

Арлингтон Муж Хувь хүн ба Гэр бүлийн Үйлчилгээний Төлөвлөгөө

FAPT Огноо: огноо сонго

Одоогийн CANS Огноо: огноо сонгох

Шинэ Үйлчилгээ Хүсэх: Тийм Үгүй

Залуусын Мэдээлэл:				
Үйлчлүүлэгчийн Нэр: (эхний дунд эцсийн)	FAPT Үйлчлүүлэгчийн ID #: ()	DOB: (огноо)	Нас: (нас)	Зэрэглэл: ()
Сэтгэцийн Эрүүл Мэндийн Оношлогоо (DSM5): <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм; Хэрвээ тийм бол, оношуудыг тоочно уу: Бичвэрийг оруулахаар энд дар эсвэл товш.				
Эмчилгээ: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм; Хэрвээ тийм бол эмүүдийг оруулна уу (Эмүүдийн төрөл ба тунгийн давтамжийг оруулах): Бичвэрийг оруулахаар энд дар эсвэл товш.				
Асрамжид байгаа залууч: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм	Асрамжийн Огноо: огноо сонго	Одоогийн Асрамж Хүмүүжүүлэгчийн Зорилго: Нэг зүйл сонго.		
Тусгай Боловсрол: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		Зэрэгцээ Асрамж Хүмүүжүүлэгчийн Зорилго: Нэг зүйл сонго.		
Залуусын Одоогийн Байршил/Байр: Нэг зүйл сонго.		Туршилт: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм	CHINS (Үйлчилгээнүүд) <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм	CHINS (Хяналт шалгалт) <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм

Хэрэг Зохицуулалтын Мэдээлэл			
Хэрэг Зохицуулагч: (анхны сүүлчийн)	Лавлах Эх Үүсвэр: (агентлаг)	Хүссэн Үйлчилгээ Шүүхийн Тушаал Гарсан: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм	Шүүхийн Тушаал гарсан Огноо: огноо сонго
Хүссэн Үйлчилгээ нь Яаралтай Байршлын/Үйлчилгээний Үр дүн мөн эсэх: <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		Яаралтай Байршлын/Үйлчилгээний эхлэх огноо: (огноо)	
Эмчилгээний багийн гишүүд хэн болох ба залуус/гэр бүлтэй хамаарах хамаарал ямар вэ? Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.			

Лавлагаа/Одоогийн Асуудлуудын Шалтгаанууд:
Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.

Санхүүжилтийн Бусад Эх Үүсвэрүүд: Одоогоор залуусын эрх зүйн хүрээнд орох/хамрагдах нэгийг сонгоно уу:

Байр суурь IV-E: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хүлээгдэж байгаа	Medicaid: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хүлээгдэж байгаа	FAMIS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хүлээгдэж байгаа	Даатгалд орох эрхгүй: <input type="checkbox"/> Даатгалгүй: <input type="checkbox"/>	Бусад даатгал: <input type="checkbox"/> (эрүүл мэндийн даатгалын ажилтан)
--	---	--	--	---

Аль илүү сонголттой санхүүжилтийн эх үүсвэрүүд нь CSA санхүүжилтийг хайхын өмнө хүссэн үйлчилгээнд авч хэлэлцэж байсан болох (өргөдөл гаргасан бүгдийг шалгах): Medicaid Title IV-E Нийтийн Хүүхэд Үрчлэх Тусалцаа Сэтгэцийн Эрүүл Мэндийн Санаачлага Амралт Олгох Бие Дааж Амьдрах Улсын Хүүхэд Үрчлэх Тусалцаа Хувийн Даатгал Гэр Бүлийн Family Хамгаалалт ба Дэмжлэг Бусад

Хүсэлт гаргасан үйлчилгээнд сонголттой санхүүжилтийн эх үүсвэрийг яагаад хэрэглээгүй болохоо сонго (доорх дөрвөлжингүүдэд):

ХҮССЭН ҮЙЛЧИЛГЭЭНҮҮД	ШАЛТГААН
Зүйл сонго.	Зүйл сонго.
Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.	Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.

