

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
گزارش پیشرفت 90 روزه (سه ماهه) مشاوره ارمنند و خانواده (SFC)
Staff and Family Consultation (SFC) 90-Day (Quarterly) Progress Report

نام مشتری	نام مدیر پرونده	
نام ارائه‌دهنده	نام سازمان ارائه‌دهنده	
تاریخ طرح اولیه	محدوده تاریخ این گزارش	
هدف مشاوره عضو خانواده یا کارمند (S/F) و خلاصه پیشرفت ایشان در 90 روز گذشته:		
نیاز به پشتیبانی جهت کمک به S/F در دستیابی به هدف خود: کلیه موارد صحیح را علامت بزنید.		
<p>مشاهده اقدام عضو S/F <input type="checkbox"/></p> <p>مدلسازی تکنیک‌های مناسب برای S/F <input type="checkbox"/></p> <p>مشاوره تلفنی <input type="checkbox"/></p> <p>ارجاع به گروه حمایت خانواده و سازمان حامی <input type="checkbox"/></p> <p>توصیف کنید:</p>		
اگر مشتری طرح درمانی فعلی دارد که مشاوره در آن ارائه می‌شود، آیا کارمند یا عضو خانواده نیازهای جدیدی گزارش می‌دهند که باید به درمانگر اطلاع داده شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
در صورت بله، لطفاً به‌طور خلاصه توضیح دهید:		
موانع سد راه عضو خانواده یا کارمند برای رسیدن به هدف(اهداف) خود/تغییرات توصیه‌شده در طرح اولیه:		
ارجاع‌های ارائه‌شده از آخرین گزارش، در 90 روز گذشته، یا تغییر قابل‌توجه در رابطه با حضور مشتری که در 90 روز گذشته مشاهده شده است (در صورت وجود، تاریخ ارجاع ذکر شود):		
مشاوره کارمند و خانواده چه زمانی ارائه شد (تاریخ‌ها/زمان‌های خدمات در 90 روز گذشته)؟		
تاریخ	ارائه خدمات (جلوی روش ارائه تیک بگذارید)	زمان صرف‌شده (در 15 دقیقه)
<input type="checkbox"/>	حضور <input type="checkbox"/> خدمات راه دور <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	حضور <input type="checkbox"/> خدمات راه دور <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	حضور <input type="checkbox"/> خدمات راه دور <input type="checkbox"/>	

دستورالعمل‌های فرم گزارش پیشرفت مشاوره کارمند و خانواده
(توسط ارائه‌دهنده تکمیل شود.)

مشتری: نام مشتری را وارد کنید.

ارائه‌دهنده: نام ارائه‌دهنده مشاوره کارمند و خانواده را وارد کنید.

مدیر پرونده: نام مدیر منابع پرونده فعلی مشتری را اضافه کنید.

اسقاط حق: هر اسقاط حق را که مشتری پذیرفته است، اضافه کنید.

محدوده تاریخ گزارش: این گزارش پیشرفت برای چه محدوده تاریخی است؟ ماه‌هایی را ذکر کنید که ارائه‌دهنده، توان‌بخشی تخصصی موردبحث در این گزارش را ارائه کرده است. مثال: ژانویه، فوریه، مارس.

هدف و خلاصه مشاوره عضو خانواده یا کارمند (S/F): هدف عضو خانواده یا کارمند را مستند کنید. این هدف باید با آنچه در طرح اولیه کارمند و خانواده ذکر شده است، مطابقت داشته باشد. پیشرفت عضو خانواده یا کارمند در 90 روز گذشته را مستند کنید.

پشتیبانی موردنیاز: بنویسید ارائه‌دهنده چه کارهایی را با خانواده یا کارمند انجام خواهد داد تا به آن‌ها کمک کند به اهداف مشاوره کارمند و خانواده خود دست پیدا کنند.

طرح درمانی فعلی وجود دارد؟ بنویسید آیا مشتری دارای طرح درمانی فعلی است که مشاوره در آن ارائه می‌شود، و آیا نیازهای جدیدی وجود دارد که باید به متخصص نگارش‌کننده طرح درمان اطلاع داده شود؟

موانع دستیابی به هدف(اهداف): هرگونه مانع یا چالش تجربه‌شده در مسیر کمک به عضو خانواده یا کارمند و همچنین هرگونه تغییر توصیه‌شده در طرح اولیه را مستند کنید.

ارجاع‌ها: هرگونه مانع، چالش، یا تغییر در مشاوره کارمند و خانواده در 90 روز گذشته را مستند کنید. (در صورت وجود، تاریخ ارجاع را ذکر کنید).

مشاوره کارمند و خانواده را چه زمانی ارائه کردید؟ تاریخ‌های ارائه مشاوره کارمند و خانواده را مستند کنید. ارائه خدمات حضوری و ارائه خدمات از راه دور باید مشخص شود. در ستون آخر، مشخص کنید روزانه چه مدت با مشتری کار کردید (مثال: یک (1) ساعت).

امضای مشتری: نام خود را اینجا امضا کنید. این به معنای موافقت شما با این فرم و قبول آن است.

امضای نماینده قانونی: در صورت وجود، نماینده قانونی اینجا امضا کند. این به معنای موافقت ایشان با این فرم و قبول آن است.

امضای ارائه‌دهنده: نام خود را اینجا امضا کنید.