Ime Stranke: **Ured:** **Datum procjene:**

Ime Radnika: **Osoblje:** **Datum štampanja:**

Sažeti Pregled Usluga

Ime Stranke: **Datum procjene:**

Adresa:

Telefon: **Lokal:** **Radnik:**

Spol: **Starosna dob:** **Broj telefona radnika:** **Lokal:**

Kontaktirati u slučaju nužde: **Telefon:** ( ) - **Vrsta:**

Njegovatelj u rezervi: **Telefon:** ( ) - **Vrsta:**

Glavni Jezik: **Govori li engleski?** **Je li potreban prevodilac?**

Zamjena za osobu koja odlučuje
Vrsta:

Ime: **Telefon:** ( ) - **Vrsta:**

Glavni doktor: **Telefon:** ( ) - **Vrsta:**

Neformalno pomoćno osoblje:

Ime	telefon

Formalno pomoćno osoblje:

Formalno pomoćno osoblje	telefon

Usluge

Kad su u pitanju funkcije, klijent je podoban za :

Planirani Smještaj:

Klasifikacija: **Cijena po danu:** **Mjesečno sati:**

Lična njega

Njegovateljica #1 _____ _____

Njegovateljica #2 _____ _____

Njegovateljica #3 _____ _____

Ukupno odobreno sati _____

Stranka je odbila pomoć u sljedećim aktivnostima:

Ovo što slijedi su potrebe stranke, ko/šta će zadovoljiti te potrebe i raspored najpogodniji za stranku:

Davatelj usluge:
zadovoljit će sljedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Davatelj usluge će
zadovoljit će sljedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Davatelj usluge:
zadovoljit će sljedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Oprema:

Vrsta	Ko djeluje	Djelovao

Ciljevi stranke:
Kratki opis ciljeva:

Status: **Ko djeluje:**

Opširniji opis ciljeva:

Kratki opis ciljeva:

Status: **Ko djeluje:**

Opširniji opis ciljeva:

Kratki opis ciljeva:

Status: **Ko djeluje:**

Opširniji opis ciljeva:

Kratki opis ciljeva:

Status: **Ko djeluje:**

Opširniji opis ciljeva:

NSA plan:

NSA opis:

Ime voditelja programa :

Ime stranke: Datum štampanja:

Datum procjene Stranica :

Broj telefona voditelja programa :

Uloga voditelja programa sastoji se od:

1. Sprovođenja procjene i ponovne procjene da bi se utvrdio prikladni program i odobrilo plaćanje usluga.
2. Razvoja plana njege uz sudjelovanje stranke.
3. Provjere jesu li pružene usluge u skladu sa planom njege, te modificiranja plana ako je to potrebno.

Klijenti imaju pravo da se odreknu usluga voditelja programa koje nisu navedene u gornjim točkama 1., 2. i 3.

Svjestan sam svim mogućnosti koje su mi dostupne, i slažem se sa gore navedenim planom usluga. Ovlašćujem Odjel za socijalnu i zdravstvenu zaštitu (Department of social and Health Services-DSHS) i/ili predstavnika mreže za pomoć starijim osobama (Aging network) da pribave ili pruže informacije koje su neophodne za razvoj mojega plana usluga.

Potpis stranke/Predstavnika **Datum**

Davatelj usluge **Datum**

Potpis socijalnog radnika / Voditelja programa **Datum**