Эмчилгээний Түүх: Өмнөх эмчилгээний түүх ба товчхон дүгнэлтийг гаргаж өгнө үү (сүүлийн 12 саруудад ба хүсэлтэнд хамаарах бүх чухал үйлчилгээнүүдийн хүрээнд)

Эмчилгээний Хэлбэр	Огноо	Үр Дүнгийн Хураангуй
Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.	Огноо	Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.

Өрхийн Оруулга:

Зорилго: (Өрхийн нийт хүсэж буй орлого ямар вэ?)
Хүч чадал: (Гэр бүлийн үгээр)
Ердийн Дэмжлэгүүд: (Өрхийн хэн нь тэдний дэмжлэгийн тогтолцоог тодорхойлдог?)
Хэрэгцээ: (Гэр бүлийн үгээр.)

Хүч чадал (CANS Үнэлгээнд гаргасанаар): CANS-ын доторх "0" ба "1" хэмжүүрээс зөвхөн сонго

(CANS Хүч Чадвар/Уян Хатан Байдлыг сонго)	(сэтгэгдэл)
---	-------------

Ус Зайлуулах Төлөвлөлт		
Одоогийн Хүссэн Үйлчилгээнүүд: (БҮГДИЙГ нэмнэ үү)	Одоогийн Хүсэлт Гаргасан Үйлчилгээнд зориулж санал болгосон Огноо:	Асралтын Дараах Үйлчилгээ: (Хүссэн үйлчилгээ дууссаны дараа ямар байр эзлэх вэ?)
Зүйл сонго.	Огноо оруулахаар дар эсвэл товш.	Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.
Гадагшлуулах төлөвлөлтийн чармайлтын дүгнэлт хийх: Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.		

CSA ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХҮСЭЛТ БА ҮЙЛДЛИЙН ТӨЛӨВЛӨГӨӨ

Залуусын Удаан Хугацааны Зорилго

Зорилго 1: Зүйл сонго.

Зорилго 2: Зүйл сонго.

Зорилго 3: Зүйл сонго.

CANS БҮС	CANS ХЭРЭГЦЭЭ	ҮЙЛЧИЛГЭЭ/НИЙЛҮҮЛЭГЧЭЭР ХИЙГДЭН ҮЙЛДЭГДЭХ БОГИНО ХУГАЦААНЫ ЗОРИЛГО	ҮЙЛЧИЛГЭЭ	# НЭГЖҮҮД	ЭХЛЭХ ОГНОО	ҮЙЛЧИЛГЭЭ ХҮССЭН ОГНООНУУД -ЭЭС ХҮРТЭЛ
(Бүс/Модулийг сонго)	Зүйл сонго.	Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.	Зүйл сонго.	Бичвэр оруулахаар энд дар эсвэл товш.	(огноо)	(огноо) (огноо)

Дэвшилт: Бичвэр оруулахаар дар эсвэл товш.

FAPT Зөвлөгөөнүүд, Хяналт, Үйлдлийн Төлөвлөгөө: (FAPT Чиглүүлэгчээр бөглүүлэх)

ҒАРТ ОГНООНД БУЦААХ:

UR Ололтуудын Хэлэцүүлэг:

UR нэмэлт материалууд хавсаргасан уу? Тийм Үгүй

(Яаж UR ололтууд үйлчилгээний төлөвлөгөөнд хамарч орсон бэ?)

FAPT-ын өмнөх оролцоо ба залуус, эцэг эх/асрагчдын зөвшөөрөл ба багийн гишүүдийн эмчилгээ:

Дор гар үсэг зурсан хүмүүс зорилго, хүрэх цэг ба үүний хүрээнд оруулсан Хувь Хүний Гэр Бүлийн Үйлчилгээний Төлөвлөгөөний (IFSP) хөгжлийн үйл ажиллагаанд оролцох боломжтой.

