

طرح اولیه توان بخشی تخصصی

Initial Specialized Habilitation Plan

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
| نام متقاضی خدمات | | نام مدیر پرونده | |
| نام ارائه دهنده | | نام مؤسسه ارائه دهنده | |
| تاریخ تدوین یا اصلاح طرح | | | |
| <p>دسته های توان بخشی تخصصی مورد نظر را مشخص کنید:</p> <p><u>خودتوانمندی سازی</u> – پشتیبانی برای افزایش عزت نفس، اعتماد به نفس، و مهارت برای دستیابی به اهداف توسعه شخصی.</p> <p><u>آگاهی ایمنی و دفاع از خود</u> – پشتیبانی برای افزایش آگاهی ایمنی و بیان مؤثر نیازها، خواسته ها، و اهداف.</p> <p><u>اثر بخشی بین فردی و ارتباطات اجتماعی مؤثر</u> – پشتیبانی برای توسعه مهارت های اجتماعی جهت ایجاد و حفظ روابط یا افزایش مشارکت در جامعه و خانه.</p> <p><u>راهبردهای مقابله با چالش های زندگی روزمره</u> – پشتیبانی برای بهبود مهارت های حل مسئله و تکنیک های مدیریت استرس.</p> <p><u>مدیریت وظایف روزانه و کسب مهارت های سازگاری</u> – پشتیبانی برای توسعه مهارت ها برای اقامت موفق در جامعه و افزایش استقلال.</p> | | | |
| هدف (ها) و منظور (های) SMART | | | |
| اهداف و منظورهای SMART عبارت اند از: | | هدف (ها) و منظور (ها) را همان طور که در مقررات 4.20 نشان داده شده، شرح دهید. حداکثر سه هدف در هر طرح. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • خاص • قابل اندازه گیری • قابل دستیابی • مرتبط • زمان دار | | هدف 1 | |
| | | هدف 2 | |
| | | هدف 3 | |
| هر چند وقت یکبار خدمات ارائه می شود | | | |
| دفعات و مدت زمان مورد انتظار خدمت (چند وقت یکبار، و چه مدت انتظار می رود که خدمت برای متقاضی خدمات جهت رسیدن به هدفش ادامه داشته باشد): | | | |
| | | هدف 1 | |
| | | هدف 2 | |
| | | هدف 3 | |
| این طرح چیست؟ از چه روش ها و تکنیک هایی برای پشتیبانی از متقاضی خدمات استفاده می شود؟ چگونه پیشرفت اندازه گیری می شود و چگونه معیارهای اندازه گیری تعیین کننده نتیجه خدمت است؟ | | | |
| | | هدف 1 | |
| | | هدف 2 | |
| | | هدف 3 | |
| توصیه های ارجاع را در صورتی که متقاضی خدمات با نیازهای بالقوه زمینه ای پزشکی، سلامت روان، یا حمایت آموزشی مراجعه کند، ذکر کنید (ارجاع ممکن است به هماهنگ کننده مراقبت ها، درمانگر حرفه ای، یا DDA باشد): | | | |
| تاریخ ارجاع: | | | |
| امضاها | | | |
| امضای متقاضی خدمات | | تاریخ | امضای نماینده قانونی |
| | | تاریخ | |
| | | تاریخ | امضای ارائه دهنده |

دستورالعمل طرح اولیه توان‌بخشی تخصصی

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

مدیر پرونده: در قسمت «نام مدیر منبع پرونده فعلی» اضافه کنید.

نام ارائه‌دهنده: در قسمت «نام ارائه‌دهنده خدمات مشارکت در جامعه» اضافه کنید.

نام مؤسسه ارائه‌دهنده: اگر شما یک ارائه‌دهنده در یک مؤسسه طرف قرارداد هستید، لطفاً نام مؤسسه خود را در اینجا ذکر کنید.

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

دسته‌های توان‌بخشی تخصصی موردنظر را مشخص کنید: باتوجه به دسته توان‌بخشی تخصصی که متقاضی خدمات می‌خواهد با آن کار کند، کادر(های) مربوطه را علامت بزنید. تعداد کادرهایی که علامت می‌زنید نباید بیشتر از تعداد اهداف باشد. مثال: اگر متقاضی خدمات سه (3) هدف داشته باشد (که حداکثر تعداد اهداف در یک زمان است)، فقط باید سه (3) کادر یا کمتر علامت زده شود. ممکن است چندین هدف وجود داشته باشد که در یک دسته قرار می‌گیرد؛ بنابراین، می‌توان سه (3) هدف داشت، اما فقط دو (2) کادر در این قسمت علامت زده شود.

هدف(ها) و منظور(ها) را همان‌طور که در مقررات 4.20 نشان داده شده، شرح دهید. حداکثر سه هدف در هر طرح: با استفاده از نمودار کوچک سمت راست فرم به‌عنوان راهنما، اهدافی که متقاضی خدمات دارد را در معیارهای هدف S.M.A.R.T شناسایی کنید. متقاضی خدمات چه می‌خواهد؟ هدف او چیست؟ این باید شخص‌محور و از زبان متقاضی خدمات باشد.

دفعات و مدت‌زمان مورد انتظار خدمت چقدر است؟ توضیح دهید که انتظار می‌رود خدمات توان‌بخشی تخصصی چقدر طول بکشد تا متقاضی خدمات بتواند به هدف خود برسد. متقاضی خدمات هر چند وقت یکبار نیاز به همکاری با ارائه‌دهنده دارد تا بتواند به هدف خود برسد؟ مثال: یکبار در هفته به مدت دو (2) ساعت، برای سه (3) ماه آینده.

این طرح چیست؟ از چه روش‌ها و تکنیک‌هایی برای حمایت از متقاضی خدمات استفاده می‌شود و چگونه متقاضی خدمات متوجه می‌شود که به هدف خود رسیده است؟ آنها را در اینجا شرح دهید.

توصیه‌های ارجاع را در صورتی که متقاضی خدمات با نیازهای بالقوه زمینه‌ای پزشکی، سلامت روان، یا حمایت آموزشی مراجعه کند، ذکر کنید (ارجاع ممکن است به هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها، درمانگر حرفه‌ای، یا DDA باشد): در این بخش، هر ارجاع لازم برای متقاضی خدمات که خارج از چیزی است که خدمات توان‌بخشی تخصصی می‌تواند ارائه دهد را فهرست کنید. نمونه‌هایی از موارد قابل‌بررسی: آیا نگرانی‌هایی در مورد ارائه سلامت روانی متقاضی خدمات یا نیازهای آموزشی برای متقاضی خدمات در سن مدرسه وجود دارد؟ آیا متقاضی خدمات نیاز به ارجاع به منابعی دارد که هنوز با آنها ارتباط ندارد؟

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 توان‌بخشی تخصصی باید اینجا را امضا کند.