Nome do cliente: **Escritório:** **Data da avaliação:**

Nome do trabalhador: **Equipe:** **Data da impressão:**

Resumo do serviço

Nome do cliente: **Data da avaliação:**

Endereço:

Telefone **Ramal:** **Trabalhador**

Sexo: **Idade:** **Telefone do trabalhador:** **Ramal:**

Contatos de emergência: **Telefone** ( ) - **Tipo:**

Profissional de saúde de suporte: **Telefone** ( ) - **Tipo:**

Idioma Principal: **Fala inglês?** **Precisa de intérprete?**

Tomador de decisão substituto
Tipo:

Nome: **Telefone:** ( ) - **Tipo:**

Médico principal: **Telefone:** ( ) - **Tipo:**

Assistências informais:

Nome:	Telefone:

Assistências formais:

Assistências formais:	Telefone:

Serviços

O cliente está funcionalmente apto para:

Condição em que pretende viver:

Classificação: **Taxa diária:** **Horas por mês:**

Cuidados pessoais

Isenção de responsabilidade nº 1 _____

Isenção de responsabilidade nº 2 _____

Isenção de responsabilidade nº 3 _____

Total de horas autorizadas _____

O cliente rejeitou a assistência nas seguintes tarefas:

Apresentamos a seguir as necessidades do cliente, os instrumentos e pessoas que atenderão essas necessidades e o horário preferido do cliente:

Prestador de serviços:
Atenderá as seguintes necessidades:

Horário:

Dia	Período:	Horário de início	Horário de término

Prestador de serviços:
Atenderá as seguintes necessidades:

Horário:

Dia	Período:	Horário de início	Horário de término

Prestador de serviços:
Atenderá as seguintes necessidades:

Horário:

Dia	Período:	Horário de início	Horário de término

Equipamentos:

Tipo:	Quem opera	Operado por

Objetivos do cliente:
Descrição sumária do objetivo:

Status: **Quem atua:**

Descrição detalhada do objetivo:

Descrição sumária do objetivo:

Status: **Quem atua:**

Descrição detalhada do objetivo:

Descrição sumária do objetivo:

Status: **Quem atua:**

Descrição detalhada do objetivo:

Descrição sumária do objetivo:

Status: **Quem atua:**

Descrição detalhada do objetivo:

Plano NSA:

Descrição NSA

Nome do administrador do caso:

Número de telefone do administrador do caso

A função do administrador do caso é:

1. Fazer avaliações e reavaliações para determinar a elegibilidade para o programa e autorizar o pagamento dos serviços.
2. Desenvolver um plano de atendimento com participação do cliente
3. Verificar se os serviços são prestados de acordo com o plano de atendimento e modificar o plano, se necessário.

Os clientes têm o direito de abrir mão de serviços de administração do caso, além de outros relacionados nos itens 1,2 e 3 anteriormente descritos.

Eu estou a par de todas as alternativas disponíveis para minha pessoa e eu estou de acordo com o plano de serviços acima mencionado. Eu autorizo o Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS) e/ou o Representante da Rede para Idosos obter ou liberar informações necessárias para o desenvolvimento do meu plano de serviços.

Cliente / Assinatura do representante **Data**

Provedor: **Data**

Trabalhador Social / Assinatura do administrador do caso **Data**