

Отчет о специализированной адаптации за 90 дней (квартальный) Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕНЕДЖЕРА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ДАТА НАПИСАНИЯ ИЛИ ПЕРЕСМОТРА ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПЛАНА	ДИПАЗОН ДАТ ЭТОГО ОТЧЕТА

ЦЕЛЕВЫЕ КАТЕГОРИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АДАПТАЦИИ (КАК ЭТО ОПРЕДЕЛЕНО В ФОРМЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПЛАНА DSHS 10-657)

- Реализация своего потенциала
- Осведомленность о безопасности и защита своих прав
- Межличностная эффективность и эффективная социальная коммуникация
- Стратегии для нейтрализации проблем в повседневной жизни
- Управление повседневными задачами и приобретение адаптивных навыков

Опишите поставленную цель и задачи, как это показано в Политике 4.20 (Policy 4.20). Не больше трех на план.

Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	

Если были определены новые цели в плане подготовки, то Первоначальный план специализированной адаптации должен быть пересмотрен.

Стратегии подготовки, использованные для каждой из указанных выше целей

Цель 1	
Цель 2	
Цель 3	

Коротко опишите результаты, полученные на пути к достижению целей и выраженные в объективных и измеряемых показателях.

Если результатов не было получено, опишите запланированные альтернативные стратегии.

Цель 1		Выполнение цели, по шкале от 1 до 10 (10 означает, что цель достигнута) Цель 1: Цель 2: Цель 3:
Цель 2		
Цель 3		

Перечислите рекомендованные направления, если участник альтернативной программы показывает признаки потенциальных сопутствующих требований в плане медицинского обслуживания, психиатрической помощи или образовательной поддержки:

Когда вы оказывали услуги специализированной адаптации (даты/количество консультаций за последние 90 дней)?

ДАТА	ТИП ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (ОТМЕТЬТЕ СПОСОБ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ)	УДЕЛЕННОЕ ВРЕМЯ (НА БАЗЕ 15 МИНУТ)
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	

	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	
	<input type="checkbox"/> Очно <input type="checkbox"/> Телеуслуга	

Подписи		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА	ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДАТА
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА	

Инструкции по заполнению квартального отчета о ходе предоставления услуг специализированной адаптации

Имя и фамилия клиента: Укажите имя и фамилию клиента.

Имя и фамилия менеджера, ведущего дело: Укажите имя и фамилию менеджера, который ведет дело клиента.

Имя и фамилия поставщика услуг: Укажите имя и фамилию поставщика услуг, который/которая работает напрямую с клиентом.

Название агентства поставщика услуг: Укажите название агентства, на которое работает клиницист, работающий с клиентом.

Дата написания или пересмотра плана: Укажите, когда был создан план.

Сегодняшняя дата: Это дата заполнения этой формы.

Целевые категории специализированной адаптации: Отметьте квадрат согласно категории специализированной адаптации (Specialized Habilitation), над которой клиент хочет работать. Не отмечайте больше квадратов, чем целей. Пример: Если у клиента имеется три (3) цели (что всегда является максимальным количеством), то вы должны отметить только три (3) или менее квадратов. Несколько целей могут подпадать под одну категорию, поэтому возможно иметь три (3) цели, но отметить только два (2) квадрата в этом разделе.

Стратегии подготовки, использованные для каждой из целей: Какие методы и техники используются, чтобы поддержать клиента? Опишите здесь такие методы и техники.

Какова ожидаемая частота и продолжительность оказания услуги? Опишите ожидаемую продолжительность оказания услуги специализированной адаптации (Specialized Habilitation), после которой клиент будет способен достигнуть свою цель. Как часто клиенту придется работать с поставщиком услуг, чтобы достигнуть свою цель? Пример: Один раз в неделю в течение двух (2) часов, на протяжении следующих трех (3) месяцев.

Перечислите рекомендованные направления на получение услуг: Если клиент показывает признаки потенциальных сопутствующих требований в плане медицинского обслуживания, психиатрической помощи или образовательной поддержки (могут быть выданы направления к координатору оказания ухода, профессиональному лечащему врачу или в DDA), перечислите в этом разделе рекомендованные направления на получение требуемых клиенту услуг, которые не могут быть оказаны в рамках специализированной адаптации. Примеры соображений, которые стоит учитывать: Имеются ли какие-либо беспокойства относительно проявлений, связанных с психическим здоровьем клиента или образовательных потребностей клиента школьного возраста? Требуется ли клиенту направление на получение ресурсов, которые он или она пока не получает?

Даты и количество предоставлений услуги за последние 90 дней: ЗадOCUMENTИРУЙТЕ здесь время предоставления услуг специализированной адаптации, тип доставки услуг (очный или телеуслуга), а также уделенное этому время.

Подпись клиента: Клиент обязан поставить здесь свою подпись.

Подпись уполномоченного представителя: Если это применимо в конкретном случае, уполномоченный представитель клиента должен/должна поставить здесь свою подпись и выразить тем самым согласие с этим первоначальным планом.

Подпись поставщика услуг: Поставщик услуг специализированной адаптации поставит здесь свою подпись.