DSHS/ADSA

Ügyfél neve: **Iroda:** **Felmérés dátuma:**

Dolgozó neve: **Dolgozók:** **Nyomtatás dátuma:**

Szolgáltatás összefoglalása

Ügyfél neve: **Felmérés dátuma:**

Cím:

Telefon: **Mellék:** **Dolgozó:**

Nem: **Kor:** **Dolgozó telefonja:** **Mellék:**

Vészhelyzetben értesítendő: **Telefon:** ( ) - **Tipus:**

Tartalék felelős: **Telefon:** ( ) - **Típus:**

Nyelv
Elsődleges: **Beszél angolul?** **Kell tolmács?**

Helyettes döntéshozó
Típus:

Név: **Telefon:** ( ) - **Típus:**

Elsődleges orvos: **Telefon:** ( ) - **Típus:**

Informális támogatók:

Név	telefon

Formális támogatók:

Formális támogatók	telefon

Hungarian
Client Name: Date printed:

Assessment Date Page:

Szolgáltatások
Az ügyfél funkcionálisan jogosult:

Tervezett élethelyzet:

Besorolás: **Napidíj:** **Havi óraszám:**

Személyes törődés
Waver #1 _____ _____

Waver #2 _____ _____

Waver #3 _____ _____

Engedélyezett összes óraszám _____

Az ügyfél lemondott a támogatásról az alábbi feladatoknál:

A következő az ügyfél igénye, az igényt kielégítő személy-dolog, valamint az ügyfél kívánt időrendje:

Szolgáltató:
a következő igénynek felel meg:

Napirend:

Nap	Időszak	Kezdő időpont	Záró időpont

Szolgáltató
a következő igénynek felel meg:

Napirend:

Nap	Időszak	Kezdő időpont	Záró időpont

Szolgáltató :
a következő igénynek felel meg :

Napirend:

Nap	Időszak	Kezdő időpont	Záró időpont

Berendezés:

Típus	Ki cselekszik	Cselekvés

Ügyfél céljai:
Cél rövid leírása:

Állapot: **Ki cselekszik:**

Cél hosszú leírása:

Cél rövid leírása:

Állapot: **Ki cselekszik:**

Cél hosszú leírása:

Cél rövid leírása:

Állapot: **Ki cselekszik:**

Cél hosszú leírása:

Cél rövid leírása:

Állapot: **Ki cselekszik:**

Cél hosszú leírása:

NSA terv:

NSA megnevezés:

Esetkezelő neve :

Esetkezelő telefonszáma :

Az esetkezelő szerepe:

1. Felmérések és újramérések elvégzése a programhoz való jogosultság eldöntése, valamint a szolgáltatások kifizetésének jóváhagyása céljából.
2. Foglalkozási terv kidolgozása az ügyfél részvételével.
3. A szolgáltatásnyújtás ellenőrzése abból a szempontból, hogy az megfelel-e a gondozási tervnek, továbbá igény szerint a terv módosítása.

Az ügyfelek jogosultak lemondani az esetkezelési szolgáltatásokról a fenti 1, 2 és 3 pontban felsoroltak kivételével.

Ismerem a számomra elérhető valamennyi alternatívát, és egyetértek a fenti szolgáltatási tervvel. Felhatalmazom a Szociális és Egészségügyi Szolgáltatások Osztályát (Department of social and Health Services (DSHS)), és/vagy az Öregedési hálózat (Aging network) képviselőjét, hogy szerezze be, illetve szolgáltassa ki a szolgáltatási tervem kidolgozásához szükséges adatokat.

Ügyfél/képviselő aláírása **Dátum**

Szolgáltató **Dátum**

Szociális munkás/esetkezelő aláírása **Dátum**