

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  
**تقرير الـ 90 يوماً (ربع السنوي) للتأهيل المتخصص**  
**Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report**

اسم مدير الحالة	اسم العميل
اسم الوكالة مقدمة الخدمة	اسم مقدم الخدمة
النطاق الزمني لهذا التقرير	تاريخ كتابة الخطة الأولية أو مراجعتها
الفئات المستهدفة من التأهيل المتخصص (على النحو المحدد في نموذج الخطة الأولية، DSHS 10-657)	
<input type="checkbox"/> التمكين الذاتي <input type="checkbox"/> الوعي بالسلامة ومناصرة الذات <input type="checkbox"/> الفعالية المتبادلة بين الأشخاص والتواصل الاجتماعي الفعال <input type="checkbox"/> إستراتيجيات التأقلم فيما يتعلق بتحديات الحياة اليومية <input type="checkbox"/> إدارة المهام اليومية واكتساب مهارات التكيف	
الأهداف والمقاصد المتناولة كما تظهر في السياسة 4.20. اكتب ما لا يزيد على ثلاثة لكل خطة.	
الهدف رقم 1	
الهدف رقم 2	
الهدف رقم 3	
إذا تم تحديد أي أهداف علاجية جديدة، فتجب مراجعة خطة التأهيل المتخصص الأولية.	
إستراتيجيات العلاج المستخدمة لكل هدف أعلاه	
الهدف رقم 1	
الهدف رقم 2	
الهدف رقم 3	
تلخيص التقدم المحرز نحو تحقيق الهدف بالفاظ موضوعية وقابلة للقياس. إذا لم يتم إحراز تقدم، فاذكر الإستراتيجيات البديلة المخطط لها.	
الهدف رقم 1	
الهدف رقم 2	
الهدف رقم 3	
إكمال الهدف، باستخدام مقياس من 1 إلى 10 (رقم الهدف) يعني أنه تم تحقيق الهدف	
الهدف رقم 1:	
الهدف رقم 2:	
الهدف رقم 3:	
ضع قائمة بتوصيات الإحالة إذا أبدى المشارك المعفي احتياجات دعم طبية أو نفسية أو عقلية أو تعليمية كامنة محتملة:	
متى قدمت استشارة الأسرة والموظفين (تواريخ/أوقات الخدمة في آخر 90 يوماً)؟	
التاريخ	نوع تقديم الخدمة (ضع علامة على طريقة التقديم)
الوقت المستغرق (في 15 دقيقة)	
	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> خدمة هاتفية
	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> خدمة هاتفية
	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> خدمة هاتفية
	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> خدمة هاتفية
	<input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> خدمة هاتفية



## إرشادات حول التقرير ربع السنوي عن التقدم المحرز للتأهيل المتخصص

اسم العميل: أضع اسم العميل.

اسم مدير الحالة: اكتب اسم مدير حالة العميل.

اسم مقدم الخدمة: أضع اسم مقدم الخدمة الذي يعمل مباشرة مع العميل.

اسم الوكالة مقدمة الخدمة: اكتب اسم الوكالة التي يعمل فيها المختص السريري الذي يتعاون مع العميل.

تاريخ كتابة الخطة أو مراجعتها: اكتب تاريخ اكتمال هذه الخطة.

تاريخ اليوم: هو تاريخ كتابة هذا النموذج.

**الفئات المستهدفة من التأهيل المتخصص:** ضع علامة في المربع حسب فئة التأهيل المتخصص التي يرغب العميل في العمل عليها. لا تضع علامة في عدد مربعات أكثر من الأهداف. مثال: إذا كان لدى العميل ثلاثة (3) أهداف (وهو الحد الأقصى في أي وقت)، فيجب تحديد ثلاثة (3) مربعات فقط أو أقل. قد يكون هناك العديد من الأهداف التي تندرج تحت فئة واحدة، لذا من الممكن أن يكون لديك ثلاثة (3) أهداف، مع وضع علامة في مربعين (2) فقط للمجال المطلوب.

**إستراتيجيات العلاج المستخدمة لكل هدف:** ما الطرق والأساليب التي تم استخدامها لدعم العميل؟ صفها هنا.

**ما التكرار والمدة المتوقعة للخدمة؟** صف المدة المتوقعة لاستمرار خدمة التأهيل المتخصص حتى يتمكن العميل من الوصول إلى هدفه. كم مرة سيحتاج العميل إلى العمل مع مقدم الخدمة حتى يصل إلى هدفه؟ مثال: مرة واحدة في الأسبوع لمدة ساعتين (2)، للأشهر الثلاثة (3) التالية.

**قائمة توصيات الإحالة:** إذا أبدى العميل احتياجات دعم طبية أو نفسية وعقلية أو تعليمية كامنة محتملة (قد تكون الإحالة إلى منسق رعاية، أو أخصائي علاج، أو إدارة الإعاقات النمائية ((DDA)، فاذكر في هذا القسم أي إحالات ضرورية للعميل خارج ما يمكن أن يقدمه التأهيل المتخصص. أمثلة للأخذ في الحسبان: هل هناك أي مخاوف بشأن الصحة النفسية والعقلية للعميل أو الاحتياجات التعليمية للعميل في سن المدرسة؟ هل يحتاج العميل إلى إحالة إلى موارد لم يصل إليها بعد؟

**تواريخ الخدمة وأوقاتها في آخر 90 يوماً:** وثق هنا متى تم توفير التأهيل المتخصص، من خلال تحديد نوع تقديم الخدمة (شخصياً أو من خلال الرعاية الصحية الهاتفية)، ثم مقدار الوقت الذي تم قضاؤه.

**توقيع العميل:** يجب أن يُوقع العميل هنا.

**توقيع الممثل القانوني:** عند الاقتضاء، يحتاج الممثل القانوني للعميل أن يُوقع هنا للموافقة على هذه الخطة الأولية.

**توقيع مقدم الخدمة:** يجب أن يُوقع مقدم خدمة التأهيل المتخصص هنا.