

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  
**专业化康复 90 天（每季度）报告**  
**Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report**

另选安置计划参与者姓名		服务提供者姓名	
个案管理员姓名		初步计划编制或修订日期	
<b>政策 4.20 中提出的目标和目的。每项计划中不超过三个。</b>			
<b>目标 1</b>			
<b>目标 2</b>			
<b>目标 3</b>			
<b>如果确定了任何新的治疗目标，则必须修改专业化康复初步计划。</b>			
<b>针对上述每个目标采用的治疗策略</b>			
<b>目标 1</b>			
<b>目标 2</b>			
<b>目标 3</b>			
<b>用客观和可衡量的术语总结实现目标的进度。</b>			<b>目标完成，使用 1-10 分（10 分表示达成目标）</b> <b>目标 1:</b> <b>目标 2:</b> <b>目标 3:</b>
如果进度未达到，则包括计划的替代策略。			
<b>目标 1</b>			
<b>目标 2</b>			
<b>目标 3</b>			
如果另选安置计划参与者提出潜在的医疗、心理健康或教育支持需求，请列出转介建议：			
过去 90 天的服务日期/时间：			
日期：	单位数（15 分钟）：		
日期：	单位数（15 分钟）：		
日期：	单位数（15 分钟）：		
日期：	单位数（15 分钟）：		
日期：	单位数（15 分钟）：		
日期：	单位数（15 分钟）：		
在单独的页面上添加额外拜访并附加到此报告。			
单位总数（之前 90 天中提供的 15 分钟服务）：			
<b>签名</b>			
服务提供者签字	日期	法定代表人签字	日期
另选安置计划参与者签字	日期	DDA 个案/资源管理员签字	日期