

УВАГА! Це — електронна форма у FamLink. Ця версія у форматі Word має використовуватися лише у тому випадку, якщо система FamLink є недоступною.



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

План відвідувань Visit Plan

		ДАТА	НОМЕР ПЛАНУ ВІДВІДУВАНЬ
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я РОБІТНИКА АДМІНІСТРАЦІЇ У СПРАВАХ ДІТЕЙ, ЩО ДАВ НАПРАВЛЕННЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ РЕГІОНУ)	
АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ СПІВРОБІТНИКА ДЕПАРТАМЕНТУ DCYF	ОФІС DSHS	НОМЕР ФАКСУ (З КОДОМ РЕГІОНУ)	
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КОНТРОЛЕРА DCYF		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ РЕГІОНУ)	

Тип відвідування

- Тип відвідування:** Відвідування дитини батьком або матір'ю Відвідування братом/сестрою
- Засіб:** Особисто Через електронні засоби комунікації Особисто та через електронні засоби комунікації
- Транспортування:** З транспортуванням Без транспортування Лише транспортування
- Тип постачальника послуг:** За контрактом Родич/ адекватна повнолітня особа, що здійснює нагляд
- Патронатні батьки Помічник у справі / інтерн
- Волонтер Інше
- Рекомендований постачальник послуг:
- Підстави для плану / направлення:** Перше направлення Повторне направлення - батько/матір не з'явилися або пропустили три (3) відвідування поспіль
- Повторне направлення - відмінено постачальником Оновлення - зміна міста відвідування, періодичності, тривалості або рівня контролю
- Повторна авторизація – усі відвідування контролюватимуться раз на три (3) місяці

Рівень нагляду

- Без контролю**
- Батько чи матір є основним опікуном та демонструють готовність та спроможність забезпечити безпечний догляд за дитиною протягом усього відвідування
 - Усі можливі фактори, що погрожують безпеці дитини, мають бути передбачені спеціально розробленим для цього планом
- Під наглядом**
- Присутність у місці зустрічі впродовж відвідування;
 - Виконання періодичних перевірок, у ході яких можна спостерігати (бачити й чути) за взаємодією дорослого та дитини;
 - Бути готовими втрутитися за необхідності.
- Під контролем**
- Знаходиться у безпосередньому полі зору та звукового контакту з дитиною та усіма сторонами-учасницями кожного відвідування.
 - Співробітник служби відвідувань має супроводжувати батька чи матір та дитину до туалету, якщо необхідно.
 - Відвідування братів/сестер контролюються за відсутності інших розпоряджень співробітника Департаменту DCYF.

Роз'ясніть причину, з якої контроль відвідування є необхідним. Опишіть усі альтернативні варіанти, випробувані до прийняття рішення щодо контролю, який здійснюється найменшим спеціалістом (за контрактом), та щодо забезпечення транспортування, а також роз'ясніть причини, з яких постачальника без контракту не було задіяно.

Періодичність та тривалість відвідувань

Скільки відвідувань на тиждень/місяць? _____ разів на _____ Скільки триватиме одне відвідування?
_____ годин

Нічні відвідування затверджені _____ (дата)

Чи підлягає обговоренню час відвідування?

Так

Ні; зазначте відповідний день та час відвідувань(-ня):

Суд ухвалив таку постанову:

Діти, що беруть участь у відвідуваннях

ІМ'Я ДИТИНИ / НОМЕР ПОСВІДЧЕННЯ ОСОБИ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР СПРАВИ	ДАТА ПЕРШОГО РОЗМІЩЕННЯ (OPD)	ВІК	СТАТЬ	ВАГА ДИТИНИ (ДЛЯ ВИБОРУ АВТОКРІСЛА)	ВІДОМІ АЛЕРГІЇ (ЯКЩО Є, НАВЕДІТЬ ВІДПОВІДНІ ІНСТРУКЦІЇ НИЖЧЕ)
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
						<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

Батько, мати / особа, що доглядає за дитиною, які беруть участь у відвідуваннях

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ОСНОВНА МОВА	ЧИ НЕОБХІДНА ДОПОМОГА ПЕРЕКЛАДАЧА
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Інші допущені відвідувачі

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я	ВІДНОШЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

Дозволені місця для відвідувань

Відвідування дозволені у суворо обмежених місцях. Відділення DSHS можуть бути місцями для відвідувань для родин із високим рівнем ризику.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗУСТРІЧІ	АДРЕСА

Особливі інструкції щодо проведення зустрічей

Зазначте особливі умови /обмеження для відвідувань, які можуть стосуватися здоров'я дитини, та наведіть інформацію про заходи безпеки з урахуванням такого:

- Потреби розвитку дитини, інформація про алергічні реакції, медичні потреби, обмеження харчового раціону та ін.
- Потреби, що стосуються поведінки батьків впродовж відвідувань, зокрема правила щодо відміни відвідувань, їхніх переносів, часу прибуття тощо
- Зазначте, чи мають учасники відвідувань виходити на вулицю під час відвідування.
- Якщо зустріч / взаємодія відбувається через засоби електронного зв'язку (Skype, Face Time, Prison Video Visit), забезпечте необхідну інформацію, яка стосується використання комп'ютера або інших засобів зв'язку.
- Якщо зустріч проходить на території виправного закладу, надайте необхідну інформацію для отримання дозволу щодо супроводу дитини (дітей), відвідавши веб-сайт Управління виправних закладів (DOC) за адресою <http://www.doc.wa.gov> та виберіть закладку «Родина та друзі» («Family and Friends»)

ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО РОБІТНИКА	ДАТА	ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ	ДАТА
ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ	ДАТА	ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ	ДАТА