

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
工作人员和家属咨询(SFC) 90 天（每季度）进度报告
Staff and Family Consultation (SFC) 90-Day (Quarterly) Progress Report

服务对象姓名	个案管理员姓名	
服务提供者姓名	服务提供者机构名称	
初始计划的日期	此报告的日期范围	
工作人员或家属(S/F)咨询的目标及最近 90 天的进度摘要：		
<p>需要支持来帮助 S/F 努力实现其目标：勾选所有适用项。</p> <p><input type="checkbox"/> 观察 S/F 的行动</p> <p><input type="checkbox"/> 为 S/F 设计适当的技术</p> <p><input type="checkbox"/> 电话咨询</p> <p><input type="checkbox"/> 转介至家庭支持团体或倡导组织</p> <p>请描述：</p>		
<p>如果服务对象当前有正在接受咨询的治疗计划，工作人员或家属是否有新的需求需要告知治疗师？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果是，请简要说明：</p>		
工作人员或家属实现其目标的障碍/对初步计划的建议更改：		
自上次报告以来，在过去 90 天内提供的转介，或在过去 90 天内观察到的服务对象表现的重大变化（如果适用，包括转介日期）：		
您在何时提供了工作人员和家属咨询（最近 90 天的服务日期/时间）？		
日期	服务交付（勾选交付方法）	花费的时间（15 分钟内）
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	

	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务	<input type="checkbox"/> 远程服务	

签名			
服务对象签名	日期	法定代表人签名	日期
服务提供者签名	日期		

工作人员和家属咨询进度报告表的说明

(由服务提供者填写。)

服务对象：添加服务对象的姓名。

服务提供者：添加工作人员和家属咨询服务提供者的姓名

个案管理员：添加服务对象的个案资源管理员的姓名。

另选安置计划：添加服务对象参加的另选安置计划。

报告日期范围：此进度报告的报告日期范围是什么？确定服务提供者提供本报告所讨论的专业化康复的月份。示例：一月，二月，三月。

工作人员或家属(S/F)咨询的目标和摘要：记录工作人员或家属的目标。此目标应与工作人员和家属初始计划中确定的目标相匹配。记录工作人员或家属在最近 90 天的进度。

所需支持：记录服务提供者将与家属或工作人员一起做什么，以帮助他们实现工作人员和家属咨询的目标。

当前是否有治疗计划？记录服务对象是否有提供咨询的当前治疗计划，以及是否有任何新的需求需要传达给制定治疗计划的专业人员？

实现目标的障碍：记录在帮助工作人员或家属过程中遇到的任何障碍或挑战，以及对初始计划的任何建议更改。

转介：记录最近 90 天内工作人员和家属咨询中遇到的任何障碍、挑战或变化。（如果适用，包括转介日期）。

您在何时提供了工作人员和家属咨询？记录提供工作人员和家属咨询的日期。需要确认亲临服务交付和远程服务交付。在最后一列中，确定您与服务对象每天一起工作的时长（例如：一(1)小时）。

服务对象签名：在这里签您的姓名。这表示您同意此表格，同意其中内容。

法定代表人签名：法定代表人在这里签名（如果适用）。这表示他们同意此表格，同意其中内容。

服务提供者签名：在这里签您的姓名。