Asiakkaan nimi: **Toimisto:** **Arviointipäivämäärä:**

Työntekijän nimi: **Henkilökunta:** **Tulostuspäivämäärä:**

Palvelukooste

Asiakkaan nimi: **Arviointipäivämäärä:**

Osoite:

Puhelin: **Alanumero:** **Työntekijä:**

Sukupuoli: **Ikä:** **Työntekijän puhelin:** **Alanumero:**

Yhteyshenkilö hätätilanteessa: **Puhelin:** ( ) - **Tyyppi:**

Varalla oleva huoltaja: **Puhelin:** ( ) - **Tyyppi:**

Ensisijainen Kieli: **Puhuu englantia?** **Tarvitaan tulkkia?**

Päätöksentekijän sijainen Tyyppi:

Nimi: **Puhelin:** ( ) - **Tyyppi:**

Ensisijainen lääkäri: **Puhelin:** ( ) - **Tyyppi:**

Epäviralliset tukihenkilöt:

Nimi	puhelin

Viralliset tukihenkilöt:

Viralliset tukihenkilöt	puhelin

Palvelut

Asiakas on toiminnallisesti oikeutettu:

Suunnitelmallinen asuintilanne:

Luokitus: **Päiväpalkka:** **Tunnit kuukaudessa:**

Henkilökohtainen hoito

Viite #1 _____ _____

Viite #2 _____ _____

Viite #3 _____ _____

Hyväksytyt kokonaistunnit _____

Asiaksa on kieltäytynyt avusta seuraavissa tehtävissä:

Seuraavassa on asiakkaan vaatimukset, kuka/mikä täyttää nämä vaatimukset, sekä asiakkaan toivottu aikataulu:

Huoltaja:
täyttää seuraavat vaatimukset:

Aikataulu:

Päivä	Aikaväli	Aloitusaika	Lopetusaika

Huoltaja
täyttää seuraavat vaatimukset:

Aikataulu:

Päivä	Aikaväli	Aloitusaika	Lopetusaika

Huoltaja:
täyttää seuraavat vaatimukset:

Aikataulu:

Päivä	Aikaväli	Aloitusaika	Lopetusaika

Tarvikkeet:

Tyyppi	Kuka toimii	Toimittava mennessä

Asiakkaan tavoitteet:
Lyhyt kuvaus tavoitteista:

Tila: **Kuka toimii:**

Tarkempi kuvaus tavoitteista:

Lyhyt kuvaus tavoitteista:

Tila: **Kuka toimii:**

Tarkempi kuvaus tavoitteista:

Lyhyt kuvaus tavoitteista:

Tila: **Kuka toimii:**

Tarkempi kuvaus tavoitteista:

Lyhyt kuvaus tavoitteista:

Tila: **Kuka toimii:**

Tarkempi kuvaus tavoitteista:

NSA suunnitelma:

NSA kuvaus:

Tapauksen hoitajan nimi :

Tapauksen hoitajan puhelinnumero :

Tapauksen hoitajan rooli on:

1. Suorittaa arviointeja ja uudelleenarviointeja ohjelman kelpoisuuden määrittämiseksi sekä valtuuttaa palvelumaksuja.
2. Kehittää hoitosuunitelma yhdessä asiakkaan kanssa.
3. Varmistaa että palvelut toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja tarvittaessa muuttaa suunnitelmaa.

Asiakkailla on oikeus luopua tapauksen hoitopalveluista lukuunottamatta kohtia 1,2 ja 3 yllä.

Olen tietoinen kaikista minulle saatavissa olevista vaihoehdoista ja suostun ylläolevaan hoito-ohjelmaan. Valtuutan sosiaali- ja terveyspalvelujen osaston (Department of social and Health Services (DSHS)) ja/tai Aging network edustajan hankkia tai julkistaa hoito-ohjelmani kehitykselle välttämätöntä tietoa.

Asiakkaan/edustajan allekirjoitus **Päivämäärä**

Huoltaja **Päivämäärä**

Sosiaalityöntekijän/ tapauksen hoitajan allekirjoitus **Päivämäärä**