DSHS/ADSA

Ime Klijenta: **Ured:** **Datum procjene:**

Ime Radnika: **Osoblje:** **Datum štampanja:**

Pregled Usluga

Ime Klijenta: **Datum procjene:**

Adresa:

Telefon: **Lokal:** **Radnik:**

Spol: **Godina:** **Broj telefona radnika:** **Lokal:**

Kontaktirati u slučaju nužde: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Njegovatelj u Rezervi: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Glavni Jezik: **Govori li Engleski?** **Je li Potreban Prevodilac?**

Osoba koja može mjenjati onog ko donosi odluke
Tip:

Ime: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Glavni doktor: **Telefon:** ( ) - **Tip:**

Neformalno Pomoćno Osoblje:

Ime	telefon

Formalno Pomoćno Osoblje:

Formalno Pomoćno Osoblje	telefon

Usluge
Kad su u pitanju funkcije, klijent je podoban za :

Planirana Cjelodnevna Pomoć:

Klasifikacija: **Cijena po Danu:** **Mjesečno Sati:**

Lična Njega
Njegovateljica #1 _____ _____

Njegovateljica #2 _____ _____

Njegovateljica #3 _____ _____

Ukupno odobreno sati _____

Klijent je odbio pomoć kod sljedećih stvari:

Ovo što slijedi su potrebe klijenta, ko/šta će zadovoljiti te potrebe, i raspored najpogodniji za klijenta:

Onaj koji pruža usluge:
će zadovoljiti slijedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Onaj koji pruža usluge će
zadovoljiti slijedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Onaj koji pruža usluge:
će zadovoljiti slijedeće potrebe:

Raspored:

Dan	Vremenski Period	Vrijeme Početka	Vrijeme Završetka

Oprema:

Tip	Ko Djeluje	Djelovao-la

Ciljevi Pacijenta:
Kratak Opis Ciljeva:

Status: **Ko Djeluje:**

Duži Opis Ciljeva:

Kratak Opis Ciljeva:

Status: **Ko Djeluje:**

Duži Opis Ciljeva:

Kratak Opis Ciljeva

Status: **Ko Djeluje**

Duži Opis Ciljeva:

Kratak Opis Ciljeva

Status: **Ko Djeluje**
Duži Opis Ciljeva:

NSA plan:

NSA opis:

Ime Administrator za Programe :

Broj Telefona Administratora za Programe :

Uloga Administratora za programe je u :

1. Sprovođenju procjene i ponovne procjene da bi se utvrdila kvaliteta programa i da bi odobrio plaćanje usluga.
2. Razvoju plana njege sa učešćem pacijenta.
3. Potvrđivanju da su pružene usluge u skladu sa planom njege i u modificiranju plana ako je to potrebno.

Klijenti imaju pravo da se odreknu usluga administratora za programe osim onih koje su gore navedene po 1., 2. i 3.

Svjestan sam svim mogućnosti koje su mu dostupne, i slažem se sa gore navedenim planom usluga. Ovlašćujem Odjel za socijalnu i Zdravstvenu Zaštitu (Department of social and Health Services-DSHS) i/ili Predstavnika Mreže za pomoć starim osobama da zadrže ili pruže informacije neophodne za razvijanje mog plana usluga.

Potpis klijenta/Predstavnika **Datum**

Onaj koji pruža usluge **Datum**

Potpis socijalnog radnika/Administratora za programe **Datum**