

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.

Мета 1	
Мета 2	
Мета 3	

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

Стратегії лікування, які використовуються для кожної вищезазначеної мети

Мета 1	
Мета 2	
Мета 3	

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

Якщо прогресу не було досягнуто, включіть альтернативні заплановані стратегії.

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

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 консультацію персоналу та сім'ї (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	

	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	
	<input type="checkbox"/> Особисто	<input type="checkbox"/> Телесервіс	

Підписи			
ПІДПИС КЛІЄНТА	ДАТА	ПІДПИС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА
ПІДПИС ПОСТАЧАЛЬНИКА	ДАТА		

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.

Як 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.