Όνομα Πελάτη: **Γραφείο:** **Ημερομηνία Εκτίμησης:**

Όνομα Εργαζομένου: **Προσωπικό:** **Ημερομηνία Εκτύπωσης:**

Περίληψη Υπηρεσιών

Όνομα Πελάτη: **Ημερομηνία Εκτίμησης:**

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο: **Εσωτερικό:** **Εργαζόμενος:**

Φύλο: **Ηλικία:** **Τηλέφωνο Εργαζομένου:** **Εσωτερικό:**

Έκτακτη επικοινωνία: **Τηλέφωνο:** ( ) - **Τύπος:**

Αναπληρωτής Νοσηλευτής: **Τηλέφωνο:** ( ) - **Τύπος:**

Αρχική Γλώσσα: **Ομιλεί Αγγλικά;** **Χρειάζεται Διερμηνέας;**

Αναπληρωτής ιθύνον
Τύπος:

Όνομα: **Τηλέφωνο:** ( ) - **Τύπος:**

Αρχικός παθολόγος: **Τηλέφωνο:** ( ) - **Τύπος:**

Ανεπίσημες Υποστηρίξεις:

Όνομα	τηλέφωνο

Επίσημες Υποστηρίξεις:

Επίσημες Υποστηρίξεις	Τηλέφωνο

Υπηρεσίες

Ο πελάτης είναι λειτουργικά επιλέξιμος για:

Προγραμματισμένη Κατάσταση Διαβίωσης:

Ταξινόμηση: **Ημερήσιο Ποσοστό:** **Μηνιαίες Ώρες:**

Προσωπική Φροντίδα

Κλονισμός #1 _____ _____

Κλονισμός #2 _____ _____

Κλονισμός #3 _____ _____

Σύνολο εξουσιοδοτημένων ωρών _____

Ο πελάτης έχει αρνηθεί τη βοήθεια στα ακόλουθα καθήκοντα:

Τα Ακόλουθα είναι οι ανάγκες του πελάτη, ο οποίος/ τα οποία πληρούν αυτές τις ανάγκες, και το προτιμημένο πρόγραμμα του πελάτη:

Προμηθευτής:
Θα εκπληρώσει τις ακόλουθες ανάγκες:

Πρόγραμμα:

Ημέρα	Χρονική Περίοδος	Ώρα Έναρξης	Ώρα Λήξης

Προμηθευτής:
Θα εκπληρώσει τις ακόλουθες ανάγκες:

Πρόγραμμα:

Ημέρα	Χρονική Περίοδος	Ώρα Έναρξης	Ώρα Λήξης

Προμηθευτής :
Θα εκπληρώσει τις ακόλουθες ανάγκες :

Πρόγραμμα:

Ημέρα	Χρονική Περίοδος	Ώρα Έναρξης	Ώρα Λήξης

Εξοπλισμός:

Τύπος	Ενεργών	Ενεργών για

Στόχοι Πελάτη:
Σύντομη Περιγραφή Στόχου:

Θέση: **Ποιος Ενεργεί:**

Αναλυτική Περιγραφή Στόχου:

Σύντομη Περιγραφή Στόχου:

Θέση: **Ποιος Ενεργεί:**

Αναλυτική Περιγραφή Στόχου:

Σύντομη Περιγραφή Στόχου:

Θέση: **Ποιος Ενεργεί:**

Αναλυτική Περιγραφή Στόχου:

Σύντομη Περιγραφή Στόχου:

Θέση: **Ποιος Ενεργεί:**

Αναλυτική Περιγραφή Στόχου:

Σχέδιο NSA:

Περιγραφή NSA:

Όνομα Διευθυντή Περίπτωσης :

Αριθμός Τηλεφώνου Διευθυντή Περίπτωσης :

Ο Ρόλος του διευθυντή Περίπτωσης είναι να:

1. Διεξάγει εκτιμήσεις και επανεκτιμήσεις για να καθορίσει την επιλογή του προγράμματος και να εγκρίνει την πληρωμή των υπηρεσιών.
2. Αναπτύξει ένα πρόγραμμα φροντίδας με τη συμμετοχή του πελάτη.
3. Ελέγξει ότι οι υπηρεσίες παρέχονται σύμφωνα με το πρόγραμμα φροντίδας και να τροποποιήσει το πρόγραμμα σύμφωνα με τις ανάγκες.

Οι πελάτες έχουν το δικαίωμα να αποποιηθούν τις διοικητικές υπηρεσίες της περίπτωσης εκτός από εκείνες που εμφανίζονται στα πιο πάνω στοιχεία 1, 2, και 3.

Είμαι ενήμερος για όλες τις εναλλακτικές επιλογές μου, και συμφωνώ με το ανωτέρω πρόγραμμα υπηρεσιών. Εξουσιοδοτώ το Τμήμα κοινωνικών και Υγειονομικών Υπηρεσιών (DSHS) και/η τον Αντιπρόσωπο του δικτύου Γήρανσης να λάβει ή να εκδώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για την ανάπτυξη του προγράμματος υπηρεσιών μου.

Υπογραφή Πελάτη/ Εκπροσώπου **Ημερομηνία**

Προμηθευτής **Ημερομηνία**

Υπογραφή υπαλλήλου/ Διευθυντή περίπτωσης **Ημερομηνία**