

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
儿童行为强化居家支持服务计划(CIIBS)
的家庭协议

Family Agreement to Children's Intensive In-Home Behavioral Support (CIIBS) Program

儿童/青少年的姓名	儿童/青少年的出生日期	耆英与残障人士服务管理处(ADSA)识别号码	协议签订日期
家长/监护人		主要看护人（若非家长/监护人，则请填写）	
家长/监护人		主要看护人（若非家长/监护人，则请填写）	
<p>本人承诺，在我的孩子参加 CIIBS 计划期间，我将充分参与该计划。这包括与发展残障服务管理处(DDA)及我选择的一位行为专家合作，共同制定一项适合我孩子及本人家庭需求的正面行为支持计划。本人一旦同意此项行为支持计划，就应同意与我的孩子一起遵循该项计划，并接受培训。本人同意在我家里与服务提供者合作。我们将共同对行为计划进行复审，并对该计划作必要的修改。</p> <p>我明白，为我孩子提供支持服务的所有人员密切合作对该项 CIIBS 计划的实施将会最有利。本人同意协助组建一个小组，而且该小组的人员至少每三(3)个月会面一次。这个小组将包括我的家属、朋友、社区成员、服务提供者、学校教职员以及其他参与该计划的专业人员。由于组建这个小组的目的是帮助我孩子获得成功，因此我将确保小组的每一位成员都将我孩子视为小组的组成部分并给予尊重。本人将鼓励我孩子就其喜欢和不喜欢的事务以及其需求、活动及方法策略作出选择。</p> <p>本人明白，参与本计划意味着将定期收集并审阅以下情况：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我孩子的行为； • 家庭所承受的压力；以及 • 支持小组所有成员（包括我本人在内）的参与情况。 <p>本人明白，全部个人情况都将受到保密。相关该项计划的报告中将不使用姓名或者会暴露我们身份的任何其它情况。</p> <p>本人同意，我将以积极态度充分参与，并在支持小组的协助下为我的孩子提供支持并解决其行为问题。</p>			
家长/监护人签名		日期	
家长/监护人签名		日期	
主要看护人签名（若非家长/监护人，则请签名）		日期	
主要看护人签名（若非家长/监护人，则请签名）		日期	
青少年签名（若非家长/监护人，则请签名）		日期	
个案/资源管理员签名		协议收讫日期	