

## 최초 전문 재활 계획 Initial Specialized Habilitation Plan

수혜자 이름		사례 관리자 이름	
제공자 이름	서비스 제공 기관 이름	계획을 작성하거나 수정한 날짜	
<p>전문 재활의 목표 카테고리를 말씀해주십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 자기 능력부여 - 자존감, 자신감, 개인 발전 목표 달성 기술을 높이도록 지원합니다</p> <p><input type="checkbox"/> 안전 인식 및 자기 옹호 - 안전 인식을 높이고 효과적으로 필요한 것, 원하는 것, 목표를 스스로 표현하도록 지원합니다</p> <p><input type="checkbox"/> 대인관계 효과성, 효과적인 사회적 소통 - 관계를 구축하고 유지하거나 지역사회 및 가정 내 포용을 높이기 위한 사회 기술 개발 지원</p> <p><input type="checkbox"/> 일상 생활 과제에 대한 복사 전략 - 문제 해결 기술 및 스트레스 관리 기술 개선 지원</p> <p><input type="checkbox"/> 일상 과업 관리 및 적응 기술 습득 - 성공적인 지역사회 생활 및 독립성 향상을 위한 기술 개발 지원</p>			
<b>SMART 목표 및 목적</b>			
정책 4.20 에 제시된 바와 같이 목표와 목적을 설명해주십시오. 계획 당 세 개 이하의 목표.			<b>SMART 목표 및 목적:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>구체적인</li> <li>측정 가능한</li> <li>달성 가능한</li> <li>타당한</li> <li>시간이 정해진</li> </ul>
목표 1			
목표 2			
목표 3			
<b>서비스는 얼마나 자주 제공됩니까?</b>			
서비스의 예상 빈도 및 지속 기간(수혜자가 본인의 목표를 달성할 수 있도록 서비스가 얼마나 자주, 얼마나 오래 지속될 것으로 예상되는가):			
목표 1			
목표 2			
목표 3			
<b>계획은 무엇입니까? 수혜자를 지원하기 위해 어떤 방법과 기술을 이용합니까? 발전은 어떻게 평가되며, 평가를 통해 서비스 종결을 어떻게 결정합니까?</b>			
목표 1			
목표 2			
목표 3			
수혜자에게 잠재적인 기저 의료, 정신 건강 또는 교육적 지원 요구가 있다면 열거해주십시오(돌봄 코디네이터, 치료 전문가 또는 DDA 에 위탁할 수 있습니다).			
위탁일:			
<b>서명</b>			
수혜자 서명	날짜	법적 대리인 서명	날짜
제공자 서명	날짜		

## 최초 전문 재활 계획 지침

**수혜자 이름:** 수혜자 이름을 작성하십시오.

**사례 관리자:** 귀하의 현재 사례 자원 관리자 이름을 작성하십시오.

**제공자 이름:** 귀하의 커뮤니티 참여 제공자 이름을 작성하십시오.

**서비스 제공 기관 이름:** 귀하께서 계약 기관의 제공자인 경우, 귀하의 기관을 알려주십시오.

**계획 작성 또는 수정 날짜:** 이 계획을 완성한 시기를 포함해주십시오.

**전문 재활의 목표 카테고리를 말씀해주십시오.** 수혜자가 함께 하고자 하는 전문 재활 카테고리에 따라 상자에 체크해주십시오. 목표보다 더 많은 상자에 체크하지 마십시오. 예시: 수혜자에게 세 개의 목표가 있을 경우 (언제든지 최대치에 해당함), 세 개 이하의 상자에만 체크해야 합니다. 한 카테고리에 여러 개의 목표가 속할 수도 있으므로, 세 개의 목표가 있지만 이 영역에 해당하는 두 개의 상자에만 체크할 수도 있습니다.

**정책 4.20 에 제시된 바와 같이 목표와 목적을 설명해주십시오. 계획 당 세 개 이하의 목표: S.M.A.R.T 목표 기준에 따라 양식 오른쪽에 있는 차트를 가이드로 이용하여 수혜자가 가진 목표를 확인하십시오. 수혜자는 무엇을 원합니까? 수혜자의 목표는 무엇입니까?** 이 요구는 개인을 중심으로 하고 수혜자의 말로 구성된 것이어야 합니다.

**서비스의 예상 빈도와 지속 기간은 어떻게 됩니까?** 수혜자가 목표를 달성할 때까지 전문 재활 서비스가 얼마나 오래 지속될 것으로 예상되는지 설명하십시오. 수혜자는 목표를 달성하기 위해 서비스 제공자와 얼마나 자주 함께 해야 합니까? 예시: 앞으로 세 달 동안 일주일에 한 번씩 두 시간 동안.

**계획은 무엇입니까? 수혜자를 지원하기 위해 어떤 방법과 기술을 이용할 것이며 수혜자는 본인이 목표를 달성했는지 어떻게 알게 됩니까?** 여기에 설명해주십시오.

**수혜자에게 잠재적인 기저 의료, 정신 건강 또는 교육적 지원 요구가 있다면 열거해주십시오(돌봄 코디네이터, 치료 전문가 또는 DDA 에 위탁할 수 있습니다).** 이 섹션에 전문 재활이 제공할 수 있는 것 외에 수혜자에게 필요한 위탁을 모두 열거해주십시오. 고려사항 예시: 수혜자의 정신 건강 또는 취학 연령 수혜자의 교육적 요구에 대한 우려사항이 있습니까? 수혜자에게 아직 연결되지 않은 자원에 대한 위탁이 필요합니까?

**수혜자 서명:** 수혜자가 여기에 서명해야 합니다.

**법적 대리인 서명:** 해당하는 경우 수혜자의 법적 대리인이 여기에 서명하여 최초 계획에 동의해야 합니다.

**제공자 서명:** 전문 재활 제공자가 여기에 서명합니다.