Cliënt: **Vestiging:** **Datum beoordeling:**

Werknemer: **Personeel:** **Datum afdruk:**

Dienstsamenvatting

Cliënt: **Datum beoordeling:**

Adres:

Telefoon: **Extensie:** **Werknemer:**

Geslacht: **Leeftijd:** **Telefoon werknemer:** **Extensie:**

Contactpersoon bij noodgevallen: **Telefoon:** ( ) - **Soort:**

Reservezorgverlener: **Telefoon:** ( ) - **Soort:**

Voertaal: **Spreekt u Engels?** **Heeft u een tolk nodig?**

Beslissingsbevoegde bij vervanging:
Soort:

Naam: **Telefoon:** ( ) - **Soort:**

Huisarts: **Telefoon:** ( ) - **Soort:**

Informele opvang:

Naam	telefoon

Formele opvang:

Formele opvang	telefoon

Diensten
Cliënt komt in aanmerking voor:

Geplande woonsituatie:

Categorie: **Dagtarief:** **Uren per maand:**

Individuele zorg
Afwijzing #1 _____ _____

Afwijzing #2 _____ _____

Afwijzing #3 _____ _____

Totaal goedgekeurde uren _____

Cliënt heeft hulp bij de volgende taken afgewezen:

Hieropvolgend de behoeften van de cliënt, wie/wat voorziet in deze behoeften en het schema waaraan de cliënt de voorkeur geeft:

Zorgverlener:
voorziet in de volgende behoeften:

Schema:

Dag	Periode	Begintijd	Eindtijd

Zorgverlener:
voorziet in de volgende behoeften:

Schema:

Dag	Periode	Begintijd	Eindtijd

Zorgverlener :
voorziet in de volgende behoeften:

Schema:

Dag	Periode	Begintijd	Eindtijd

Hulpmiddelen:

Soort	Verantwoordelijke	Actie ondernemen voor

Doelstellingen cliënt:
Korte termijn:

Status: **Verantwoordelijke:**

Lange termijn:

Korte termijn:

Status: **Verantwoordelijke:**

Lange termijn:

Korte termijn:

Status: **Verantwoordelijke:**

Lange termijn:

Korte termijn:

Status: **Verantwoordelijke:**

Lange termijn:

Regeling hulpmiddelen (NSA):

Omschrijving:

Naam case manager:

Telefoonnummer case manager:

Taken van de case manager:

1. Beoordelingen en herbeoordelingen uitvoeren om vast te stellen of cliënt aan de criteria voldoet en om vergoeding van de diensten toe te kennen.
2. Een zorgplan opstellen samen met de cliënt.
3. Verifiëren of het zorgplan wordt nageleefd en of het zorgplan moet worden aangepast aan omstandigheden.

Cliënten hebben het recht case management diensten af te wijzen met uitzondering van de hierboven genoemde diensten onder 1, 2, en 3.

Ik ben op de hoogte van alle alternatieven en ik ga akkoord met het bovenstaande dienstenplan. Ik machtig de Department of Social and Health Services (DSHS) en/of de Aging Network Representative informatie die nodig is voor het opstellen van mijn dienstenplan op te vragen of vrij te geven.

Handtekening cliënt/gemachtigde **Datum**

Zorgverlener **Datum**

Handtekening maatschappelijk werker/case manager **Datum**