**Прізвище Клієнта:** **Відділ:** **Дата проведення обстеження:**

**Прізвище Куратора:** **Штатна посада:** **Дата укладання висновку:**

# Висновок про необхідність надання медично-соціальної допомоги

**Прізвище Клієнта:** **Дата проведення обстеження:**

**Адреса:**

**Телефон:** **Додатковий номер:** **Прізвище куратора:**

**Стать:** **Вік:** **Телефон куратора:** **Додатковий номер:**

---

**Контактні реквізити на випадок надзвичайних ситуацій:** **Телефон:** ( ) - **Посада контактної особи:**

**Резервна Служба Підтримки:** **Телефон:** ( ) - **Посада контактної особи:**

---

**Основна Мова Спілкування:** **Чи можливе спілкування на Англійській?** **Чи Потрібний Перекладач?**

---

**Заступник особи, відповідґльної за прийняття рішення:**

**Прізвище:** **Телефон:** ( ) - **Посада:**

---

**Відповідальний лікар:** **Телефон:** ( ) - **Посада:**

**Позаштатні Джерела Підтримки:**

| Прізвище | | телефон |
|---|---|---|
| | | |

**Штатні Джерела Підтримки:**

| Штатні Джерела Підтримки: | | телефон |
|---|---|---|
| | | |

## Перелік послуг, що надаються

**За своїм статусом Клієнт має право на одержання наступних послуг:**

**Вихідна озрахункова величина Життєвого Рівня:**

**Класифікація:** **Денна Норма:** **Місячна Норма (у годинах):**

## Адресна Допомога

**1-й випадок відмови від допомоги, що надається** _____ _____

**2-й випадок відмови від допомоги, що надається** _____ _____

**3-й випадок відмови від допомоги, що надається** _____ _____

**Сумарне число годин, що виділяються на реалізацію послуг** _____

---

**Клієнт відмовився від одержання послуг наступного вмісту:**

---

**Перелік потреб клієнта; хто и як задовольняє ці потреби; зручний для Клієнта графік надання послуг:**

---

**Сервіс-Провайдер:**
**готовий надати наступні види допомоги:**

**Графік надання послуг:**

| Дата | Період | Початок | Кінець |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

---

**Сервіс-Провайдер**
**готовий надати наступні види допомоги:**

**Графік надання послуг:**

| Дата | Період | Початок | Кінець |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

---

**Сервіс-Провайдер:**
**готовий надати наступні види допомоги:**

**Графік надання послуг:**

| Дата | Період | Початок | Кінець |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Матеріально-технічне забезпечення послуг:**

| Тип використованої апаратури | Виконавець | Реальний оператор |
|---|---|---|
| | | |

**Потреби Клієнта:**
**Стислий опис потреб Клієнта:**

**Ступінь їх задоволення**
**на сучасний момент:**

**Виконавець:**

**Детальний Опис потреб Клієнта:**

---

**Потреби Клієнта:**
**Стислий опис потреб Клієнта:**

**Ступінь їх задоволення**
**на сучасний момент:**

**Виконавець:**

**Детальний Опис потреб Клієнта:**

---

**Потреби Клієнта:**
**Стислий опис потреб Клієнта:**

**Ступінь їх задоволення**
**на сучасний момент:**

**Виконавець:**

**Детальний Опис потреб Клієнта:**

---

**Потреби Клієнта:**
**Стислий опис потреб Клієнта:**

**Ступінь їх задоволення**
**на сучасний момент:**

**Виконавець:**

**Детальний Опис потреб Клієнта:**

---

**NSA план:**

**NSA опис:**

---

**Прізвище Цільовий Менеджер:**

**Номер Телефона Цільового Менеджера:**

До задач Цільового менеджера входить:

1. Проведення обстеження та повторного обстеження для визначення правомочності претендента на включення його до програми соціальної підтримки, а також для санкціонування оплати за послуги.
2. Розробка плану заходів щодо соціальної підтримки за участю довіреної особи клієнта.
3. Перевірка процесу надання послуг і їх відповідності складеному плану, а також внесення коректувань, якщо це буде необхідно.

Клієнти мають право відмовитися від послуг менеджменту, що будуть відрізнятися від зазначених вище в Пунктах 1, 2, 3.

**Я знаю про всі доступні мені альтернативні варіанти і згодний з приведеним вище планом надання послуг. Я уповноважую Центр соціальных і Медичних Послуг (DSHS) і/або Представника по роботі з особами літньої вікової категорії отримувати або видавати інформацію, необхідну для проведення заходів за моїм особистим планом надання послуг.**

---

**Підпис Клієнта/його представника** **Дата**

**Сервіс-Провайдер** **Дата**

**Підпис працівника соціальної служби/ Цільового менеджера** **Дата**