658 E. Brier Dr., Suite 250, San Bernardino | Điện thoại: 909-501- 0728• Fax: 909-501-0831
www.SBCounty.gov

SAN BERNARDINO COUNTY | **Department of Behavioral Health**

Kế Hoạch Điều Phối Chăm Sóc

Cài đặt lại

Ngày: Số Hồ Sơ:

Họ: Tên:

NGÀY SINH: Điện Thoại - *(Nhà)*: *(Di động)*:

Kế hoạch điều phối chăm sóc được thiết kế để trở thành một tài liệu làm việc để phát triển các mục tiêu cùng với điều phối viên chăm sóc của quý vị, họ sẽ hỗ trợ quý vị trong quá trình phục hồi. Những điều quan trọng cần nhớ khi đặt mục tiêu cho bản thân:

- Các mục tiêu phải là "**SMART**": **S**pecific (cụ thể), **M**easurable (đo lường được), **A**ttainable (có thể đạt được), **R**ealistic (thực tế) và **T**imely (kịp thời)
- Kế hoạch điều phối chăm sóc của quý vị phải liên quan đến các mục tiêu dài hạn chung của quý vị
- Hãy cho bản thân có đủ thời gian để phát triển các mục tiêu dài hạn, không kỳ vọng rằng các mục tiêu dài hạn sẽ được hoàn thành theo khung thời gian đã định

Sau đây là những câu hỏi đề nghị có thể giúp hướng dẫn phát triển mục tiêu:

- Những cá nhân trong cuộc sống của quý vị có thể giúp quý vị đạt được các mục tiêu của quý vị là ai?
- Những cá nhân trong cuộc sống của quý vị có thể gây ra rào cản trong việc đạt được mục tiêu của quý vị là ai?
- Cuộc sống của quý vị sẽ như thế nào nếu quý vị có thể đạt được các mục tiêu của mình?
- Cuộc sống của quý vị sẽ như thế nào nếu quý vị không thể đạt được các mục tiêu của mình?
- Hiện tại quý vị có những rào cản gì và chúng ảnh hưởng đến cuộc sống của quý vị như thế nào?

Mục Tiêu Dài Hạn 1	
Cho biết mục tiêu của quý vị:	**Hoặc:** ☐ Mục tiêu dài hạn đã không được phát triển trong buổi này
Cho biết các rào cản của quý vị trong việc đạt được mục tiêu này:	
Lưu ý:	

Mục Tiêu Dài Hạn 2	
Cho biết mục tiêu của quý vị:	**Hoặc:** ☐ Mục tiêu dài hạn đã không được phát triển trong buổi này
Cho biết các rào cản của quý vị trong việc đạt được mục tiêu này:	
Lưu ý:	

Vui lòng cho biết (các) Lĩnh Vực Mục Tiêu từ danh sách bên dưới:			
☐ Nhu Cầu Cấp Thiết	☐ Tình Hình Nhà Ở	☐ Tuân Thủ Chế Độ Dùng Thuốc	☐ Rối Loạn Do Lạm Dụng Dược Chất
☐ Nhu Cầu Ngôn Ngữ	☐ Hệ Thống Hỗ Trợ	☐ Sức Khỏe Răng Miệng	☐ Sức Khỏe Tâm Thần
☐ Dịch Vụ Điều Hướng	☐ Bảo Hiểm Y Tế/Medi-Cal	☐ Các vấn đề tài chính	☐ Ngồi Tù/Các Vấn Đề Pháp Lý

☐ Tình Trạng Nhập Cư	☐ Chăm Sóc Y Tế	☐ Các Vấn Đề Về An Toàn	☐ Các Thói Quen Lành Mạnh/Dinh Dưỡng/Thể Lực
☐ Nhu Cầu Dịch Vụ Hỗ Trợ	☐ Phương tiện đi lại	☐ Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình	☐ Giáo Dục/Đào Tạo Việc Làm
☐ Việc làm	☐ Khác (vui lòng nêu rõ):		

Lĩnh Vực Bước 1:			
Cho biết mục tiêu cho lĩnh vực này:			
Hành động	**(Những) Người Chịu Trách Nhiệm Giúp Đạt Được Mục Tiêu Này**	**Ngày Mục Tiêu**	**Ngày Đạt Được hoặc Điều Chỉnh**
1.			
2.			
3.			
Lưu ý:			
Đã Lập Giấy Giới Thiệu **HOẶC** Không Áp Dụng:			

Lĩnh Vực Bước 2:			
Cho biết mục tiêu cho lĩnh vực này:			
Hành động	**(Những) Người Chịu Trách Nhiệm Giúp Đạt Được Mục Tiêu Này**	**Ngày Mục Tiêu**	**Ngày Đạt Được hoặc Điều Chỉnh**
1.			
2.			
3.			
Lưu ý:			
Đã Lập Giấy Giới Thiệu **HOẶC** Không Áp Dụng:			

Viết In Tên Khách Hàng:

Chữ Ký Của Khách Hàng: Ngày:

Chữ Ký của Điều Phối Viên Chăm Sóc: Ngày:

Chữ Ký của Thầy Thuốc Chữa Bệnh Có Giấy Phép: Ngày: