



生活技能 90 天（每季度）报告 Life Skills 90-Day (Quarterly) Report

服务对象姓名	个案管理员姓名
服务提供者姓名	服务提供者机构名称
初步计划编制或修订日期	此报告的日期范围

生活技能的目标类别（如初始计划表 DSHS 10-657 所确定）

- 自强
- 安全意识和自我拥护
- 人际有效性和有效社会沟通
- 应对日常生活挑战的应对策略
- 管理日常任务和获得适应技能

政策 4.20 中提出的目标和目的。每项计划中不超过三个。

目标 1	
目标 2	
目标 3	

如果确定了任何新的治疗目标，则必须修改生活技能初步计划。

针对上述每个目标采用的治疗策略

目标 1	
目标 2	
目标 3	

用客观和可衡量的术语总结实现目标的进度。

如果进度未达到，则包括计划的替代策略。

目标 1		目标完成，使用 1-10 分（10 分表示达成目标） 目标 1: 目标 2: 目标 3:
目标 2		
目标 3		

如果另选安置计划参与者提出潜在的医疗、心理健康或教育支持需求，请列出转介建议：

如果另选安置计划参与者提出潜在的医疗、心理健康或教育支持需求，请列出转介建议：		

您在何时提供了生活技能服务（最近 90 天的服务日期/时间）？

日期	服务交付（勾选交付方法）	花费的时间（15 分钟内）
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 亲临服务 <input type="checkbox"/> 远程服务	

生活技能季度进度报告的说明

服务对象姓名：添加服务对象的姓名。

个案管理员姓名：包括服务对象的个案管理员的姓名。

服务提供者姓名：添加与服务对象直接一起工作的服务提供者的姓名。

服务提供者机构名称：包括与服务对象合作的临床医生工作的机构的名称。

计划编制或修订日期：包括完成此计划的时间。

今日日期：这是写这张表格的日期。

生活技能的目标类别：根据服务对象希望使用的生活技能的类别勾选方框。不要勾选比目标更多的方框。示例：如果服务对象有三(3)个目标（任何时候的最多目标），则必须只选中三(3)个或更少的复选框。一个类别下可能有多个目标，因此可以有三(3)个目标，但在此区域中只能选中两(2)个方框。

针对每个目标采用的治疗策略：曾使用哪些方法和技术来支持服务对象？请在此处描述。

预期的服务频率和持续时间是怎样的？描述在服务对象能够达到他们的目标之前，生活技能服务预计将持续多久。服务对象需要多久与服务提供者合作一次才能达到目标？示例：在接下来的三(3)个月内，每周一次，持续两(2)小时。

列出转介建议：如果服务对象提出潜在的医疗、心理健康或教育支持需求（可转介至护理协调员、专业治疗人员或DDA），请在本部分中列出服务对象所需的任何转介，这些转介不在生活技能服务所能提供的范围内。考虑示例：是否对服务对象的心理健康状况或老龄服务对象的教育需求有任何担忧？服务对象是否需要转介到他们尚未连接的资源？

最近 90 天的服务日期和时间：在这里记录何时提供生活技能服务，通过何种服务提供（亲临服务或远程医疗服务），以及花费了多少时间。

服务对象签名：服务对象必须在此处签名。

法定代表人签名：如果适用，服务对象的法定代表人需要在此处签字，同意此初步计划。

服务提供者签名：生活技能服务提供者将在此处签名。