

수취인: 본 문서는 FamLink의 전자 양식입니다. 본 워드(Word) 버전은 FamLink를 이용할 수 없을 때만 사용해야 합니다.



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

**방문 계획**  
**Visit Plan**

날짜	방문 계획 ID
전화번호(및 지역번호)	
팩스번호(및 지역번호)	
전화번호(및 지역번호)	

위탁 담당 CA 직원 이름	
DCYF 직원 이메일	DSHS 사무소
DCYF 감독자의 이름	

**방문 유형**

- 방문 유형:  부모/ 아동 방문  형제자매 방문
- 방법:  대면  전자  대면 및 전자
- 교통비:  교통비 제공  교통비 미제공  교통비만 제공
- 제공자 유형:  계약한  친인척/ 적합한 성인 보육자  양부모  사례 보조자 / 인턴  
 자원봉사자  기타
- 우선 제공자:
- 계획 / 위탁의 이유  초기  재위탁 - 부모가 3 일 연속 방문에 모습을 드러내지 않거나 약속을 지키지 않았다  
 재위탁 - 제공자가 서비스 제공을 그만두었다  갱신- 방문 위치, 빈도, 기간 또는 감독 수준 변경  
 재허가 - 모든 감독자 동행 방문, 3 달에 1 번씩

**감독 수준**

- 무감독
- 부모는 주요 보육자이고 방문 기간 동안 아동을 안전하게 돌보려는 의지와 능력을 보여줄 수 있다.
  - 지시가 있으면 안전 계획을 수립해서 안전 위협을 관리해야 한다.
- 유감시
- 방문 기간 동안에 현장에 있다
  - 부모와 아동의 상호작용을 보고 들을 수 있는 장소에서 정기적 점검을 시행한다
  - 필요하다면 언제든지 간섭할 수 있다.
- 유감독
- 방문 중에 항상 모든 방문 당사자와 아동의 모습과 소리를 바로 보고 들을 수 있는 거리 안에 있다
  - 부모와 아이가 화장실을 사용해야 할 경우가 있으므로 휴게실에 갈 때 부모와 모든 아동에게 방문 서비스 직원이 동행해야 한다.
  - 형제자매 방문은 DCYF 직원의 지시가 있지 않은 한 감독 대상이다.

무감독 방문을 할 수 없는 이유를 설명하십시오. 계약한 감독 및 교통 지원을 선택하기 전에 살펴본 모든 자원에 대해 설명해주시고 비계약 제공자를 사용할 수 없는 이유도 설명해주시고.

빈도수와 기간

주당/월당 몇 번 방문하십니까? \_\_\_\_\_ 당 \_\_\_\_\_ 시간. 각 방문 시간은? \_\_\_\_\_ 시간

(날짜)현재 승인된 밤샘 방문  
방문 시간을 타협할 수 있습니까?

- 예  
 아니오, 원하는 방문 날짜와 시간을 알려주십시오.

다음과 같은 내용의 법원 명령:

방문에 참가한 아동들

아동의 이름/ 개인 ID	사례 ID	원래 배치일 (OPD)	연령	성별	아동의 몸무게 (자동차 유아용 의자 선택을 위해 필요한 정보)	알려진 알레르기(알레르기가 있다면, 아래의 사례별 지시사항에 구체적으로 적어주십시오)
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
						<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름

방문에 참여한 부모 / 후견인

이름	이메일	전화번호	주요 사용 언어	필요한 통역관
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

기타 승인된 방문 참가자

이름	귀하와의 관계	전화번호

**허용되는 방문 장소**

가장 제약이 적은 환경에서 방문이 이루어져야 합니다. 고위험군 가족의 경우에는 DSHS 사무소를 예약해야 합니다.

장소명	주소

**방문별 지시사항**

다음은 포함해 아동의 건강과 안전 정보에 관한 특별한 방문 조건/제약을 확인하십시오.

- 발달 요구, 알레르기, 의료적 치료 요구, 식이 제한 등.
- 방문 취소, 방문 일정 조정, 도착 시간 등에 관한 방문 규칙을 포함해 방문 기간 중에 예상되는 부모 행동.
- 방문 참가자들이 방문 중에 외출할 수 있는지 여부를 명시하십시오.
- 방문/연락이 전자 방문(Skype, Face Time, Prison Video Visit)이라면, 컴퓨터 또는 기타 미디어 장치 이용에 관한 특정한 정보를 제공하십시오.
- 방문이 교정 시설에서 이루어진다면, 아동과 동행해도 된다는 허락을 얻기 위한 정보를 제공하십시오. DOC 홈페이지 <http://www.doc.wa.gov> 를 방문해서 “가족과 친구(Family and Friends)” 탭을 선택하시면 됩니다.

사례 담당자의 서명	날짜	부모의 서명	날짜
부모의 서명	날짜	부모의 서명	날짜