

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАСТНИКА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА	ДАТА НАПИСАНИЯ ИЛИ ПЕРЕСМОТРА ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПЛАНА
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 лечения, то Первоначальный план специализированной адаптации должен быть пересмотрен.	
Стратегии лечения, 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:	
Даты / количество предоставлений услуги за последние 90 дней:	
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Дата:	Количество единиц (15 минут):
Приложите информацию о дополнительных визитах на отдельном листе и приложите его к этому отчету.	
Всего единиц (15 минут оказания услуги за прошедшие 90 дней):	
Подписи	
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ДАТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩЕГО В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ	ПОДПИСЬ КУРИРУЮЩЕГО / РЕСУРСНОГО МЕНЕДЖЕРА
ДАТА	ДАТА