Гарын үсэг	Огноо	Агентлаг/Үүрэг
<input type="checkbox"/> Утсаар		Хэргийн Зохицуулагч
<input type="checkbox"/> Утсаар		Эцэг эх (нар)
<input type="checkbox"/> Утсаар		FC Эцэг эх (нар)
<input type="checkbox"/> Утсаар		Залуус
<input type="checkbox"/> Утсаар		Худалдагч
<input type="checkbox"/> Утсаар		Худалдагч
<input type="checkbox"/> Утсаар		GAL
<input type="checkbox"/> Утсаар		
<input type="checkbox"/> Утсаар		
<input type="checkbox"/> Утсаар		

FAPT-ын (Гэр бүл ба Үнэлгээ Төлөвлөлтийн Баг) Оролцоо ба Зөвшөөрөл:

Дор гар үсэг зурсан хүмүүс Хувь Хүний Гэр Бүлийн Үйлчилгээний Төлөвлөгөөний (IFSP) хөгжлийн ажиллагаанд оролцох боломжтой. Бид IFSP-ийг ойлгож байгаа ба дээр өөрөөр заагаагүй бол үүний хэрэгжлийг зөвшөөрч байна. IFSP-ийн аливаа нэгэн хэсгийг эсвэл бүгдийг зөвшөөрөөгүй хүмүүст FAPT-ын Зөвшөөрөөгүй Маягтыг бөглүүлэхээр өгнө.

****Уулзалтын үеэр солилцсон мэдээлэл хамгаалалттай ба хувийн нууцыг хадгалсан байдалтай байна. Дор гарын үсэг зурсанаараа та уулзалтын явцад олж авсан аливаа нэгэн мэдээллийг гуравдагч талд бичсэн урьдчилсан зөвшөөрөлгүй ба/эсвэл зохих хуулийн дагуу шаардлагыг хангахгүйгээр задлахгүй байхыг зөвшөөрнө.****

Гарын үсэг	Огноо	Агентлаг/Үүрэг	Зөвшөөрсөн/Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Хүүхдийн Халамж	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Сахилга батын эрүүл мэнд	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		IDRC	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		APS	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Эцэг эхийн Төлөөлөгч	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Хувийн Нийлүүлэгчийн Төлөөлөгч	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		FAPT Чиглүүлэгч CSA Зохицуулагч (нэгийг дугирагла)	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Хэргийн Зохицуулагч	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Хэрэглээний Шалгалт	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		GAL	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Залуус	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Эцэг эх (нар)	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар		Худалдагч	<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар			<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар			<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй
<input type="checkbox"/> Утсаар			<input type="checkbox"/> Зөвшөөрсөн <input type="checkbox"/> Зөвшөөрөөгүй

Хянагчийн Шалгалт IFSP: _____ Огноо: _____

CPMT Дэмжлэг: _____ Огноо: _____ Агентлаг: _____ Шийдвэр: Зөвшөөрсөн

Хүлээх

Хувь Хүний Гэр Бүлийн Үйлчилгээний (IFSP) Төлөвлөлтийн Зааварчилгаа

IFSP нь Гэр Бүлийн Үнэлгээ ба Төлөвлөлтийн Баг (FAPT) үйлчилгээ төлөвлөлт ба баримт бичиг боловсруулах төв юм. Энэ бичлэгт нэгдмэл ба зайлшгүй үнэлгээний үр дүн, залуус ба гэр бүлийн оруулга, үнэлгээний үр дүн, оношлогоо/эмчилгээний мэдээлэл, зорилго/зорилтууд, үйлчилгээнүүд ба FAPT-ын ярилцлагад үндэслэсэн эмчилгээний тухай ярилцлага зэрэг орно.

CSA-ийн зорилго ба зорилго зарчмын арчилгааны тогтолцоог хадгалах зорилгоор хүүхэд ба гэр бүлийн IFSP нь бүтээлч, уламжлалт бус үйлчилгээ ба ердийн дэмжлэг ба үйлчилгээний албан ёсны хэлбэрүүдийг оруулахыг эрмэлзэнэ. CSA-ийн зарчмын Туслалцааны Тогтолцоо нь хязгаарласан эмчилгээ ба тогтоосон хэрэгцээг хангасан үйлчилгээнүүдийг онцлон тэмдэглэдэг ба цорын ганц хүч чадвар ба хэрэгцээнд тулгуурласан хүүхэд ба гэр бүлийн. Хүч чадвар дээр үндэслэсэн ба үүний эсрэг хэрэгцээн дээр үндэслэсэн төлөвлөлт бол оновчтой.

Ердийн зааварчилгаа:

Талбайн мэдээллийг хаалтанд байгаа хэсэгт дарснаар оруулж болох ба үүнийг бичвэр, хуанли эсвэл талд гаргасан хэсгээр харуулна.

