Фамилия Клиента: **Отдел:** **Дата проведения обследования:**

Фамилия Куратора: **Штатная должность:** **Дата Составления Документа:**

Заключение о необходимости предоставления медико-социальной помощи

Фамилия Клиента: **Дата проведения обследования:**

Адрес:

Телефон: **Добавочный номер:** **Фамилия куратора:**

Пол: **Возраст:** **Телефон куратора:** **Добавочный номер:**

Контактные реквизиты на случай чрезвычайных ситуаций: **Телефон:** ( ) - **Должность контактного лица:**

Резервная Служба Поддержки: **Телефон:** ( ) - **Должность контактного лица:**

Основной Язык Общения: **Возможно ли общение на Английском?** **Нужен ли Переводчик?**

Заместитель ответственного за принятие решения:

Фамилия: **Телефон:** ( ) - **Должность:**

Лечащий врач: **Телефон:** ( ) - **Должность:**

Внештатные источники поддержки:

Фамилия		телефон

Штатные Источники Поддержки:

Штатные Источники Поддержки:		телефон

Перечень предоставляемых услуг

По своему статусу Клиент имеет право на получение следующих услуг:

Исходная расчетная величина Жизненного Уровня:

Классификация: **Дневная Норма:** **Месячная Норма (в часах):**

Адресная Помощь

1-й случай отказа от предоставляемой помощи _____ _____

2-й случай отказа от предоставляемой помощи _____ _____

3-й случай отказа от предоставляемой помощи _____ _____

Суммарное число часов, выделяемых на реализацию услуг _____

Клиент отказался от получения услуг следующего содержания:

Перечень нужд клиента; кто и как удовлетворяет эти нужды; удобный для клиента график предоставления услуг:

Сервис-Провайдер:
готов оказать следующие виды помощи:

График предоставления услуг:

Дата	Период	Начало	Конец

Сервис-Провайдер
готов оказать следующие виды помощи:

График предоставления услуг:

Дата	Период	Начало	Конец

Сервис-Провайдер:
готов оказать следующие виды помощи:

График предоставления услуг:

Дата	Период	Начало	Конец

Материально-техническое обеспечение услуг:

Тип используемой аппаратуры	Исполнитель	Реальный оператор

Нужды и потребности Клиента:
Краткое описание нужд и потребностей Клиента:

Степень их удовлетворения
на текущий момент:

Исполнитель:

Подробное описание нужд и потребностей Клиента:

Нужды и потребности Клиента:
Краткое описание нужд и потребностей Клиента:

Степень их удовлетворения
на текущий момент:

Исполнитель:

Подробное описание нужд и потребностей Клиента:

Нужды и потребности Клиента:
Краткое описание нужд и потребностей Клиента:

Степень их удовлетворения
на текущий момент:

Исполнитель:

Подробное описание нужд и потребностей Клиента:

Нужды и потребности Клиента:
Краткое описание нужд и потребностей Клиента:

Степень их удовлетворения
на текущий момент:

Исполнитель:

Подробное описание нужд и потребностей Клиента:

NSA план:

NSA описание:

Фамилия Целевой Менеджер:

Номер Телефона Целевого Менеджера:

В задачи Целевого менеджера входит:

1. Проведение освидетельствования и переосвидетельствования с целью определения правомочности претендента на включение его в программу социальной поддержки, а также с целью санкционирования оплаты за услуги.
2. Разработка плана мерноприятий по социальной поддержке с участием доверенного лица Клиента.
3. Проверка хода предоставления услуг и их соответствия составленному плану, а также внесение корректировок, если это будет необходимо.

Клиенты имеют право отказаться от услуг менеджмента, отличающихся от тех, которые перечислены выше в пунктах 1, 2, 3.

Я знаю обо всех доступных мне альтернативных вариантах и согласен с приведенным выше планом предоставления услуг. Я уполномачиваю Центр социальных и Медицинских Услуг (DSHS) и/или Представителя по работе с лицами пожилой возрастной категории получать либо выдавать информацию, необходимую для проведения мероприятий по моему личному плану предоставления услуг.

Подпись Клиента/Его представителя **Дата**

Сервис-Провайдер **Дата**

Подпись работника социальной службы/ Целевого менеджера **Дата**