



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION  
**Периодический пересмотр индивидуального плана услуг**  
**Periodic Review of Individual Service Plan**  
**(RCW 74.13.350)**

<b>КАТЕГОРИЯ СЛУШАНИЯ/РАССМОТРЕНИЯ</b>			
<b>Продолжение ухода вне дома за ребёнком / юношей / девушкой, страдающими инвалидностями в</b>			
ДАТА И ВРЕМЯ СЛУШАНИЯ / РАССМОТРЕНИЯ	ДАТА ОТЧЁТА	ОТЧЁТНЫЙ ПЕРИОД	
по			
<b>ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ</b>			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЁНКА:	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ВОЗРАСТ	НОМЕР ДЕЛА
МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ РЕБЁНКА, ПОМЕЩЁННОГО НА ОПЁКУ			
ЭТНИЧЕСКОЕ <input type="checkbox"/> ПРОИСХОЖДЕНИЕ <input type="checkbox"/> (ОТМЕТЬТЕ ВСЁ, ЧТО ПОДХОДИТ) <input type="checkbox"/> Афроамериканское <input type="checkbox"/> коренной американец <input type="checkbox"/> европейское <input type="checkbox"/> азиатское <input type="checkbox"/> латиноамериканское <input type="checkbox"/> иное Данный ребёнок принадлежит к категории коренных американцев согласно Приложению А отчёта о реализации первоначального индивидуального плана по уходу от _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если ребёнок не является коренным американцем (индейцем), то Приложение А можно изъять из последующих отчётов.)			
ВИД ОПЁКИ	ДАТА ПРЕДЫДУЩЕГО РАССМОТРЕНИЯ / СЛУШАНИЯ (-И)	НЫНЕШНИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЁНКА	
<b>Добровольное помещение на опёку</b>		Находится под опёкой: <input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца <input type="checkbox"/> Обоих <input type="checkbox"/> Иного лица	
<b>ОСНОВНЫЕ СТОРОНЫ ПО ДЕЛУ</b>			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ МАТЕРИ			ТЕЛЕФОН
АДРЕС МАТЕРИ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ АДВОКАТА МАТЕРИ			ТЕЛЕФОН
АДРЕС АДВОКАТА МАТЕРИ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТЦА			ТЕЛЕФОН
АДРЕС ОТЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ АДВОКАТА ОТЦА (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)			ТЕЛЕФОН
АДРЕС АДВОКАТА ОТЦА (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ НАЗНАЧЕННОГО СУДОМ ОПЕКУНА			ТЕЛЕФОН
АДРЕС НАЗНАЧЕННОГО СУДОМ ОПЕКУНА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ОТДЕЛА DDA			ТЕЛЕФОН
АДРЕС СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ОТДЕЛА DDA	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ГЕНЕРАЛЬНОГО ПРОКУРОРА			

**КОПИИ:** оригинал - в Суд по делам несовершеннолетних или иной контрольный орган;  
 копии - в дело, родителю-опекуну, поставщику услуг по месту жительства, ребёнку (если старше 12 лет), социальному работнику-юристу, назначенному судом опекуну

**ПРЕДЫСТОРИЯ ДЕЛА**

A. Начальная дата нынешнего помещения на опеку:

B. Ребенок был первоначально помещен под опеку по следующим причинам:

C. Первоначально было установлено, что у ребенка и семьи есть следующие потребности (включите в рассмотрение медицинские и образовательные нужды, потребности, связанные с окружающей средой, а также психологические, этнические и культурные нужды):

D. Услуги, предложенные и (или) предоставленные первоначально для избежания помещения под опеку (опишите результаты предложения и предоставления превентивных услуг. Если таковые услуги не были предложены и (или) предоставлены, объясните причину этого):

E. В ходе первоначального помещения ребенка под опеку вне дома были рассмотрены или испробованы следующие возможности по созданию для ребенка среды с наименьшими ограничениями:

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА НОВЫЙ ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПУНКТОВ, В КОТОРЫЕ ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ, ТРЕБУЕМЫЕ СУДЕБНЫМ РАСПОРЯЖЕНИЕМ)**

A. ПОСТОЯННЫЙ ПЛАН НА ПРЕДСТОЯЩИЙ ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД

- Возвращение домой       Помещение ребенка в семью родственника       Назначение родственника опекуном  
 Назначение приемного родителя опекуном       Долгосрочное помещение на патронатное воспитание

Предварительная дата окончания действия нынешнего постоянного плана, зависящая от действий, прогресса и сотрудничества всех вовлеченных сторон:

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЮРИДИЧЕСКОМУ СТАТУСУ РЕБЕНКА

**Добровольное продолжение воспитания вне дома при сохранении родителем (-ями) права опекуна.**

B. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОМЕЩЕНИЮ ПОД ОПЕКУ

1. Комплекс вспомогательных услуг на дому, поскольку:

2. Помещение под опеку вне дома, поскольку:

3. Обсудите рекомендованную категорию помещения под опеку вне дома и вопрос о том, как предложенный выше в разделе

В.2 вид опеки будет накладывать наименьшие ограничения и будет максимально приближен к родительскому дому, школьной среде ребёнка и будет отвечать наилучшим интересам и особым потребностям ребёнка.

**КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О СОЦИАЛЬНОМ СТАТУСЕ**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

- Приложение А, касающееся статуса коренного американца
- Копия раздела RCW 74.13.350
- Договор о добровольном помещении под опеку
- Результаты оценки, проведённой отделом DDA
- План по совместному исполнению родительских обязанностей
- Индивидуальная учебная программа (IEP)
- Иное:

**ПРЕДСТАВЛЕНО:**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА АДМИНИСТРАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (DDA)	ДАТА
---	------

ИМЯ И ФАМИЛИЯ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ПОМЕЩЕНИЯ ПОД ОПЕКУ АДМИНИСТРАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (DDA)	ДАТА
--	------

Копии направлены родителям:

\_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_  
Матери

\_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_  
Отцу

Копия направлена лицензированному поставщику услуг; дата отправки: \_\_\_\_\_