- Баримт бичиг нээхдээ "агуулгыг" идэвхжүүлнэ.
- Зөвхөн SharePoint -ыг хэрэглэнэ.
- Энэ товчийн товч хэрэглэх нь зааварчилгааны хуудсыг оруулахгүйгээр зөвхөн IFSP-ийг хэвлүүлэхэд зориулсан. Хэрвээ та зааварчилгааг хэвлүүлэхээр бол ердийн Word хэвлүүлэх товчийг хэрэглэнэ үү.

Хэсгийн Тусгай Зааварчилгаа:

Энэ бичиг баримтын олон хэсгүүд өөрийн тайлбартайг үл харгалзан, хэсэг бүрийн хэсэгчилсэн удирдамжийг маягтуудыг бөглөх туслалцаа болгож оруулсан.

FAPT Огноо:

Энэ талбайд дараад хуанли дээр хуваарилагдсан FAPT огноог сонго. Шинээр лавлах хэлбэр байвал "TBD" гэж бич.

Одоогийн CANS огноо:

Энэ талбайг шалгаад хуанлид "CANS Төгсгөл" огноог сонго. [CANS Бодлого](#)"Үнэлгээний огноо" бүү хэрэглэ

Үйлчлүүлэгчийн ID Дугаар:

DMC-д гаргасан үйлчлүүлэгчийн ID дугаарыг хэрэглэ. Дугааргүй шинэ хэргүүдэд “TBD” оруулна уу

Төрсөн Огноо:

Та үйлчлүүлэгчдийнхээ төрсөн огноог сонгох ба одоогийн Насны тоог дараачийн хэсэгт оруулах ёстой. Та шинэчлэх баримтыг дахин нээх бүртээ насыг баталгаажуулж, хэрвээ хэрэгцээтэй бол үүнийг засна.

Сэтгэцийн Эрүүл Мэндийн Оношлогоо/Эмчилгээ:

Энэ хэсэгт боломжоороо бүрэн бүх мэдээллүүдийг оруулна, энэ нь багийн үйлчилгээ төлөвлөлтөд туслах болно. Одоогийн оношлогооны мэдээлэл нь DSM-5-аар ишлэсэн байх шаардлагатай, бөгөөд онош нь хаанаас гарч байгааг оруулна (хэн хүүхдэд энэ онош тавьсан болохыг заана).

Яаралтай Байршил:

Хэрвээ та яаралтайгаа FAPT-аас өмнө аливаа нэгэн үйлчилгээ авсан бол, та энэ хэсгийг бөглөнө үү. Залуу бага насандаа асрамжийн газарт байхад хэрэглэж байсан.

Лавлагаа өгөх Шалтгаанууд:

CSA үйлчилгээнүүд бол хүүхэд ба гэр бүлийн хэрэгцээг хангаж, гэр бүл ба хүүхдийн хоорондын харилцааны хэрэгцээг хангах зорилготой. Одоо тулгарч байгаа асуудлуудыг нь тайлбарлаж, биеэ авч явах байдлууд ба хүссэн үйлчилгээний баталгаа болох шинж тэмдгүүдийг тогтоож эмчилгээний зорилгыг тайлбарлана уу.

Энэ хэсэг нь хэргийн түүхтэй холбоотой тусгай мэдээллийг олоход зориулагдсан, үүнд яаж CSA-д мэдээллэж мэдэгдэх болсон, үйлчилгээний түүх ба одоогийн үйлчилгээний үндэслэл зэрэг орно. Энэ хэсэгт маш тусгай онцлогтой мэдээлэл гаргах ёстой ба энэ нь одоогийн үйлчилгээнүүдийн үр дүнгийн хэтийн төлөв ба чиглэлийг гаргаж өгнө. Аливаа нэгэн хамаарах үнэлгээг оруулна уу: сэтгэл зүй, боловсролын, нийгмийн, VEMAT, YASI, ба/эсвэл Casey Амьдралын Чадварыг оруулна уу.

