

ВНИМАНИЕ: Это электронная форма в FamLink. Эта версия в формате Word должна использоваться только в том случае, если FamLink недоступна.



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

План посещений Visit Plan

		ДАТА	НОМЕР ПЛАНА ПОСЕЩЕНИЙ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ НАПРАВЛЕННОГО РАБОТНИКА СА		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ СОТРУДНИКА ДЕПАРТАМЕНТА DCYF	ОФИС DSHS	НОМЕР ФАКСА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КОНТРОЛЕРА DCYF		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	

Тип посещения

- Тип посещения:** Посещение ребенка родителем Посещение братом/сестрой
- Способ:** Личный визит Электронные средства связи Личный визит и электронные средства связи
- Транспортировка:** С транспортировкой Без транспортировки: Только транспортировка:
- Поставщик услуг:** По контракту Родственник / лицо, осуществляющее уход Приемный родитель
 Помощник / интерн
 Волонтер Другое
- Рекомендуемый поставщик услуг:
- Основания для плана/направления:** Первоначальное направление Повторное направление — родитель не явился или пропустил три (3) посещения подряд
- Повторное направление — отменено поставщиком Обновленная информация — Изменение места посещения, частоты, длительности либо уровня контроля
- Повторная авторизация — все посещения будут контролироваться каждые три (3) месяца

Уровень контроля

- Без контроля**
- Родитель является основным опекуном и демонстрирует готовность и способность обеспечить безопасный уход за ребенком в течении всего посещения.
 - Все возможные факторы, угрожающие безопасности ребенка, должны быть предусмотрены специально разработанным для этого планом.
- Под наблюдением**
- Присутствие на месте встречи в период посещения;
 - Выполнение периодических проверок, в ходе которых можно видеть и слышать процесс взаимодействия взрослого с ребенком;
 - Быть готовым вмешаться в случае необходимости.
- Под контролем**
- Находиться в непосредственном поле зрения и звукового контакта с ребенком и всеми сторонами-участниками каждого визита.
 - Сотрудник службы посещений должен сопровождать родителя и всех детей в туалет, в случае необходимости.
 - Посещения братьев/сестер контролируются в случае отсутствия иных предписаний сотрудника Департамента DCYF.

Поясните причину, по которой контроль посещения необходим. Перечислите все альтернативные варианты, испробованные до принятия решения о контроле наемным специалистом (по контракту) и обеспечении транспортировки, а также объясните причины, по которым не был задействован поставщик без контракта.

Частота и продолжительность посещений

Количество посещений в неделю/месяц _____ раз в _____ Продолжительность каждого посещения _____ часов

Ночные посещения утверждены на _____ (дата)

Подлежит ли обсуждению время посещения?

Да

Нет; укажите желаемый день и время посещения(-й):

Суд вынес следующее постановление:

Дети, принимающие посетителей

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА / НОМЕР УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ	НОМЕР ДЕЛА	ДАТА ПЕРВИЧНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ (OPD)	ВОЗРАСТ	ПОЛ	ВЕС РЕБЕНКА (ИНФОРМАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ ВЫБОРА АВТОКРЕСЛА)	ИЗВЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НИЖЕ В ИНСТРУКЦИЯХ ПО ДЕЛУ)
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

Родитель /Опекун — посетитель

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ОСНОВНОЙ ЯЗЫК	ТРЕБУЕТСЯ УСТНЫЙ ПЕРЕВОДЧИК
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Иные допущенные посетители

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Разрешенные места для посещений

Посещения разрешены в строго ограниченных местах. Отделения DSHS могут являться местом для посещений для семей с высоким уровнем риска.

НАЗВАНИЕ МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ ВСТРЕЧИ	АДРЕС

Особые инструкции к проведению встречи

Укажите особые условия /ограничения для посещений, касающиеся здоровья ребенка, и информацию о мерах обеспечения безопасности с учетом следующего:

- Потребности развития ребенка, информацию об аллергических реакциях, медицинские потребности, ограничения в пищевом рационе, и пр.
- Требования к поведению родителей, в ходе посещений, в том числе правила об отмене посещения, его переносе, времени прибытия и т. д.
- Укажите, имеют ли право участники посещения выходить на улицу во время посещения.
- Если встреча / взаимодействие осуществляется в электронном виде (Skype, Face Time, Prison Video Visit), обеспечьте необходимую информацию, касающуюся использования компьютера либо других средств связи.
- Если встреча проходит на территории исправительного учреждения, предоставьте необходимую информацию для получения разрешения на сопровождение ребенка (детей), посетив веб-сайт Управления исправительных учреждений (DOC) по адресу <http://www.doc.wa.gov> и выберите закладку «Семья и друзья» («Family and Friends»)

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	ДАТА	ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ДАТА