Nume Client: **Birou:** **Data evaluării:**

Nume Lucrător: **Angajat:** **Data Imprimării:**

Sumar Servicii

Nume Client: **Data evaluării:**

Adresă:

Telefon: **Int:** **Lucrător:**

Sex: **Vârstă:** **Telefon lucrător:** **Int:**

Contact de urgență: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Asistent de Rezervă: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Limbă Maternă: **Vorbitor de Engleză?** **E necesar un Interpret?**

Factor de decizie de rezervă
Tip:

Nume: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Medic primar: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Asistență Ne-formală:

Nume	telefon

Asistență Formală:

Asistență Formală	telefon

Servicii
Clientul este eligibil pentru:

Starea de Trai Planificată:

Clasificare: **Cost Zilnic:** **Ore pe Lună:**

Asistență Personală
Waver #1 _____ _____

Waver #2 _____ _____

Waver #3 _____ _____

Ore totale autorizate: _____

Clientul a refuzat asistența la următoarele sarcini:

În Continuare sunt trecute necesitățile clientului, cine / ce acoperă aceste necesități şi programul preferat al clientului:

Furnizor:
va acoperi următoarele necesități:

Program:

Zi	Interval Timp	De la Ora	La Ora

Furnizor
va acoperi următoarele necesități:

Program:

Zi	Interval Timp	De la Ora	La Ora

Furnizor :
va acoperi următoarele necesități :

Program:

Zi	Interval Timp	De la Ora	La Ora

Echipament:

Tip	Utilizator	Utilizat de

Obiectivele Clientului:
Scurtă Descriere a Obiectivului:

Statut: **Utilizator:**

Descriere Detaliată a Obiectivului:

Scurtă Descriere a Obiectivului:

Statut: **Utilizator:**

Descriere Detaliată a Obiectivului:

Scurtă Descriere a Obiectivului:

Statut: **Utilizator:**

Descriere Detaliată a Obiectivului:

Scurtă Descriere a Obiectivului:

Statut: **Utilizator:**

Descriere Detaliată a Obiectivului:

Plan NSA:

Descriere NSA:

Numele Managerului de Caz:

Număr de Telefon Manager de Caz:

Rolul Managerului de caz este să:

1. Efectueze evaluări si reevaluări în vederea determinării eligibității si autorizării plății pentru servicii.
2. Dezvolte un plan de asistență cu participare din partea clientului.
3. Verifice dacă serviciile sunt îndeplinite conform planului de asistență şi să modifice planul daca este necesar.

Clienții au dreptul de a renunța la orice alte servicii ale managerului de caz, în afară de cele de la punctele 1, 2 şi 3 de mai sus.

Am luat la cunoştință toate alternativele disponibile şi sunt de acord cu planul de servicii prezentat mai sus. Sunt de acord ca Departamentul de Servicii sociale şi Sănătate (DSHS) şi/sau Reprezentantul Aging network să obțină şi să ofere informațiile necesare dezvoltării planului meu de servicii.

Semnătură Client/Reprezentant **Dată**

Furnizor **Dată**

Semnătură asistent social/Manager de caz **Dată**