

PUSAT DUKUNGAN ANAK DAN KELUARGA

FORM PENGAKHIRAN PELAYANAN PROFESIONAL (TERMINASI)

---

- Nama Case Worker : \_\_\_\_\_
- Nama Senior Case Worker : \_\_\_\_\_
- Nama Klien : \_\_\_\_\_
- Jenis Kelamin dan Umur : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tahun
- Tanggal Kontak Terakhir : \_\_\_\_\_
- Tanggal Awal Pelayanan : \_\_\_\_\_
- Alasan Pemberian Pelayanan :

- Kesepakatan tujuan intervensi

- Intervensi/kegiatan yang dilaksanakan

- Perubahan-perubahan/Kemajuan yang Dicapai/kondisi klien saat ini  
(catatan : termasuk situasi klien dalam lingkungan sosialnya yang utama)

- Tujuan yang belum tercapai

- Rujukan (kepada siapa, aspek-aspek yang dirujuk)  
Catatan : rujukan tidak harus selalu kepada lembaga/institusi tertentu tetapi dimungkinkan pula kepada keluarga, apabila ada beberapa tujuan yang belum tercapai dan dimungkinkan dilaksanakan oleh keluarga.

- Alasan terminasi

Terminasi dilakukan pada hari \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_, bertempat di \_\_\_\_\_ serta disepakati oleh Klien/keluarga serta pihak-pihak yang terkait dengan kehidupan Klien.

Klien/Keluarga

(\_\_\_\_\_)

Case Worker

(\_\_\_\_\_)

Saksi-saksi

Kepala LKSA

(\_\_\_\_\_)

Dinas Sosial

(\_\_\_\_\_)

Ketua RT/RW

(\_\_\_\_\_)

Tokoh Masyarakat

(\_\_\_\_\_)