

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
ໃບລາຍງານການພັກພື້ນພິເສດ 90 ວັນ (ເທີມສາມເດືອນ)
Specialized Habilitation 90-Day (Quarterly) Report

| | | | |
|---|-------|--|-------|
| ຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງການສະລະສິດ | | ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປຶ້ນປົວ | |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຈັດການເອກສານ | | ວັນທີທີ່ແຜນການໄດ້ຖືກຂຽນ ຫລື ດັດແປງແກ້ໄຂ | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ ແລະ ວັດຖຸປະສົງທີ່ຖືກສະເໜີແກ້ໄຂຕາມທີ່ມັນປາກົດຢູ່ໃນ Policy 4.20 . ບໍ່ມີຈຸດມຸ່ງຫມາຍຫລາຍກວ່າສາມຢ່າງຕໍ່ແຜນການອັນນຶ່ງ. | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 1 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 2 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 3 | | | |
| ຖ້າຫາກວ່າຈຸດມຸ່ງຫມາຍຂອງການປຶ້ນປົວໃຫມ່ແນວໃດແນວນຶ່ງໄດ້ຖືກຊັບອກ, ແຜນການເບື້ອງຕົ້ນຂອງການພັກພື້ນພິເສດຕ້ອງໄດ້ຖືກດັດແປງແກ້ໄຂ. | | | |
| ຍຸດທະວິທີຂອງການປຶ້ນປົວທີ່ຖືກໃຊ້ສໍາລັບຈຸດມຸ່ງຫມາຍຂ້າງເທິງນີ້ແຕ່ລະຢ່າງ | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 1 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 2 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 3 | | | |
| ສະລຸບຄວາມຜົນຄືບໜ້າໄປສູ່ຄວາມສໍາເລັດໃນຈຸດມຸ່ງຫມາຍເປັນຂໍ້ຄວາມທີ່ມີຄວາມຫມາຍ ແລະ ວັດຖຸທັກໄດ້. | | ການສໍາເລັດຈຸດມຸ່ງຫມາຍ, ໂດຍການໃຊ້ຕາສັ່ງນໍ້າໜັກຈາກ 1 – 10 (10 ເປັນຈຸດມຸ່ງຫມາຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ບັນລຸ) ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 1: ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 2: ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 3: | |
| ຖ້າຫາກວ່າຜົນຄືບໜ້າບໍ່ໄດ້ຖືກເຮັດອອກມາ, ລວມເອົາຍຸດທະວິທີແນວອື່ນທີ່ຖືກວາງແຜນໄວ້. | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 1 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 2 | | | |
| ຈຸດມຸ່ງຫມາຍ 3 | | | |
| ຂຽນລາຍການຂອງຄໍາແນະນໍາໃນການສົ່ງຕໍ່ໄປຫາຖ້າຫາກວ່າຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງການສະລະສິດສະແດງໃຫ້ເຫັນຄວາມຕ້ອງການນໍາການຈຸ້ມຮູ້ນໍາການພະຍາບານທີ່ຮ້າຍແຮງທີ່ອາດຈະເປັນໄປໄດ້, ສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ຫລື ນໍາການສຶກສາ: | | | |
| ວັນທີ / ເວລາຂອງການບໍລິການປຶ້ນປົວໃນ 90 ວັນຜ່ານມາ: ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ວັນທີ: ຈໍານວນຂອງຫນ່ວຍ (15 ນາທີ): ລວມເອົາການຍ້ຽມຢາມເພີ່ມເຕີມໃສ່ຫນ້າເຈ້ຍຕ່າງຫາກ ແລະ ຄັດໃສ່ມານໍາໃບລາຍງານໃບນີ້. ຫນ່ວຍທັງໝົດ (15 ນາທີຂອງການບໍລິການປຶ້ນປົວທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໃນ 90 ວັນຜ່ານມາ: | | | |
| ລາຍເຊັນ | | | |
| ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ການປຶ້ນປົວ | ວັນທີ | ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ | ວັນທີ |
| ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງການສະລະສິດ | ວັນທີ | ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຈັດການເອກສານ/ຊ່ວຍເຫລືອຂອງ DDA | ວັນທີ |