ชื่อลูกค้า : **สำนักงาน :** **วันที่ประเมิน :**

ชื่อพนักงาน : **คณะทำงาน :** **วันที่พิมพ์ :**

สรุปการให้บริการ

ชื่อลูกค้า : **วันที่ประเมิน :**

ที่อยู่ :

หมายเลขโทรศัพท์ : **ต่อ :** **พนักงาน :**

เพศ : **อายุ :** **หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน :** **ต่อ :**

กรณีฉุกเฉินติดต่อ : **หมายเลขโทรศัพท์ :** **ประเภท :**

( ) -

หรือ : **โทรศัพท์ :** **ประเภท :**

( ) -

ภาษา

ภาษาแม่ : **พูดภาษาอังกฤษได้หรือไม่?** **จำเป็นต้องใช้ล่ามหรือไม่?**

ผู้ตัดสินใจแทน :

ประเภท :

ชื่อ : **หมายเลขโทรศัพท์ :** **ประเภท :**

( ) -

แพทย์ผู้ให้การรักษา : **หมายเลขโทรศัพท์ :** **ประเภท :**

( ) -

ผู้ช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ :

ชื่อ	หมายเลขโทรศัพท์

การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ :

การช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ	หมายเลขโทรศัพท์

การบริการ
ในทางปฏิบัติแล้ว ลูกค้ามีสิทธิที่จะ :

สถานภาพของการดำเนินชีวิตที่ได้วางแผน:

การแบ่งประเภท : **อัตราต่อวัน:** **ชั่วโมงต่อเดือน:**

การดูแลเฉพาะบุคคล
การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 1 _____ _____
การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 2 _____ _____
การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 3 _____ _____

ชั่วโมงที่ได้รับอนุญาตรวม _____

ลูกค้าได้ปฏิเสธความช่วยเหลือในงานต่อไปนี้ :

ข้อมูลด้านล่างต่อไปนี้เป็นความต้องการของลูกค้า ใคร/อะไรที่ตรงกับความต้องการและกำหนดการของลูกค้ามากกว่า :

ผู้จัดหา
จะต้องมีคุณสมบัติตรงตามความต้องการต่อไปนี้ :

กำหนดการ :

วัน	ระยะเวลา	เวลาเริ่ม	เวลาสิ้นสุด

ผู้จัดหา
จะต้องมีคุณสมบัติตรงตามความต้องการต่อไปนี้ :

กำหนดการ :

วัน	ระยะเวลา	เวลาเริ่ม	เวลาสิ้นสุด

ผู้จัดหา
จะต้องมีคุณสมบัติตรงตามความต้องการต่อไปนี้ :

กำหนดการ :

วัน	ระยะเวลา	เวลาเริ่ม	เวลาสิ้นสุด

อุปกรณ์ :

ชนิด	ผู้ดำเนินการ	ดำเนินการโดย

เป้าหมายของลูกค้า :
เป้าหมายระยะสั้นของลูกค้า :
สถานะ : **ผู้ดำเนินการ :**
เป้าหมายระยะยาวของลูกค้า :

เป้าหมายระยะสั้นของลูกค้า :
สถานะ : **ผู้ดำเนินการ :**
เป้าหมายระยะยาวของลูกค้า :

เป้าหมายระยะสั้นของลูกค้า :
สถานะ : **ผู้ดำเนินการ :**
เป้าหมายระยะยาวของลูกค้า :

เป้าหมายระยะสั้นของลูกค้า :
สถานะ : **ผู้ดำเนินการ :**
เป้าหมายระยะยาวของลูกค้า :

แผนงานของ NSA :

รายละเอียดของ NSA :

ชื่อผู้จัดการที่รับผิดชอบ :

หมายเลขโทรศัพท์ของผู้จัดการที่รับผิดชอบ :

บทบาทของผู้จัดการที่รับผิดชอบมีดังนี้ :

1. ทำการประเมินหรือประเมินซ้ำ เพื่อกำหนดศักยภาพของโครงการและอนุมัติค่าใช้จ่ายในการบริการ
2. พัฒนาแผนงานในการดูแล โดยให้ลูกค้ามีส่วนร่วม
3. ตรวจสอบว่าบริการนี้สอดคล้องกับแผนงานในการดูแล และปรับแผนงานตามความจำเป็น

ลูกค้ามีสิทธิที่จะงดการให้บริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 1 , 2 และ 3 ที่ได้กล่าวมาแล้ว

ข้าพเจ้ารับรู้ถึงทางเลือกอื่นที่ได้เตรียมไว้สำหรับข้าพเจ้า และเห็นชอบกับแผนการให้บริการข้างต้น
ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมบริการสังคมและสุขภาพ และ/หรือผู้แทนของเครือข่ายผู้สูงอายุ ได้รับ
หรือให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาแผนการบริการของข้าพเจ้า

ลายมือชื่อลูกค้า/ตัวแทน
วันที่

ผู้จัดหา
วันที่

ลายมือชื่อพนักงาน/ผู้จัดการที่รับผิดชอบ
วันที่