**지역사회 기반 직업 평가 – 주간 모니터링 보고서**

참여자 이름:

케이스 아이디 번호:

직장/직책:

재활 상담사:

직업 개발자 이름:

직업 개발자 연락처:

보고 기간:

지역사회 기반 평가(CBA) 프로그램 담당자:

\*이 양식은 **주간 모니터링 용도로만** 사용되어야 합니다. 직무 코칭 시간은 CBA 주간 직무 코칭 보고서에 기록됩니다.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **날짜** | **구체적인 시간****시작 및 종료** | **총 시간** | **참여자와의 접촉 방식** | **방법, 활동, 과업 및 진행 상황에 대한 구체적인 내용** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

제공된 모니터링 총 시간:

이번 주에 발생한 문제 사항:

직업재활(Vocational Rehabilitation) 기관에 매주 제출해야 할 서류:

☐ 참여자 근무 시간표

**☐** 고용주/현장 관리자 주간 진척 보고서

☐ 주간 모니터링 보고서

☐ 주간 직무 코칭 보고서 (해당되는 경우)

직업 개발 담당자 서명: 날짜: