



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

План вовлечения ребенка и семьи
Child and Family Engagement Plan

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ
ПЛАНА В СИЛУ

ДАТА ОКОНЧАНИЯ

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА / ПОДРОСТКА

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ
НОМЕР ADSA

МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА РЕБЕНКА / ПОДРОСТКА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

	Имя, фамилия	Номер телефона (домашний, рабочий, мобильный)
Родитель / законный опекун		
Родитель / законный опекун		
Лицензированный или сертифицированный поставщик услуг		
Контактное лицо для экстренных ситуаций		
Врач		
Стоматолог		
Специалист		
Имя контактного лица школьной программы IEP / 504		
Представитель-получатель платежей		
Близкие люди (члены семьи, друзья, соседи)	Кем приходится ребенку	Номер телефона (домашний, рабочий, мобильный)
ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА (НАПР. WISE, ПОСТАВЩИК УСЛУГ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И/ИЛИ ПОСТАВЩИК АВА)		
НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ (НАПР. ЦЕРКОВЬ / УМСА / РЕКРЕАЦИОННЫЙ ЦЕНТР/)		
ШКОЛА: КАКОВО ОБЫЧНОЕ РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ, КТО ГЛАВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ПО ВСЕМ ВОПРОСАМ, КАСАЮЩИМСЯ ШКОЛЫ, А ТАКЖЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ПРОГРАММЫ IEP/504?		
НА КАКИХ АСПЕКТАХ УХОДА ЗА ВАШЕМ РЕБЕНКОМ ВЫ ХОТИТЕ СОСРЕДОТОЧИТЬ ВНИМАНИЕ? КАК ОНИ ОТНОСЯТСЯ К ЦЕЛЯМ НА БУДУЩЕЕ / ТОМУ, КАКИМ ВЫ ВИДИТЕ БУДУЩЕЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА?		
КАК ВЫ ВИДИТЕ ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА, ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ И ГОД?		

План предоставления ухода (повседневные действия, вечерние мероприятия, предпочтения при получении ухода)

Посещения врача (запись, транспортировка, коммуникация)

Подписана ли форма информированного согласия на получение медицинских услуг? Да Нет

Финансовое планирование*

Помогает ли поставщик услуг управлять какой-либо частью денежных средств клиента? Да Нет
Требуется ли клиенту поддержка при приобретении навыков управления деньгами? Да Нет

* Родители продолжают нести ответственность за обычные текущие расходы на детей, включая одежду, школьные принадлежности и т. д.

Назначен ли представитель-получатель платежей (только один раз): Да Нет

Если нет, предоставьте дату, до которой это действие будет выполнено:

Подано ли заявление на получение дополнительного пособия по социальному обеспечению (SSI)? (Только один раз) Да Нет

Если да, укажите дату подачи заявления:

Если нет, предоставьте дату, до которой это действие будет выполнено:

Культурные особенности / особые события

Имеются ли у подростка и/или семьи важные культурные особенности или предпочтения в сфере духовной жизни (праздники, дни рождения, другие культурные / духовные события), которые необходимо учитывать поставщику услуг? Да Нет

Если да, опишите:

Даты рождения: Как этот подросток и/или эта семья празднуют дни рождения?

Праздники: Какие праздники важны для этого подростка и/или семьи?

Летние каникулы: Участвует ли этот подросток в летней программе или других летних мероприятиях?	
Планы на отдых:	
Другое:	
Планы участия семьи в жизни ребенка	
Как семья будет продолжать участвовать в жизни своего подростка?	
Должен ли лицензированный или сертифицированный поставщик услуг предоставлять помощь при планировании посещений членов семьи?	
Я буду посещать своего ребенка раз в месяц, в следующих местах: В учреждении OHS, в общественном месте или в доме семейного проживания.	
Являясь родителем / опекуном своего ребенка, я соглашаюсь с приведенными выше условиями и уведомя специалиста DDA по социальному обеспечению и поставщика услуг, занимающихся моим ребенком, о любых изменениях. Эта форма может быть обновлена и изменена, если это потребуются.	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО ИЛИ СЕРТИФИЦИРОВАННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА

Инструкции для составления Плана вовлечения семьи

Эта форма должна быть заполнена в течение 45 дней после поступления в учреждение по оказанию услуг вне дома. Родитель, социальный работник отдела DDD и сотрудник учреждения с проживанием / приемный родитель обязаны присутствовать на собрании, посвященном Плану вовлечения семьи. Родители должны получить эту форму до того, как ребенок будет передан в учреждение.

Дата вступления плана в силу: Датой вступления плана в силу является дата подписания формы. Форма подлежит пересмотру во время ежегодной оценки, а также обновлению по мере необходимости во время 90-дневных визитов.

Идентификационный номер ADSA: Номер, генерируемый системой при создании записи о клиенте.

Дата окончания: 364 дня с даты вступления плана в силу.

Место жительства ребенка/подростка: Местонахождение лицензированного или сертифицированного учреждения для проживания.

Врач / стоматолог: Контактная информация текущего врача (основной лечащий врач) и стоматолога.

Школа: Название и номер школы по лицензированному или сертифицированному месту жительства ребенка.

Близкие люди: Все люди, участвующие в жизни ребенка / подростка, которые имеют согласие родителей / опекунов на контакт или посещение ребенка.

Общественные организации и официальная поддержка: Опишите план предоставления этих видов поддержки и то, как это будет происходить (например, родитель будет отвечать за ежегодное продление медицинского купона).

Неофициальные общественные организации: Изложите план предоставления этих видов поддержки и как это будет происходить (например, приемный родитель будет возить ребенка в YMCA каждый вторник вечером с 6 до 8 часов).

Школа: Укажите, кто будет координировать школьные услуги, как родитель будет вовлечен в процесс, посещение собраний по индивидуальной образовательной программе (IEP), программы продленного дня, внеклассные мероприятия и т. д. Также включите информацию о привычном школьном расписании. Если ребенок в настоящее время не учится в школьном округе, где он/она получает услуги вне дома, укажите контактную информацию о текущей школе ребенка и о том, как будет осуществляться передача записей (если это применимо).

Области внимания и цели на будущее: Это возможность для ребенка и семьи обсудить с поставщиком услуг цели по приобретению необходимых социальных навыков и то, на чем они хотели бы сосредоточить поддержку.

Видение первых трех месяцев, шести месяцев и года: Ожидания, связанные с тем, что именно семья и подросток надеются получить, находясь в учреждении по предоставлению услуг вне дома. Включите цели, мечты и желания, которые семья имеет для своего ребенка, или те, которые ребенок хочет достичь.

План предоставления ухода: Включите такую информацию, как предпочтения в одежде, правила личной гигиены, правила ухода за ногтями и волосами, культурные предпочтения, режим сна и т.д.

Посещения врача: Укажите, кто будет посещать медицинские учреждения, перевозить подростка, общаться с врачом, а также очертите план вовлечения семьи с учетом визитов к врачу.

Финансовый план: Укажите, как будут удовлетворяться финансовые потребности ребенка/подростка. Укажите, кто будет выступать в качестве представителя-получателя платежей. Опишите решения и планы родителей в отношении финансов ребенка/подростка, например, создание трастового счета ABLE, похоронного счета, пособия на ребенка/подростка, алиментов и т. д. Обсудите обязательства в отношении ребенка в том, что касается проживания и питания, в виде статьи расходов «Участие клиента». **Заявление на получение SSI:** Укажите дату подачи заявления на получение SSI. Это нужно сделать только один раз. Если этот шаг не был выполнен, укажите дату, когда родитель выполнит это действие.

План участия семьи в жизни ребенка: Опишите, как семья будет участвовать в жизни подростка. Включает план посещений учреждения с проживанием, встреч в общественных местах, письменного общения, телефонных звонков и т.д. Если поставщик услуг будет помогать с этими посещениями и контактами, опишите, какая помощь будет оказана, например, предоставление транспорта, предоставление персонала на время определенных контактов и т.д.