

## Отчет о достигнутых результатах консультаций сотрудников и членов семьи (SFC) за 90 дней (квартальный) Staff and Family Consultation (SFC) 90-Day (Quarterly) Progress Report

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕНЕДЖЕРА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ДАТА ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПЛАНА	ДИПАЗОН ДАТ ЭТОГО ОТЧЕТА

Цель консультации сотрудника или члена семьи (S/F) и резюме достигнутых ими результатов за последние 90 дней:

Какая поддержка требуется S/F для достижения цели: отметьте все, что применимо.

- Наблюдение за действиями S/F
- Моделирование соответствующих техник для S/F
- Телефонная консультация
- Направление в семейную группу поддержки или в организацию по защите прав

Опишите:

Если у клиента в настоящее время имеется терапевтический план, в рамках которого предоставляется консультация, то сообщили ли сотрудники или члены семьи о каких бы то ни было новых потребностях, о которых нужно уведомить терапевта?  Да  Нет

Если да, коротко опишите:

Препятствия на пути к достижению цели (-ей) сотрудника или члена семьи / рекомендуемые изменения для внесения в Первоначальный План:

Направления, выданные с момента последнего отчета, за последние 90 дней, или значительные изменения во внешних проявлениях клиента, замеченные на протяжении последних 90 дней (укажите дату выдачи направления, если это применимо):

Когда вы оказывали услуги консультации сотрудников и членов семьи (даты/количество консультаций за последние 90 дней)?

ДАТА	ТИП ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (ОТМЕТЬТЕ СПОСОБ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ)	УДЕЛЕННОЕ ВРЕМЯ (НА БАЗЕ 15 МИНУТ)
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	

	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	

<b>Подписи</b>		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА	ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ DATE
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ		ДАТА

**Инструкции по заполнению формы отчета о достигнутых результатах консультаций для сотрудников и членов семьи**

(Заполняется поставщиком услуг).

**Клиент:** Укажите имя и фамилию клиента.

**Поставщик услуг:** Укажите имя и фамилию поставщика услуг по консультированию сотрудников и членов семьи

**Менеджер, ведущий дело:** Укажите имя и фамилию менеджера по ресурсам, ведущего дело клиента.

**Альтернативная программа:** Укажите, в какой альтернативной программе зарегистрирован клиент.

**Диапазон дат отчета:** Какой период охватывает этот отчет о достигнутых результатах? Определите месяцы, в которые поставщик услуг предоставлял услуги специализированной адаптации, которые обсуждаются в этом отчете. Пример: Январь, февраль, март.

**Цель и резюме консультации сотрудника или члена семьи (S/F):** Задокументируйте цель сотрудника или члена семьи. Эта цель должна соответствовать цели, определенной в Первоначальном плане для сотрудников и членов семьи (Staff and Family Initial plan). Задокументируйте достигнутые результаты сотрудника или членов семьи за последние 90 дней.

**Требуемая поддержка:** Задокументируйте, что конкретно будет делать поставщик услуг для сотрудников или членов семьи, чтобы помочь им выполнить цели в рамках консультации сотрудников или членов семьи.

**Имеется ли текущий терапевтический план?** Задокументируйте, имеется ли у клиента в настоящее время терапевтический план, в рамках которого предоставляется консультация, и сообщили ли сотрудники или члены семьи о каких бы то ни было новых потребностях, о которых нужно уведомить профессионала, составляющего план лечения?

**Препятствия на пути к достижению цели (-ей):** Задокументируйте любые препятствия или трудности, которые вы испытали при оказании помощи сотруднику или члену семьи, а также напишите о каких бы то ни было рекомендуемых вами изменениях, которые следует внести в Первоначальный План.

**Направления:** Задокументируйте любые препятствия, проблемы или изменения, касающиеся консультации сотрудников и членов семьи за последние 90 дней. (Напишите дату выдачи направления, если это применимо в вашем случае).

**Когда вы оказывали услуги консультирования сотрудника и членов семьи?** Задокументируйте даты предоставления консультации сотрудникам и членам семьи. Необходимо указать, была ли оказана услуга очно или в режиме телеуслуги. В последнем столбце укажите, как долго вы работали с клиентом в каждый из дней (пример: один (1) час).

**Подпись клиента:** Напишите здесь ваше имя и фамилию. Это означает, что вы согласны с той информацией, которая указана в форме.

**Подпись уполномоченного представителя:** Здесь ставят свою подпись уполномоченные представители, если таковые имеются. Это означает, что они согласны с той информацией, которая указана в форме.

**Подпись поставщика услуг:** Напишите здесь ваше имя и фамилию.