택하십시오)	<input type="checkbox"/> 약품 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 팬티 <input type="checkbox"/> 세면도구 <input type="checkbox"/> 통신 <input type="checkbox"/> 기타 의료기기 / 장비:
통신 기기와 관련하여, 기기 이용 시 필요한 직원의 지원과 지침을 알려주십시오	<input type="checkbox"/> 직원이 통신 기기 지원을 제공하지 않음 <input type="checkbox"/> 직원이 통신 기기 이용을 지원함 지원을 제공하는 경우 직원 지침을 포함해 주십시오.
하루 임시 휴식 계획 서비스 제공자 검토 및 서명	
양식을 작성한 사람의 서명	날짜 _____ 이름(정자체로 기입) _____
2 부 부모 / 보호자 / 간병인이 임시 휴식 협의를 검토한 후 작성.	
최초 임시 휴식 신청서 작성 후 발생한 투약 변화	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 열거:
최초 임시 휴식 신청서 작성 후 발생한 건강, 행동, 기타 변화	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 열거:
기타 임시 휴식 협약에 넣어야 하는 확인된 요구사항 및/또는 변경사항 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (설명해 주십시오):	
본인은 의료 기기 이용 시 몇 가지 위험이 발생할 수 있음을 인정합니다. 예상된 효용성과 안전 위험을 고려하여, 본인은 직원이 다음 의료기기를 사용할 것에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 호이어 리프트 <input type="checkbox"/> 침대 레일 <input type="checkbox"/> 헬멧 <input type="checkbox"/> 기타(설명해 주십시오):	

