

전문 재활 90 일(분기) 보고서  
Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

수혜자 이름	사례 관리자 이름
제공자 이름	서비스 제공 기관 이름
최초 계획을 작성하거나 수정한 날짜	이 보고서의 날짜 범위

전문 재활 대상 카테고리(최초 계획 양식 DSHS 10-657 에서 확인한 바에 따름)

- 자영업
- 안전 인식 및 자기 옹호
- 대인관계 효과 및 효과적인 사회적 소통
- 일상 생활의 과제 극복 전략
- 일상 과업 관리 및 적응 기술 습득

정책 4.20 에 명시된 바에 따른 목표 및 목적. 계획 당 세 개 이하.

목표 1	
목표 2	
목표 3	

새로운 치료 목표가 식별되면, 전문 재활 최초 계획을 수정해야 합니다.

위의 각 목표에 활용한 치료 전략

목표 1	
목표 2	
목표 3	

목적 및 측정 조건의 목표 달성을 향한 진행상황을 요약합니다.

진행이 이루어지지 않았다면, 계획된 대체 전략을 포함합니다.

목표 1		목표 완수, 1 - 10 으로 평가(10 은 목표가 충족된 상태) 목표 1: 목표 2: 목표 3:
목표 2		
목표 3		

웨이버 참여자가 잠재적인 건강, 정신 건강 또는 교육 지원 필요를 제시할 경우 위탁 추천을 열거해 주십시오.

언제 전문 재활 서비스를 제공하였습니까(최근 90 일 중 서비스를 제공한 날짜 / 시간)?

날짜	서비스 제공(제공 방법에 체크하십시오)	소요 시간(15분 단위)
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	

	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 직접 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	

**서명**

수혜자 서명	날짜	법적 대리인 서명	날짜
--------	----	-----------	----

제공자 서명	날짜
--------	----

## 전문 재활 분기별 경과 보고서 지침

**수혜자 이름:** 수혜자 이름을 작성하십시오.

**사례 관리자 이름:** 수혜자의 사례 관리자 이름을 넣어주십시오.

**제공자 이름:** 수혜자와 직접 일하는 제공자의 이름을 작성하십시오.

**서비스 제공 기관 이름:** 수혜자와 함께 일하는 임상사의 기관 이름을 넣어주십시오.

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

**오늘 날짜:** 이 양식을 작성한 날짜입니다.

**전문 재활의 목표 카테고리:** 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.

**각 목표에 활용한 치료 전략:** 수혜자를 지원하기 위해 어떤 방법과 기술을 이용하였습니까? 여기에 설명해주십시오.

**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.

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

**최근 90 일 이내 서비스 날짜 / 시간:** 여기에 전문 재활이 제공된 시기, 제공된 서비스의 종류(직접 또는 원격의료), 소요 시간을 작성해주십시오.

**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.