نام مشتری : دفتر : تاریخ ارزیابی :

نام کارگر : کارمند : تاریخ چاپ :

خلاصه خدمات

نام مشتری : تاریخ ارزیابی :

آدرس :

تلفن : داخلی : کارگر :

جنسیت : سن : شماره تلفن محل کار :
داخلی :

شماره تلفن تماس اضطراری : تلفن : ( ) - نوع :

مراقب کمکی : تلفن : ( ) - نوع :

زبان
مادری : آیا به انگلیسی صحبت می کند؟ آیا به مترجم نیاز دارد؟

تصمیم گیرنده جانشین
نوع :

نام : تلفن : ( ) - نوع :

دکتر اصلی : تلفن : ( ) - نوع :

حمایتهای غیر رسمی :

تلفن	نام :

حمایتهای رسمی :

تلفن	حمایتهای رسمی :

خدمات
مشتری بطور عملی قابلیت دریافت در مورد ذیل را دارا می باشد :

وضعیت زندگی تعیین شده :

طبقه بندی : **نرخ روزانه :** **ساعات ماهانه :**

مراقبت شخصی
معافیت شماره 1 _____ _____
معافیت شماره 2 _____ _____
معافیت شماره 3 _____ _____
کل ساعات مجاز _____

مشتری از انجام کمکهای ذیل امتناع کرده است :

موارد ذیل نیازهای مشتری می باشد، چه کسی/ چه چیزی این نیازها را تامین می کند و برنامه ترجیحی وی :

تامین کننده :
واجد شرایط نیازهای ذیل می باشد :

ساعات کاری :

روز	زمان کاری	ساعت شروع	ساعت خاتمه

تامین کننده :
واجد شرایط نیازهای ذیل می باشد :

ساعات کاری :

روز	زمان کاری	ساعت شروع	ساعت خاتمه

تامین کننده :
واجد شرایط نیازهای ذیل می باشد :

ساعات کاری :

روز	زمان کاری	ساعت شروع	ساعت خاتمه

تجهیزات :

نوع:	عمل کننده	انجام با

اهداف مشتری
شرح کوتاه از هدف :

وضعیت : **عمل کننده :**

شرح کوتاه از هدف :

شرح کوتاه از هدف :

وضعیت : **عمل کننده :**
شرح کوتاه از هدف :

شرح کوتاه از هدف :

وضعیت : **عمل کننده :**

شرح کوتاه از هدف :

شرح کوتاه از هدف :

وضعیت : **عمل کننده :**

شرح کوتاه از هدف :

برنامه NSA **:**

شرح NSA **:**

نام مدیر پرونده :

شماره تلفن مدیر پرونده:

نقش مدیر پرونده به شرح ذیل می باشد:

1. انجام ارزیابی و ارزیابی مجدد برای تعیین واجد الشرایط بودن و صدور اجازه پرداخت برای خدمات.
2. توسعه برنامه مراقبت با همکاری از جانب مشتری.
3. تایید کردن خدمات ارائه شده مطابق با برنامه مراقبت و اصلاح برنامه در صورت نیاز.

مشتری دارای حق رد کردن خدمات مدیریت پرونده را بجز در موارد 1، 2 و 3 در بالا را دارد.

من به کلیه انتخابهایی که در اختیار اینجانب است آگاهی داشته و با برنامه خدمات یاد شده در بالا موافقت می نمایم. من به اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) و/یا نماینده شبکه سالمندی این اجازه را می دهم تا برای توسعه و بهبود برنامه خدماتی اینجانب اطلاعات لازم را کسب کرده یا فاش نماید.

امضاء مشتری/نماینده **تاریخ**

تامین کننده:
تاریخ

امضاء مددکار اجتماعی/ مدیر پرونده **تاریخ**