

نام متقاضی خدمات		نام مدیر پرونده
نام ارائه‌دهنده	نام مؤسسه ارائه‌دهنده	تاریخ تدوین یا اصلاح طرح
هدف کارکنان یا اعضای خانواده (S/F). شرحی مختصر از وضعیت کارکنان یا اعضای خانواده که نیازمند مشاوره کارکنان و خانواده است:		
<p>پشتیبانی موردنیاز برای کمک به S/F در کار برای نیل به هدف خود: تمام موارد مربوط را علامت بزنید.</p> <p>مشاهده اقدامات اعضای S/F <input type="checkbox"/></p> <p>الگو برداری از تکنیک‌های مناسب برای S/F <input type="checkbox"/></p> <p>مشاوره تلفنی <input type="checkbox"/></p> <p>ارجاع به گروه حمایت از خانواده یا سازمان حمایت <input type="checkbox"/></p> <p>شرح:</p>		
<p>آیا یک طرح درمانی یا مرتبط فعلی برای متقاضی خدمات وجود دارد که کارکنان یا اعضای خانواده برای دنبال کردن آن به حمایت نیاز داشته باشند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر بله، آن بخش از طرح درمانی یا مرتبط که درباره آن با عضو S/F مشورت خواهید کرد را مشخص کنید.</p>		
اگر خیر، لطفاً مشخص کنید چه مشاوره‌های به کارکنان و/یا خانواده ارائه می‌شود و چه ارجاعی (در صورت وجود) انجام خواهد شد:		
<b>هدف(ها) و منظور(های) SMART</b>		
<b>اهداف و منظوره‌های SMART عبارت‌اند از:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خاص</li> <li>• قابل اندازه‌گیری</li> <li>• قابل دستیابی</li> <li>• مرتبط</li> <li>• زمان‌دار</li> </ul>	هدف(ها) و منظور(های) SMART را همان‌طور که در مقررات 4.19 نشان داده‌شده، شرح دهید. حداکثر سه هدف در هر طرح.	
		هدف 1
		هدف 2
		هدف 3
<b>راهبردهای مشاوره برای دستیابی به هدف(ها)</b>		
		هدف 1
		هدف 2
		هدف 3

معیارهای تکمیل هدف که به صورت عینی و قابل اندازه گیری بیان شده است

هدف 1

هدف 2

هدف 3

امضاها

امضای متقاضی خدمات

تاریخ

امضای نماینده قانونی

تاریخ

امضای ارائه دهنده

تاریخ

## دستورالعمل‌های طرح مشاوره اولیه کارکنان و خانواده

نام متقاضی خدمات: در قسمت «نام متقاضی خدمات» اضافه کنید.

نام ارائه‌دهنده: نام ارائه‌دهنده‌ای که با کارکنان یا خانواده کار می‌کند را اضافه کنید. اگر مؤسسه هستید، لطفاً نام مؤسسه، و سپس نام پزشک/فردی خاص که خدمات را ارائه می‌کند، وارد کنید.

نام مدیر پرونده: نام مدیر پرونده متقاضی خدمات را درج کنید.

تاریخ تدوین یا اصلاح طرح: تاریخ تکمیل طرح را درج کنید.

هدف کلی کارکنان یا اعضای خانواده (S/F) و شرحی مختصر از وضعیت فعلی که نشان‌دهنده نیاز به مشاوره کارکنان و خانواده است: در این بخش مشکل ارائه شده را درج کنید که به درخواست کارکنان یا اعضای خانواده برای خدمات SFC منجر شده است. هدف اصلی آنها چیست؟ یک هدف فراگیر، هدف کلی و بزرگ آنها است که دوست دارند با استفاده از این خدمت به آن برسند.

پشتیبانی موردنیاز برای کمک به S/F در کار برای نیل به هدف خود (تمام موارد مربوط را علامت بزنید): نحوه هدایت کارکنان یا اعضای خانواده توسط ارائه‌دهنده در طول مشاوره کارکنان و خانواده را مشخص کنید.

آیا یک طرح درمانی یا مرتبط فعلی برای متقاضی خدمات وجود دارد که کارکنان یا اعضای خانواده برای دنبال کردن آن، به حمایت نیاز داشته باشند؟ آیا متقاضی خدمات طرح درمانی دارد (این می‌تواند نزد یک پزشک، IEP، BCBA، ST، OT، PT و غیره باشد). اگر متقاضی خدمات طرح درمانی دارد، مشخص کنید که کارکنان یا اعضای خانواده درباره چه بخشی از طرح به مشاوره نیاز دارند. اگر خیر، لطفاً توضیح دهید که کارکنان یا اعضای خانواده درباره چه چیزی مشاوره دریافت خواهند کرد.

هدف(ها) و منظور(های) S/F SMART را همان‌طور که در مقررات 4.19 نشان داده شده، شرح دهید. حداکثر سه هدف در هر طرح: هدف(هایی) که کارکنان یا اعضای خانواده دوست دارند روی آنها کار کنند را مشخص کنید. با استفاده از نمودار سمت راست سند (S.M.A.R.T.)، مطمئن شوید هدف با در نظر گرفتن این معیار بیان شده است.

راهنماهای مشاوره برای دستیابی به هدف(ها): در اینجا، مشخص کنید که ارائه‌دهنده از طریق مشاوره برای کمک به کارکنان یا اعضای خانواده در رسیدن به هدف(های) خود، چه کاری انجام خواهد داد.

معیارهای تکمیل هدف که به صورت عینی و قابل اندازه‌گیری بیان شده است: مشخص کنید که چگونه تکمیل هدف اندازه‌گیری یا حاصل خواهد شد.

امضای متقاضی خدمات: متقاضی خدمات باید اینجا را امضا کند.

امضای نماینده قانونی: در صورت لزوم، نماینده قانونی متقاضی خدمات باید اینجا را امضا کند، که نشان‌دهنده موافقت وی با این طرح اولیه است.

امضای ارائه‌دهنده: ارائه‌دهنده SFC باید اینجا را امضا کند.