

儿童暂托申请

首次申请 更新申请

申请的暂托类型:

强化暂托服务 (ERS)

专属暂托

在许可环境中受豁免计划资助的暂托

请随信附上 DDA 评估详情、IEP、ABA 或行为支持计划、信息披露知情同意书（同意书包含“其他 DSHS 订约供应商：Licensed Staffed Residential 服务机构”）以及其他相关信息。

个人姓名	出生日期	ADSA 号码	地区
------	------	---------	----

地址	市	州	邮政编码
----	---	---	------

父母 / 监护人	常用电话号码（带区号）
----------	-------------

电子邮件地址	紧急电话 / 手机号码	后备照护者电话 / 手机号码（如联系不到父母 / 监护人）
--------	-------------	-------------------------------

如邮寄地址与上述不同 <input type="checkbox"/> 与上述相同	市	州	邮政编码
---	---	---	------

DDA CRM 姓名及电话号码	通过以下方式接受仅针对强化暂托服务的暂托入住后调查 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 调查文件
-----------------	--

家人是否愿意前往华盛顿东部或西部接受强化暂托服务？ 是 否

翻译服务

否 是；哪种语言：

申请暂托的日期*（仅适用于接受专属暂托或受豁免计划资助的暂托）

	从	至	交通方式：
1.			
2.			
3.			

* 申请得到正式批准前，所申请的暂托日期暂不能确定。计划外的紧急情况可能取代和/或影响先前的暂托。

教育

学校名称	学区
------	----

地址	市	州	邮政编码
----	---	---	------

教师姓名	工作电话号码
------	--------

孩子是否参加全日制学习（六小时）？ 是 否

医疗			
PROVIDER ONE 服务接受者编号			
药物治疗现况	剂量	频率	处方开具原因
需要时服用的药物	请说明服用方案		
请说明服药和/或使用药膏或滴剂（包括维生素）时需要何种协助： <input type="checkbox"/> 仅监督 <input type="checkbox"/> 口头提示 <input type="checkbox"/> 用杯子装好递上 <input type="checkbox"/> 碾碎放入食物中 <input type="checkbox"/> 身体上的协助 <input type="checkbox"/> 通过胃管给药 <input type="checkbox"/> 个人没有任何口服 / 外用药物 <input type="checkbox"/> 其他：			
过敏（请说明）			
饮食限制 / 食物偏好（请说明）			
是否有癫痫症？如有，请说明类型、频率、最后一次发作以及规定的癫痫发作急救方案（如有） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
主治医生			电话号码
牙医			电话号码
其他医生（指定类型）			电话号码
其他医疗或行为健康服务提供方（指定类型）			电话号码
其他医疗或行为健康服务提供方（指定类型）			电话号码
请说明哪些表现代表客户正在经历痛苦：			
请说明语言和沟通能力以及包括 PECS、可视计划表、通讯设备等在内的支持需求：			

行为		
<input type="checkbox"/> 神志恍惚 / 逃避	<input type="checkbox"/> 抛掷物品	<input type="checkbox"/> 自伤行为
<input type="checkbox"/> 躲藏	<input type="checkbox"/> 破坏财物	<input type="checkbox"/> 身体攻击性
<input type="checkbox"/> 冲进车流中	<input type="checkbox"/> 应激刺激	<input type="checkbox"/> 如厕问题
<input type="checkbox"/> 打开正在行驶的车门	<input type="checkbox"/> 感觉 / 噪音 / 触觉问题	<input type="checkbox"/> 小便失禁
<input type="checkbox"/> PICA (异食症)	<input type="checkbox"/> 暴食症	<input type="checkbox"/> 大声嘶喊
<input type="checkbox"/> 吸入有害物质	<input type="checkbox"/> 厌食症	<input type="checkbox"/> 咬人
<input type="checkbox"/> 纵火	<input type="checkbox"/> 撞头	<input type="checkbox"/> 不适当的性行为
孩子在家庭、社区和学校中表现出的最令人担忧的行为是什么？		
什么事情需要避免（大声的音乐、触摸、食物等）？		
您关心的安全问题是什么？		
监管要求：		
请说明对健康和安全的监管等级：最低、可见、一对一、陪夜护理等。		
您在家中是否使用了任何限制性程序或物理干预来改善挑战性行为（手臂夹板、头盔、安全带等）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有，请说明。请注意，暂托服务提供方可能需要向专业治疗人员索要安全防护装备（例如头盔、手臂夹板等）的使用说明书。		
您在家中或学校是否采用了行为支持计划？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有，请随暂托申请书附上该计划的副本。		
您目前在家中使用了警报装置吗？如有，请说明。		
社区监管需求（由于具有挑战性，一对一社区监管可与其他孩子一起实施）：		
日常活动：		
请尽量详细地说明每项日常活动。		
晨间活动：请说明客户的例行活动和偏好，包括例行活动在一天中出现的时间、进餐时间、洗浴时间。		
夜间活动和就寝：请说明客户的例行活动和偏好，包括例行活动在一天中出现的时间、进餐时间、洗浴时间。		

上学期间日常活动：请说明客户的例行活动和偏好。

非上学期间日常活动：请说明客户的例行活动和偏好。

娱乐 / 活动 / 社区参与
请说明客户在以下方面的个人偏好。

更喜欢社区的娱乐或休闲活动：

更喜欢家中和社区的活动。避免在家中和社区的活动。

还有任何文化或宗教方面的支持需求吗？如有，请说明。

访客 - 请列明暂托寄住期间允许探访您孩子的人员。

姓名	同意的接触类型 <input type="checkbox"/> 探访 <input type="checkbox"/> 电话	电话号码
地址	市	州 邮政编码

姓名	同意的接触类型 <input type="checkbox"/> 探访 <input type="checkbox"/> 电话	电话号码
地址	市	州 邮政编码

申请审核和签名

填表人姓名（如非孩子父母）	签名	日期
父母签名（如有人代表您填写此表）		日期