

아동 임시 간호 신청

최초 요청 업데이트된 요청

요청된 임시 간호 유형:
 강화된 임시 간호 서비스(ERS, Enhanced Respite Services)
 전담 임시 간호(Dedicated Respite)
 면허가 있는 환경에서의 면제 자금 임시 간호

DDA 평가 세부 정보, IEP, ABA 또는 행동 지원 계획, 정보 공개에 대한 유효한 동의(동의를 "다른 DSHS 계약 제공자: 면허가 있는 직원 상주 시설" 포함) 및 다른 관련 정보를 첨부하시기 바랍니다.

개인 이름	생년월일	ADSA ID 번호	지역
주소		도시	주 우편번호

부모/보호자		기본 전화번호(지역번호 포함)
이메일 주소	비상 전화/휴대폰	백업 간병인 전화/휴대폰(부모/보호자에게 연락할 수 없는 경우)
위와 다른 경우 우편 주소 <input type="checkbox"/> 위와 같음		도시 주 우편번호

DDA CRM 이름 및 전화번호	강화된 임시 간호 서비스에 대한 체류 후 설문조사 다음을 통해서만 받기 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 서면
-------------------	---

가족이 강화된 임시 간호 서비스를 받기 위해 워싱턴 동부 또는 서부로 여행할 의향이 있습니까? 예 아니요

통역 서비스
 예 아니요, 특정 언어:

요청한 임시 간호 날짜* (전담 또는 면제 자금 임시 간호를 이용하는 경우에만 사용됩니다)

	시작일	종료일	교통편 제공:
1.			
2.			
3.			

* 요청된 임시 간호 날짜는 요청이 공식적으로 승인될 때까지 확정되지 않습니다. 예기치 못한 응급 상황으로 인해 이전 임시 간호가 대체 및/또는 영향받을 수 있습니다.

교육	
학교 이름	교육구
주소 도시 주 우편번호	
교사 이름	직장 전화
아동이 학교 수업을 모두(6시간) 듣습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

의료			
제공자 1 ID			
현재 복용 의약품	복용량	빈도	처방 이유
필요 시 복용하는 의약품	사용을 위한 프로토콜 설명		
<p>약물을 복용하거나 약용 연고 또는 점안제를 바를 때 어떤 유형의 도움이 필요한지 설명하십시오(비타민 포함).</p> <p><input type="checkbox"/> 감독만 <input type="checkbox"/> 구두로 알림 <input type="checkbox"/> 컵에 담아줌 <input type="checkbox"/> 분쇄하여 식품에 넣어줌 <input type="checkbox"/> 신체적 도움</p> <p><input type="checkbox"/> G-tube 를 통해 약물 투여 <input type="checkbox"/> 경구/국소 약품을 복용하거나 바르지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 기타:</p>			
알레르기(설명)			
식이 제한/선호하는 음식(설명)			
<p>발작 질환? "예"인 경우 유형, 빈도, 마지막 발작 및 (있는 경우) 처방된 발작 시 지침을 설명하십시오</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>			
주치의			전화번호
치과 의사			전화번호
기타 의사(유형 특정)			전화번호
기타 의료 또는 행동 건강 제공자(유형 특정)			전화번호
기타 의료 또는 행동 건강 제공자(유형 특정)			전화번호
고객에게 통증이 있을 때 어떤 식으로 표현하는지 설명하십시오.			
PECS, 시각적 일과표, 커뮤니케이션 장치 등 지원 요구를 포함한 말하기 및 커뮤니케이션 능력을 설명하십시오.			

행동

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 배회하기/도망치기 | <input type="checkbox"/> 물건 던지기 | <input type="checkbox"/> 자해 행위 |
| <input type="checkbox"/> 숨기 | <input type="checkbox"/> 기물 파괴 | <input type="checkbox"/> 신체적 공격 |
| <input type="checkbox"/> 차에 뛰어들기 | <input type="checkbox"/> 자극에 흥분 | <input type="checkbox"/> 대변 문제 |
| <input type="checkbox"/> 움직이는 차량에서 문 열기 | <input type="checkbox"/> 감각/소음/촉각 | <input type="checkbox"/> 부적절한 배뇨 |
| <input type="checkbox"/> 이식증(먹을 수 없는 것 먹기) | <input type="checkbox"/> 폭식증 | <input type="checkbox"/> 시끄럽게 말하기 |
| <input type="checkbox"/> 유해 물질 섭취 | <input type="checkbox"/> 거식증 | <input type="checkbox"/> 깨물기 |
| <input type="checkbox"/> 방화 | <input type="checkbox"/> 머리 흔들기 | <input type="checkbox"/> 부적절한 성적 행동 |

가정, 지역사회, 학교에서 나타나는 가장 염려되는 행동은 무엇입니까?

피해야 할 사항은 무엇입니까(시끄러운 음악, 만지기, 음식 등)?

염려되는 안전 문제는 무엇입니까?

감독 요건:

건강 및 안전에 대한 감독 수준을 설명하십시오. 최소 요건, 시야 내 감독, 일대일 감독, 야간 감독 등.

가정에서 힘들게 하는 행동을 수정하기 위해 사용하는 구속적인 방식 또는 물리적 개입 방식이 있습니까(팔 부목, 헬멧, 하네스 등)?
 예 아니요

"예"인 경우 설명해주시기 바랍니다. 임시 간호 서비스 제공자는 헬멧, 팔 부목 등과 같은 보호 장비 사용에 대해 치료 전문가에게 서면 지침을 요청해야 할 수도 있습니다.

가정이나 학교에서 행동 지원 계획을 활용하고 있습니까? 예 아니요
 "예"인 경우 임시 간호 신청에 해당 계획의 사본을 첨부하여 제출하시기 바랍니다.

현재 가정에서 알람을 사용하고 있습니까? 그런 경우 설명해주시기 바랍니다.

지역 사회 감독 필요(문제로 인해 지역 사회에서 일대일 감독이 필요, 다른 아동과 함께 감독할 수 있음):

일과:

각 일과에 대해 가능한 한 자세하게 설명하시기 바랍니다.

아침 일과: 일과 시간, 식사 시간, 목욕/샤워 시간을 포함하여 고객의 일과와 및 선호 사항에 대해 설명하십시오.

오후 및 취침 시간 일과: 일과 시간, 식사 시간, 목욕/샤워 시간을 포함하여 고객의 일과와 및 선호 사항에 대해 설명하십시오.

일반적인 학교 일과: 고객의 일과와 선호 사항을 설명하십시오.

학교에 가지 않을 때의 일과: 고객의 일과와 선호 사항을 설명하십시오.

레크리에이션/활동/지역 사회 참여
다음 영역에서의 개인적인 선호 사항을 설명하십시오.

지역 사회 내에서 선호하는 레크리에이션 및 여가 활동:

가정 및 지역 사회 내에서 선호하는 활동. 가정 및 지역 사회에서 피해야 할 활동.

문화적 또는 종교적 지원 요건이 있습니까? "예"인 경우 설명해주시기 바랍니다.

방문자 - 임시 간호 기간 동안 아동을 방문할 수 있는 사람을 나열하십시오.

이름	승인된 접촉 유형 <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 전화	전화번호
----	--	------

주소	도시	주	우편번호
----	----	---	------

이름	승인된 접촉 유형 <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 전화	전화번호
----	--	------

주소	도시	주	우편번호
----	----	---	------

신청 검토 및 서명

양식 작성자 이름(부모가 아닌 경우)	서명	날짜
----------------------	----	----

부모 서명(다른 사람이 귀하를 대신하여 양식을 작성한 경우)	날짜
-----------------------------------	----