

نام متقاضی خدمات	نام مدیر پرونده	
نام ارائه دهنده	نام مؤسسه ارائه دهنده	
تاریخ تدوین یا اصلاح طرح اولیه	محدوده تاریخ برای این گزارش	
دسته‌های توان بخشی تخصصی موردنظر (همان‌طور که در فرم طرح اولیه، DSHS 10-657، مشخص شده است)		
<input type="checkbox"/> خودتوانمندسازی <input type="checkbox"/> آگاهی ایمنی و دفاع از خود <input type="checkbox"/> اثربخشی بین فردی و ارتباطات اجتماعی مؤثر <input type="checkbox"/> راهبردهای مقابله با چالش‌های زندگی روزمره <input type="checkbox"/> مدیریت وظایف روزانه و کسب مهارت‌های سازگاری		
اهداف و منظورها همان‌طور که در مقررات 4.20 نشان داده شده. حداکثر سه هدف در هر طرح.		
هدف 1		
هدف 2		
هدف 3		
در صورت شناسایی اهداف درمانی جدید، طرح اولیه توان بخشی تخصصی باید بازنگری شود.		
راهبردهای درمانی که برای هر هدف فوق استفاده می‌شود		
هدف 1		
هدف 2		
هدف 3		
خلاصه پیشرفت در جهت دستیابی به هدف را به صورت عینی و قابل اندازه‌گیری درج کنید.	تکمیل هدف، با استفاده از مقیاس 1 تا 10 (10 نشانگر برآورده شدن هدف است)	
هدف 1	هدف 1:	
هدف 2	هدف 2:	
هدف 3	هدف 3:	
اگر پیشرفتی حاصل نشده، راهبردهای جایگزین برنامه‌ریزی شده را بگنجانید.		
توصیه‌های ارجاع را در صورتی که شرکت‌کننده دارای معافیت با نیازهای بالقوه زمینه‌ای پزشکی، سلامت روان، یا حمایت آموزشی مراجعه کند، ذکر کنید:		
چه زمانی توان بخشی تخصصی را ارائه کردید (تاریخ/زمان خدمت در 90 روز گذشته)؟		
تاریخ	ارائه خدمت (روش ارائه را علامت بزنید)	زمان صرف شده (در 15 دقیقه)
	<input type="checkbox"/> به صورت حضوری <input type="checkbox"/> خدمات از راه دور	
	<input type="checkbox"/> به صورت حضوری <input type="checkbox"/> خدمات از راه دور	
	<input type="checkbox"/> به صورت حضوری <input type="checkbox"/> خدمات از راه دور	
	<input type="checkbox"/> به صورت حضوری <input type="checkbox"/> خدمات از راه دور	
	<input type="checkbox"/> به صورت حضوری <input type="checkbox"/> خدمات از راه دور	

دستورالعمل‌های گزارش پیشرفت سه‌ماهه توان‌بخشی تخصصی

نام متقاضی خدمات: در قسمت "نام متقاضی خدمات" اضافه کنید.

نام مدیر پرونده: نام مدیر پرونده متقاضی خدمات را درج کنید.

نام ارائه‌دهنده: در قسمت "نام ارائه‌دهنده‌ای که مستقیماً با متقاضی خدمات کار می‌کند" اضافه کنید.

نام مؤسسه ارائه‌دهنده: نام مؤسسه‌ای که پزشک ارائه‌دهنده خدمات به متقاضی خدمات برای آن کار می‌کند را ذکر کنید.

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

تاریخ امروز: این تاریخ پر کردن این فرم است.

دسته‌های توان‌بخشی تخصصی موردنظر: با توجه 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.

راهبردهای درمانی مورد استفاده برای هر هدف: از چه روش‌ها و تکنیک‌هایی برای پشتیبانی از متقاضی خدمات استفاده شده است؟ آنها را در اینجا شرح دهید.

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.

توصیه‌های ارجاع را ذکر کنید: 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 قابل بررسی: 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 مرتبط نیست؟

تاریخ و زمان خدمت طی 90 روز گذشته: در اینجا مستند کنید که چه زمانی توان‌بخشی تخصصی ارائه شده، از طریق چه روشی ارائه شده (حضور یا از طریق بهداشت از راه دور)، و چقدر زمان صرف شده است.

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.