

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Plan inicial de habilitación especializada
Initial Specialized Habilitation Plan

NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN LA EXENCIÓN		NOMBRE DEL PROVEEDOR	
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO		FECHA EN QUE SE ELABORÓ O MODIFICÓ EL PLAN	
EXENCIÓN ACTUAL			
Indique las categorías de habilitación especializada en las que se trabaja:			
<input type="checkbox"/> <u>Autoempoderamiento</u> – Apoyo para aumentar la autoestima, la confianza en sí mismo y las habilidades para alcanzar las metas de desarrollo personal			
<input type="checkbox"/> <u>Conciencia de la seguridad y autopromoción</u> – Apoyo para aumentar la conciencia de la seguridad y para expresar de manera eficaz sus necesidades, deseos y metas			
<input type="checkbox"/> <u>Efectividad interpersonal y comunicación social efectiva</u> – Apoyo para desarrollar habilidades sociales para formar y mantener relaciones, o para aumentar la inclusión en la comunidad y el hogar			
<input type="checkbox"/> <u>Estrategias de afrontamiento de los desafíos cotidianos</u> – Apoyo para mejorar las habilidades de solución de problemas y las técnicas de control del estrés			
<input type="checkbox"/> <u>Gestión de tareas cotidianas y adquisición de habilidades adaptativas</u> – Apoyo para desarrollar habilidades para residir con éxito en la comunidad y aumentar la independencia			
Metas y objetivos SMART			
Describa las metas y objetivos abordados, como aparecen en la Política 4.20. No puede haber más de tres metas por plan.			Las metas y objetivos SMART son: <ul style="list-style-type: none"> • Específicas • Medibles • Alcanzables • Relevantes • Con límite de tiempo
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
¿Con qué frecuencia se presta el servicio?			
Frecuencia del servicio:			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
Duración prevista del servicio:			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			
¿Cómo se mide el progreso y cómo se usarán las medidas para determinar la conclusión del servicio?			
Meta 1			
Meta 2			
Meta 3			

Plan para ayudar a alcanzar las metas

Meta 1

Meta 2

Meta 3

Escriba las recomendaciones de derivaciones si el participante en la exención presenta potenciales necesidades subyacentes médicas, de salud mental o de apoyo educativo:

Firmas

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
FIRMA DEL PARTICIPANTE EN LA EXENCIÓN	FECHA	FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO/DE RECURSOS DE LA DDA	FECHA