Альтернатив Санхүүжүүлтийн Нөөцүүд:

Бүх боломжийн санхүүжүүлэлтийн эх үүсвэрүүдийг тогтоож яаагаад үүнийг хэрэглээгүйг нарийвчлан тайлбарла. Нэмэлт шугам хийхээр үүнийг дараад гарын үсгээ зур

Эмчилгээний Түүх:

Хүүхдийн урдын эмчилгээний түүхийг гаргах (сүүлийн 12 сарын доторх ба хүсэлт/хамгийн сүүлийн эхлэлтэй хамаатай гол үйлчилгээнүүд) ба үр дүнгийнх нь товчхон дүгнэлт гаргах (жишээ нь, хувь хүний эмчилгээг оруулна, амбулаториор хийлгэсэн яаралтай түргэн эмчилгээнүүд, бүлгийн гэрт очсон, үлдсэн эмчилгээг байранд очиж хийсэн, хагас эмнэлэгт хэвтүүлсэн, гэр бүлийн эмчилгээ, эмийн зохицуулалт, яаралтай гэрийн үйлчилгээ ба бусад гэрийн үйлчилгээ, сэтгэцийн улмаас үүссэн шуурхай эмнэлгийн тусламж). ** Нэмэлт шугам хийхэд нэмэх тэмдэг дээр дар

Өрхийн Оруулга:

Дүрэм бүрт ([COV § 2.2-5208](#)), Нийгмийн Бодлого ба Зохицуулалтын Багууд (CPMT) хариуцлага хүлээнэ бүх төрлүүдэд гэр бүлийн оролцоог оруулсан дүрэм журам ба ажилбаруудыг гаргах үнэлгээ, төлөвлөгөө ба CSA үйлчилгээг хэрэгжүүлэх. Энэ хэсэг нь гэр бүлийн зорилгуур чадвар, хэрэгцээнүүд ба тэдний харж байгаа дэмжлэгүүд зэргийг оруулна. Гэр бүлийн үгсийг энэ хэсэгт оруулж утгаар нь тэдний FAPT-д оруулсан төлөөллөөр гаргах нь чухал үйлчилгээ төлөвлөх үйл ажиллагаа.

Ур чадвар:

Энэ бол хүүхэд ба гэр бүлийн ур чадварууд ба хэрэгцээг харуулах хэсэг. Энэ хэсэгт оруулсан мэдээлэл нь шууд Хүүхэд ба Өсвөр Насныханы Хэрэгцээ ба Ур Чадварын Үнэлгээгээс (CANS) ирэх ёстой. Хүүхэд/гэр бүлд хэдэн тооны ур чадвар байж болно, үүнийг тус тусаар нь тоочих шаардлагагүй. Үүний оронд “0” ба “1” гэх ур чадварын үнэлгээг үйлчилгээ төлөвлөгөөний үед хандахаар чухалд үзэх хэрэгтэй.

Хаягдалын Төлөвлөлт/Хаягдал Буулгах Явц:

Үйлчилгээний төрлөөс үл хамааран хаягдалын төлөвлөлт үйлчилгээ үзүүлэлтийн хамгийн хэрэгцээтэй нэг хэсэг бөгөөд эмчилгээ эхэлсний анхны өдрөөс явагддаг.

Хаягдал төлөвлөлт нь хүүхэд ба гэр бүлийн хэрэгцээ ба нэг алхамын тусламжийн зэрэглэлийг тодорхойлдог. IFSP баримтуудын энэ хэсэг нь хаягдал төлөвлөлтийн явцын оршихуй ба үүнийг авч үзэхэд оршдог ба хаягдалын хэрэгцээ нь ердийн байнгын суурьтай байдлаар авч хэлэлцэнэ.

Зорилт/Зорилгууд:

Энэ бүлэг нь IFSP-д хамгийн чухал байр эзэлнэ. Зорилт ба зорилгуудыг урчадварын хэрэгцээ ба чиглүүлэгчийн гар авлага ба үйлчилгээний сонголтоор тодорхойлно. Зорилгууд
Хянасан 8/1/2018

өмнө тавьсан зорилтоо биелүүлэхээр гаргасан тусгай хэмжүүртэй алхамууд.

Зорилго бол FAPT уулзалт болгонд өөрчлөгдөхгүйгээр доорх байдалд үндэслэнэ

тайлагнасан хугацаанд хүүхэд ба гэр бүлийн дэвшилтүүд.

