

ບົດລາຍງານການບໍາບັດດ້ວຍດິນຕີ ປະຈຳ 90 ວັນ (ປະຈຳໄຕມາດ)

ຊື່ລູກຄ້າ		ຊື່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີ	
ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ		ຊື່ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	
ວັນທີທີ່ການບໍາບັດເສີມ (ແບບຟອມ DSHS 27-194) ໄດ້ຮັບການຂຽນຂຶ້ນ	ຊ່ວງວັນທີສໍາລັບບົດລາຍງານນີ້		ລູກຄ້າ PASRR <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່
ອະທິບາຍເປົ້າໝາຍ ແລະ ຈຸດປະສົງ ສໍາລັບການບໍາບັດດ້ວຍດິນຕີ. ເບິ່ງຄໍາແນະນໍາສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ.			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			
ຖ້າມີເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວໃໝ່ໄດ້ຮັບການລະບຸ, ແຜນການບໍາບັດດ້ວຍດິນຕີເບື້ອງຕົ້ນຕ້ອງໄດ້ຮັບການປັບປຸງແກ້ໄຂ.			
ໝາຍກ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ສໍາລັບປະເພດຍຸດທະສາດການບໍາບັດດ້ວຍດິນຕີທີ່ນໍາໃຊ້:			
<input type="checkbox"/> ການສະແດງດິນຕີສິດ <input type="checkbox"/> ການຟັງເພງແບບຮັບຄວາມຄິດ <input type="checkbox"/> ການຂຽນເພງ <input type="checkbox"/> ການສົນທະນາເນື້ອເພງ <input type="checkbox"/> ດິນຕີ ແລະ ຮູບພາບ <input type="checkbox"/> ການສະແດງດິນຕີ <input type="checkbox"/> ຮູບແບບດິນຕີການສະແດງອອກອື່ນໆ			
ອະທິບາຍຍຸດທະສາດການປິ່ນປົວທີ່ໃຊ້ສໍາລັບແຕ່ລະເປົ້າໝາຍ:			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			
ສະຫຼຸບຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍຕາມຈຸດປະສົງ ແລະ ເງື່ອນໄຂທີ່ສາມາດວັດໄດ້, ລວມທັງອຸປະສັກຕໍ່ຄວາມກ້າວໜ້າ. ລະບຸຍຸດທະສາດທາງເລືອກທີ່ວາງແຜນເພື່ອແກ້ໄຂອຸປະສັກ.			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			ການສໍາເລັດເປົ້າໝາຍ, ໃຊ້ມາດຕາວັດຈາກ 1 – 10 (ໂດຍທີ່ 10 ແມ່ນບັນລຸເປົ້າໝາຍ) ເປົ້າໝາຍທີ 1: ເປົ້າໝາຍທີ 2: ເປົ້າໝາຍທີ 3:
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			

ລະບຸຄຳແນະນຳການສິ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດ ຖ້າລາຍຊື່ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນມີຄວາມຕ້ອງການການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອການສຶກສາ:

ທ່ານໄດ້ໃຫ້ການບໍາບັດດ້ວຍດິນຕີ (ວັນທີ/ເວລາໃຫ້ບໍລິການໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ) ເມື່ອໃດ?

ວັນທີ	ການໃຫ້ການບໍລິການ (ໝາຍວິທີການໃຫ້ບໍລິການ)	ເວລາທີ່ໃຊ້ (ໃນ 15 ນາທີ)
	<input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ	
	<input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ	
	<input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ	
	<input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ	
	<input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ <input type="checkbox"/> ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ	

ວັນທີຈັດກອງປະຊຸມ CFT ທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ການປຶກສາກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານພຶດຕິກຳ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວປະສານງານການດູແລອື່ນໆ:

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

(ສູງສຸດສອງຊົ່ວໂມງຕໍ່ໄຕມາດ)

ອະທິບາຍຜົນການປຶກສາຫາລື ຫຼື ການປະສານງານການດູແລທຸກຢ່າງ, ຖ້າມີ.

ລະບຸການຢ້ຽມຢາມເພີ່ມເຕີມໃສ່ໃນໜ້າແຍກຕ່າງຫາກ ແລະ ຄັດຕິດໃສ່ບົດລາຍງານນີ້.

ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍລວມທັງໝົດ (15 ນາທີຂອງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ:

ລາຍເຊັນ			
ລາຍເຊັນລູກຄ້າ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ວັນທີ		

ຄຳແນະນຳສຳລັບບົດລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າປະຈຳໄຕມາດຂອງການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີ

ຊື່ລູກຄ້າ: ຕື່ມຊື່ຂອງລູກຄ້າໃສ.

ຜູ້ຈັດການກຳລະນີ: ລະບຸຊື່ຂອງຜູ້ຈັດການກຳລະນີຂອງລູກຄ້າ.

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ຕື່ມຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຮັດວຽກໂດຍກົງກັບລູກຄ້າ.

ຊື່ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ລະບຸຊື່ຂອງຕົວແທນທີ່ແພດທີ່ເຮັດວຽກກັບລູກຄ້າເຮັດວຽກນຳ.

ວັນທີຂຽນແບບຟອມການບຳບັດເສີມ (27.194): ລະບຸວັນທີທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້.

ຊ່ວງວັນທີ່ສຳລັບລາຍງານນີ້: ນີ້ແມ່ນຊ່ວງວັນທີ່ແບບຟອມນີ້ລາຍງານເຖິງ.

