

Первоначальный план специализированной адаптации Initial Specialized Habilitation Plan

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАСТНИКА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА	ДАТА НАПИСАНИЯ ИЛИ ПЕРЕСМОТРА ПЛАНА
ТЕКУЩАЯ АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА	
<p>Укажите целевые категории специализированной адаптации:</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Реализация своего потенциала (Self-Empowerment)</u> — поддержка с целью повышения самооценки, уверенности в себе и улучшения навыков, необходимых для достижения целей в области личного развития</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Осведомленность о безопасности и защита своих прав (Safety Awareness and Self-Advocacy)</u> — поддержка с целью повысить осведомленность о безопасности и позволить эффективно и самостоятельно выразить свои потребности, желания и цели</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Межличностная эффективность и эффективная социальная коммуникация (Interpersonal Effectiveness and Effective Social Communication)</u> — поддержка с целью развития социальных навыков, помогающих выстраивать и поддерживать отношения или повышать степень включенности в жизнь своего района или в семью</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Стратегии для нейтрализации проблем в повседневной жизни (Coping Strategies regarding Everyday Life Challenges)</u> — поддержка с целью улучшить навыки решения проблем и техники управления стрессом</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Управление повседневными задачами и приобретение адаптивных навыков (Managing Daily Tasks and Acquiring Adaptive Skills)</u> — поддержка в развитии навыков, позволяющих успешно проживать по месту жительства и повышающих самостоятельность</p>	
Цель (-и) и задача (-и) SMART	
Опишите поставленную цель (-и) и задачу (-и) по технике SMART, как это показано в Политике 4.20 (Policy 4.20). Не больше трех целей на план.	
Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	
Цели и задачи по технике SMART:	
<ul style="list-style-type: none"> • Конкретные • Измеряемые • Достижимые • Релевантные • Привязанные к срокам 	
Как часто предоставляется услуга?	
Периодичность предоставления услуги:	
Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	
Ожидаемая продолжительность предоставления услуги:	
Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	
Как измеряются достигнутые результаты и как на основании показателей успеха можно принять решение о завершении услуги?	
Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	

План для помощи в достижении цели (-ей)	
Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	
<p>Перечислите рекомендованные направления, если участник альтернативной программы показывает признаки потенциальных сопутствующих требований в плане медицинского обслуживания, психиатрической помощи или образовательной поддержки:</p>	
Подписи	
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ДАТА	ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩЕГО В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ ДАТА	ПОДПИСЬ КУРИРУЮЩЕГО / РЕСУРСНОГО МЕНЕДЖЕРА ДАТА