

Первоначальный план специальной адаптации

ИМЯ УЧАСТНИКА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ		ИМЯ ПОСТАВЩИКА	
ИМЯ КООРДИНАТОРА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ		ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ИЛИ ПЕРЕСМОТРА ПЛАНА	
ТЕКУЩАЯ АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА			
<p>Отметьте целевые категории специальной адаптации:</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Самоутверждение</u> – способствует повышению самооценки, уверенности в себе и получению навыков для достижения целей личного развития</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Осознание безопасности и самоадвокация</u> – способствует повышению осознания безопасности и эффективного выражения потребностей, желаний и целей.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Эффективность межличностных коммуникаций и эффективная социальная коммуникация</u> – способствует развитию социальных навыков для построения и поддержания отношений или повышения уровня вовлечения в жизнь местного сообщества или семьи</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Стратегии преодоления повседневных жизненных трудностей</u> – способствует улучшению навыков решения проблем и методов управления стрессом</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Решение повседневных задач и приобретение адаптивных навыков</u> – способствует развитию навыков благополучного существования в местном сообществе и повышению независимости</p>			
Цели и задачи SMART			
Опишите цель(-и) и задачу(-и), которые рассматриваются в Политике 4.20. Не более трех целей на план.		Цели и задачи SMART:	
Цель 1		<ul style="list-style-type: none"> • Specific (Конкретная) • Measurable (Измеримая) • Achievable (Достижимая) • Relevant (Релевантная) • Time-bound (Ограниченная по срокам) 	
Цель 2			
Цель 3			
Как часто предоставляется услуга			
Предполагаемая частота и продолжительность предоставления услуги (Как часто и в течение какого времени услуга будет предоставляться клиенту для достижения его цели):			
Цель 1			
Цель 2			
Цель 3			
План содействия достижению цели(-ей) (какие методы и приемы будут использоваться для поддержки клиента)			
Цель 1			
Цель 2			
Цель 3			
Каким образом измеряется прогресс и как с помощью этих показателей определить завершение периода предоставления услуг?			
Цель 1			
Цель 2			
Цель 3			

Перечислите рекомендации о направлении к специалистам, если у участника альтернативной программы имеются потенциальные основные потребности в медицинской поддержке, поддержке психического здоровья или образовательной поддержке (направление может быть направлено координатору по вопросам ухода, лечащему специалисту или DDA):

Дата направления:

Подписи

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА	ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ	ДАТА	ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ/РЕСУРСОВ DDA	ДАТА

Инструкции к первоначальному плану специальной адаптации

Имя участника альтернативной программы: Укажите имя клиента.

Имя поставщика услуг: Укажите имя поставщика, который работает непосредственно с клиентом. Если это агентство, укажите название агентства, а затем конкретного врача/специалиста, предоставляющего услугу.

Имя координатора услуг: Укажите имя координатора услуг клиента.

Дата составления или пересмотра плана: Укажите дату составления плана.

Текущая альтернативная программа: Укажите текущую альтернативную программу DDA, в которой зарегистрирован клиент.

Укажите целевые категории специальной адаптации: Отметьте галочкой поле, соответствующее категории специальной адаптации, с которой клиент хотел бы работать. Не ставьте галочек больше, чем целей. Пример: Если у клиента три (3) цели (что является максимумом), то должны быть отмечены только три (3) или менее поля. В одну категорию может входить несколько целей, поэтому допускается иметь три (3) цели, но отметить в этой области можно только два (2) поля.

Опишите цель(-и) и задачу(-и), которые рассматриваются в Политике 4.20. Не более трех целей на план: Определите цели, которые ставит клиент, исходя из критериев целей S.M.A.R.T, используя в качестве ориентира небольшую таблицу справа от формы. Чего хочет клиент? Какова его цель? Она должна быть лично-ориентированной и выражена словами клиента.

Какова предполагаемая частота и продолжительность предоставления услуги? Опишите продолжительность услуги специальной адаптации по достижению клиентом своей цели. Как часто клиент должен сотрудничать с поставщиком услуг, чтобы достичь своей цели? Пример: Один раз в неделю в течение двух (2) часов на протяжении следующих трех (3) месяцев.

План по достижению цели(-ей) (Какие методы и приемы будут использоваться для помощи клиенту): Какие методы и приемы будут использоваться, чтобы помочь клиенту достичь своей цели? Опишите их здесь.

Каким образом измеряется прогресс и как с помощью этих показателей определить завершение периода предоставления услуг? Определите, каким образом будет измеряться или осуществляться процесс достижения цели. Когда клиент узнает, что он достиг своей цели или что услуга больше не нужна?

Перечислите рекомендации о направлении к специалистам, если у участника альтернативной программы имеются потенциальные основные потребности в медицинской поддержке, поддержке психического здоровья или образовательной поддержке (направление может быть направлено координатору по вопросам ухода, лечащему специалисту или DDA): Перечислите в этом разделе все необходимые для клиента направления, которые не могут быть предоставлены в рамках специальной адаптации. Примеры для рассмотрения: Существуют ли какие-либо проблемы, связанные с представлением клиента о его психическом здоровье или потребности в образовании для клиентов школьного возраста? Нужно ли клиенту направление к ресурсам, доступа к которым у него еще нет?

Подпись поставщика услуг: Здесь будет стоять подпись поставщика SH.

Подпись законного представителя: Если применимо, законный представитель клиента должен поставить свою подпись здесь, соглашаясь с этим первоначальным планом.

Подпись участника альтернативной программы: Тут должна стоять подпись клиента.

Подпись координатора медицинских услуг или ресурсов DDA: здесь должна стоять подпись координатора услуг клиента.