ລູກຄ້າ PASSR: ໝາຍກ່ອງນີ້ ຖ້ານີ້ແມ່ນລູກຄ້າທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍໂຄງການ PASSR.

ຜູ້ຈັດການກຳລະນີຂອງລູກຄ້າສາມາດຢືນຢັນໄດ້.

ອະທິບາຍເປົ້າໝາຍ ແລະ ຈຸດປະສົງຂອງລູກຄ້າ ສຳລັບການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີ: ລະບຸວິທີການເຊື່ອມຕໍ່ເປົ້າໝາຍຕ່າງໆກັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ແນະນຳທີ່ຮ້ອງຂໍໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳຂອງລູກຄ້າ. ອະທິບາຍວ່າແຕ່ລະເປົ້າໝາຍມີຈຸດມຸ່ງໝາຍເພື່ອເສີມແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳຫຼັກຄືແນວໃດ. ຕ້ອງມີບໍ່ໃຫ້ເກີນສາມເປົ້າໝາຍຕໍ່ແຜນການ.

ໝາຍກ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ສຳລັບປະເພດຍຸດທະສາດການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີທີ່ນຳໃຊ້: ໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ອະທິບາຍຍຸດທະສາດການປິ່ນປົວທີ່ນຳໃຊ້ສຳລັບແຕ່ລະເປົ້າໝາຍ: ວິທີການແລະ ເຕັກນິກທີ່ຖືກນຳມາໃຊ້ເພື່ອສະໜັບສະໜູນລູກຄ້າແມ່ນມີຫຍັງແດ່? ອະທິບາຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຢູ່ບ່ອນນີ້.

ສະຫຼຸບຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍຕາມຈຸດປະສົງ ແລະ ເງື່ອນໄຂທີ່ສາມາດວັດໄດ້, ລວມທັງອຸປະສັກຕ່າງໆ: ລະບຸຍຸດທະສາດທາງເລືອກທີ່ວາງແຜນໄວ້ເພື່ອແກ້ໄຂອຸປະສັກຕ່າງໆ. ລະບຸຂັ້ນຕອນຕ່າງໆທີ່ລູກຄ້າໄດ້ເຮັດໃນການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາເຂົ້າໃກ້ກັບເປົ້າໝາຍຂອງຕົນ. ການບໍລິການນີ້ໄດ້ຊ່ວຍລູກຄ້າມີຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ເປົ້າໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າຄືແນວໃດ? ໃນມາດຕາວັດຈາກ -10 ລູກຄ້າຢູ່ຈຸດໃດ ໃນການບັນລຸເປົ້າໝາຍທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງເຂົາເຈົ້າສຳລັບການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີ?

ລະບຸຄຳແນະນຳການສົ່ງຕໍ່: ຖ້າລູກຄ້າມີຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອການສຶກສາ (ການສົ່ງຕໍ່ອາດຈະເປັນຜູ້ປະສານງານການດູແລ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານປິ່ນປົວ ຫຼື DDA), ລະບຸການສົ່ງຕໍ່ທີ່ຈຳເປັນທຸກຢ່າງສຳລັບລູກຄ້າທີ່ຢູ່ນອກຂອບເຂດທີ່ການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີສາມາດສະໜອງໃຫ້ໄດ້ ໄວ້ໃນສ່ວນນີ້. ຕົວຢ່າງການພິຈາລະນາ: ມີຄວາມກັງວົນໃດໆກ່ຽວກັບການນຳສະເໜີສຸຂະພາບຈິດຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການສຶກສາ ສຳລັບໂຮງຮຽນບໍ່ລູກຄ້າຕ້ອງການການສົ່ງຕໍ່ໄປຍັງແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຍັງບໍ່ທັນໄດ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບເທື່ອບໍ່?

ວັນທີ ແລະ ເວລາໃຫ້ການບໍລິການໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ: ລະບຸເວລາທີ່ໃຫ້ການບຳບັດດ້ວຍດິນຕີໄວ້ຢູ່ບ່ອນນີ້, ໂດຍຜ່ານປະເພດການໃຫ້ບໍລິການ (ແບບເຊິ່ງໜ້າ ຫຼື ການບໍລິການທາງໂທລະສັບ) ແລ້ວຕໍ່ດ້ວຍເວລາຫຼາຍທີ່ໃຊ້ແມ່ນຫຼາຍປານໃດ.

ວັນທີຈັດກອງປະຊຸມ CFT ທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ການປຶກສາກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານພຶດຕິກຳ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວປະສານງານການດູແລອື່ນໆ: ລະບຸການປະຊຸມທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ ເຊັ່ນກອງປະຊຸມທຶມງານລູກຄ້າ ແລະ ຄອບຄົວ ສຳລັບບຸກຄົນ ກ່ຽວກັບການຍົກເວັ້ນ CIIBS ແລະ ລະບຸຍຸດທະສາດໃນການປຶກສາຫາລືດ້ານການດູແລໃໝ່ທີ່ໄດ້ປຶກສາຫາລື.

ລາຍເຊັນລູກຄ້າ: ລູກຄ້າຕ້ອງເຊັນຊື່ບ່ອນນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ: ຖ້າມີ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ເຊັນຊື່ບ່ອນນີ້, ເພື່ອເປັນການເຫັນດີກັບລາຍງານນີ້.

ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບຳບັດດ້ວຍມ້າຈະເຊັນຊື່ບ່ອນນີ້.