УХААЛАГ зорилго хэрэглэх (тусгай, хэмжүүртэй, хүрэх боломжтой, бодит ба цаг заасан)

Явцыг баримталж байхдаа баримт бичиг хийх хугацаанд тодорхой байх. Энэ хэсгийн зорилго бол үйлчилгээнүүд хүүхэд ба гэр бүлийн хэрэгцээнд нийцүүлж хэргийг өөрийн зохих зорилго руу түлхэн явуулахад оршино. Хэрвээ үйлчилгээ нь жагсаалтад байхгүй бол CSA зохицуулалттай холбогдож зөвлөгөө авна уу. Зарим хэрэгцээг "арын хэрэгцээ" гэж тодорхойлсон, үүнд гэмтэлийн тохиргоо ордог ба эмчилгээний явцыг чиглүүлдэгийг санана уу. Энэ нь уг бүлэгт оруулах шаардлагатай хэрэгцээний төрөл ба тэд нь үйлчилгээний нөөц ба хүүхэд/гэр бүлийн зориготой нягт холбоотой. Хэрэгцээтэй бай нь CANS-тай тохирох ёстой ба эмчилгээний хүсэлттэй таарах ёстой. **Нэмэлт зорилго үүсгэхээр нэмэлт тэмдэг дээр дарах

Нэгжүүд:

Шаардсан цаг, өдөр эсвэл сарын тоог бич

Эхэлсэн Огноо:

Шинэ лавлах "N/A."

Өрсөлдөгч/буцах хяналтанд хуанлийн эхлэх өдрийг сонго (үйлчилгээ эхэлсэн огноо).

Үйлчилгээ Хүссэн Огноо:

Үйлчилгээ хүсэж байгаа цагийн хуваарийг харуулсан огноог оруулах Хэрвээ FAPT нь өөр өөр цагийн хуваарийг хүлээж авч байгаа бол FAPT Зохицуулагч нь FAPT-тай тохирон огноог засаж болно.

FAPT Зөвлөгөө:

Зөвлөгөө, хяналт ба FAPT Зохицуулагчаар бүрдүүлэх үйлдэлийн төлөвлөгөө

UR Ололтын Анхаарах Зүйлс:

FAPT Зохицуулагчаар бөглөх ба UR Хэрэглээний хяналт (UR) бол Хэрэглээний Менежментийн ойлгомжтой хандлага ба эмчилгээний төлөвлөгөө ба үйлчилгээнүүд үйлчлүүлэгчийн одоогийн анги зэрэглээнд тохирсон эсэх дээр тулгуурласан хувь хүний хэргүүдийг хянах үйлдэл юм. Хяналт хэрэглэх нь график тойм, эмчилгээний хөтөлбөрт хамрахаар газар дээр хүрэлцэн ирэх ба UR улсын ивээн тэтгэлэгийг оруулдаг. Энэ нь мөн адил

UR-ийг FAPT үйлдэлийн күрст оролцуулахад хүргэнэ. Үүнийг хийх хүсэлтэй хэсгийнхэнд IFSP-д оролцох UR байдаг ба үүнийг UR үйлдлийг баримтжуулахад хэрэглэж болно. Яаж UR хийдэгээс хамаарахгүй, хэргийн хяналтын үр дүнг FAPT-ын явцын нэг хэсэг гэж үздэг.

FAPT -ын явц FAPT ын энэ баримт бичиг нь үйлчилгээ төлөвлөгөөний UR үр дүн гэж үзнэ.

Хянасан 8/1/2018

Гарын үсэг:

Хэрвээ таны эцэг эх/асрагчид энэхүү санал болгосон төлөвлөгөөтэй аливаа нэгэн шалтгаанаар санал нийлэхгүй байвал, тэд зохих хэсэгт өөрийн санал бодлыг оруулах эрхтэй. Үүний хажуугаар, тэд эсвэл өөр нэгэн FАРТ-ын гишүүн яагаад чухам тэд санал болгож буй төлөвлөгөөг зөвшөөрөхгүй байгаа тухай баримт ба зохих гарцыг санал болгосон баримт хавсаргаж болно. Эмчилгээний багийн гишүүд гарын үсгүүдээ зурж FАРТ-д зориулсан зүүн баганыг бөглөнө. FАРТ уулзалтын үеэр баруун баганад гарын үсэг зурж бөглөнө.