

## 90-денний (квартальний) звіт про спеціалізовану адаптацію Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

ІМ'Я КЛІЄНТА	ІМ'Я КЕРІВНИКА СПРАВОЮ
ІМ'Я ПОСТАЧАЛЬНИКА	НАЗВА АГЕНТСТВА-ПОСТАЧАЛЬНИКА
ДАТА, КОЛИ ПОЧАТКОВИЙ ПЛАН БУЛО НАПИСАНО АБО ПЕРЕГЛЯНУТО	ДІАПАЗОН ДАТ ДЛЯ ЦЬОГО ЗВІТУ

ЦІЛЬОВІ КАТЕГОРІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ АДАПТАЦІЇ (ЯК ВИЗНАЧЕНО У ФОРМІ ПОЧАТКОВОГО ПЛАНУ, DSHS 10-657)

- Самовдосконалення  
 Свідоме ставлення до безпеки та захист власної позиції  
 Ефективність міжособистісного спілкування та ефективна соціальна комунікація  
 Стратегії подолання повсякденних життєвих проблем  
 Управління щоденними завданнями та набуття адаптивних навичок

**Мети і цілі розглядаються так, як вони вказані в Політиці 4.20. Не більше трьох на план.**

<b>Мета 1</b>	
<b>Мета 2</b>	
<b>Мета 3</b>	

**Якщо визначено будь-які нові мети лікування, початковий план спеціалізованої адаптації необхідно переглянути.**

**Стратегії лікування, які використовуються для кожної вищезазначеної мети**

<b>Мета 1</b>	
<b>Мета 2</b>	
<b>Мета 3</b>	

**Підсумуйте прогрес у досягненні мети в об'єктивних і вимірних термінах.**

Якщо прогресу не було досягнуто, включіть альтернативні заплановані стратегії.

<b>Мета 1</b>		<b>Досягнення мети за шкалою від 1 до 10 (10 означає досягнення мети)</b> <b>Мета 1:</b> <b>Мета 2:</b> <b>Мета 3:</b>
<b>Мета 2</b>		
<b>Мета 3</b>		

Перелічіть рекомендації щодо направлення, якщо у учасника альтернативної програми медичного обслуговування є потенційна потреба в медичній підтримці, підтримці психічного здоров'я чи освіті:

Коли ви надавали спеціалізовану адаптацію (дати / час надання послуг за останні 90 днів)?

ДАТА	НАДАННЯ ПОСЛУГ (ВІДМІТЬТЕ СПОСІБ ДОСТАВКИ)	ВИТРАТИ ЧАСУ (ЗА 15 ХВИЛИН)
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	



## Інструкції щодо квартального звіту про прогрес спеціалізованої адаптації

**Ім'я клієнта:** Додайте ім'я клієнта.

**Ім'я керівника справою:** Додайте ім'я керівника справою клієнта.

**Ім'я постачальника:** Додайте ім'я постачальника, хто працює безпосередньо з клієнтом.

**Назва агентства-постачальника:** Додайте назву агентства, в якому працює клініцист, який працює з клієнтом.

**Дата написання або перегляду плану:** Вкажіть, коли цей план було виконано.

**Сьогоднішня дата:** Це дата створення цієї форми.

**Цільові категорії спеціалізованої адаптації:** Відмітьте поле відповідно до категорії спеціалізованої адаптації, з якою клієнт хотів би працювати. Не відмічайте більше полей, ніж мет. Приклад: Якщо клієнт має три (3) мети (що є максимальним у будь-який момент часу), має бути відмічено лише три (3) поля або менше. В одну категорію може входити кілька мет, тому можна мати три (3) мети, але в цій області може бути відмічено лише два (2) поля.

**Стратегії лікування, які використовуються для кожної мети:** Які методи та прийоми були використані для підтримки клієнта? Опишіть їх тут.

**Яка очікувана частота та тривалість послуги?** Опишіть, як довго очікується, що послуга спеціалізованої адаптації триватиме, поки клієнт не зможе досягти своєї мети. Як часто клієнту потрібно буде працювати з постачальником, щоб досягти своєї мети? Приклад: Раз на тиждень протягом двох (2) годин протягом наступних трьох (3) місяців.

**Перелічіть рекомендації щодо направлення:** Якщо у клієнта є потенційна потреба в медичній підтримці, підтримці психічного здоров'я чи освіті (направлення може бути до координатора послуг із догляду, лікуючого спеціаліста або DDA): перелічіть у цьому розділі будь-які рекомендації, необхідні для клієнта, які виходять за межі того, що може надати спеціалізована адаптація. Приклади для розгляду: Чи є якісь занепокоєння щодо психічного здоров'я клієнта або потреби в освіті для клієнта шкільного віку? Чи потрібне клієнту направлення на ресурси, до яких він ще не має доступу?

**Дати та час надання послуг за останні 90 днів:** Задokumentуйте тут, коли було надано спеціалізовану адаптацію, за допомогою якого типу доставки послуги (особисто чи за допомогою телемедицини), і скільки часу було витрачено.

**Підпис Клієнта:** Клієнт повинен поставити тут свій підпис.

**Підпис законного представника:** Якщо це можливо, законний представник клієнта повинен підписати тут, погоджуючись із цим початковим планом.

**Підпис постачальника:** Постачальник спеціалізованої адаптації підпише тут.