Klientens navn: **Kontor:** **Vurderingsdato:**

Arbeiders navn: **Stab:** **Utskriftsdato:**

Tjenestesammendrag

Klientens navn: **Vurderingsdato:**

Adresse:

Telefon: **Linje:** **Arbeider:**

Kjønn: **Alder:** **Arbeiders telefon:** **Linje:**

Nødkontakt: **Telefon:** ( ) - **Type:**

Reserveomsorgsyter: **Telefon:** ( ) - **Type:**

Språk
Første: **Snakker engelsk?** **Tolk nødvendig?**

Vikarierende beslutningstaker
Type:

Navn: **Telefon:** ( ) - **Type:**

Primærlege: **Telefon:** ( ) - **Type:**

Uformelle støtter:

Navn	telefon

Formelle støtter:

Formelle støtter	telefon

Tjenester
Klient er funksjonelt kvalifisert for:

Planlagt bosituasjon:

Klassifisering: **Daglig rate:** **Månedlige timer:**

Personlig pleie
Unntak nr. 1 _____ _____

Unntak nr. 2 _____ _____

Unntak nr. 3 _____ _____

Totalt godkjente timer _____

Klienten har avvist assistanse for følgende oppgaver:

Det følgende er klientens behov, hvem/hva som oppfyller disse behovene og klientens foretrukne plan:

Leverandør:
skal oppfylle følgende behov:

Plan:

Dag	Tidsperiode	Starttid	Sluttid

Leverandør
skal oppfylle følgende behov:

Plan:

Dag	Tidsperiode	Starttid	Sluttid

Leverandør:
skal oppfylle følgende behov:

Plan:

Dag	Tidsperiode	Starttid	Sluttid

Utstyr:

Type	Hvem handler	Handling av

Klientmålsettinger:
Målsetting – kort beskrivelse

Status: **Hvem handler:**

Målsetting – lang beskrivelse

Målsetting – kort beskrivelse

Status: **Hvem handler:**

Målsetting – lang beskrivelse

Målsetting – kort beskrivelse

Status: **Hvem handler:**

Målsetting – lang beskrivelse

Målsetting – kort beskrivelse

Status: **Hvem handler:**

Målsetting – lang beskrivelse

NSA-plan:

NSA-beskrivelse:

Saksleders navn:

Saksleders telefonnummer:

Saksleders oppgave er å:

1. Gjennomføre vurderinger og revurderinger for å avgjøre programkvalifikasjon og for å godkjenne betalinger for tjenester.
2. Utvikle en omsorgsplan med hjelp fra klienten.
3. Verifisere at tjenestene gis i samsvar med omsorgsplanen og å endre planen etter behov.

Klientene har rett til å frasi seg saksledelsestjenester bortsett fra dem som er nevnt i elementene 1, 2 og 3 foran.

Jeg er klar over alle alternativene som står til min rådighet, og jeg samtykker i den forannevnte tjenesteplan. Jeg gir Department of social and Health Services (DSHS) og eller representanten for Aging network fullmakt til å innhente eller gi fra seg den informasjonen som er nødvendig for å utvikle min tjenesteplan.

Klients/representants signatur **Dato**

Leverandør **Dato**

Sosialarbeiders/Saksleders signatur **Dato**