DSHS/ADSA

Jméno Zákazníka: **Kancelář:** **Datum vyhodnocení:**

Jméno Pracovníka: **Personál:** **Datum Tisku:**

Přehled Služeb

Jméno Zákazníka: **Datum vyhodnocení:**

Adresa:

Telefon: **Linka:** **Pracovník:**

Pohlaví: **Věk:** **Telefon pracovníka:** **Linka:**

Náhradní kontakt: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Náhradní Pečovatel: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Jazyk
Hlavní: **Mluví Anglicky?** **Potřebuje Tlumočníka?**

Náhradní řídící pracovník
Typ:

Jméno: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Hlavní lékař: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Běžná Podpora:

Jméno	telefon

Formální Podpora:

Formální Podpora	telefon

Služby
Zákazník je vhodný:

Plánovaná Životní situace:

Klasifikace: **Denní Sazba:** **Hodiny za Měsíc:**

Osobní Péče
Zřeknutí se #1 _____ _____

Zřeknutí se #2 _____ _____

Zřeknutí se #3 _____ _____

Celkem povolené hodiny _____

Zákazník odmítl pomoc pro tyto úkoly:

Následující jsou potřeby zákazníka, ten kdo/co bude uspokojovat tyto potřeby a časový plan, kterému zákazník dává přednost:

Poskytovatel:
bude uspokojovat tyto potřeby:

Časový plan:

Den	Časový Interval	Počátek Období	Konec Období

Poskytovatel
bude uspokojovat tyto potřeby:

Časový plan:

Den	Časový Interval	Počátek Období	Konec Období

Poskytovatel:
bude uspokojovat tyto potřeby:

Časový plan:

Den	Časový Interval	Počátek Období	Konec Období

Zařízení:

Typ	Kdo Jedná	Jednání z

Cíle zákazníka:
Krátký popis Cíle:

Stav: **Kdo jedná:**

Podrobný popis Cíle:

Stručný popis Cíle:

Stav: **Kdo jedná:**

Podrobný popis Cíle:

Stručný popis Cíle:

Stav: **Kdo jedná:**

Podrobný popis Cíle:

Stručný popis Cíle:

Stav: **Kdo jedná:**

Podrobný popis Cíle:

NSA plan:

Popis NSA:

Jméno Vedoucího Případu :

Telefonní číslo Vedoucího Případu :

Funkce Vedoucího Případu je:

1. Řídit vyhodnocení a znovu vyhodnocení, rozhodnout se o způsobilosti programu a schválit zaplaceni služeb.
2. Vyhotovit plan péče, ve kterém se zúčastní i zákazník.
3. Ověřit že služby jsou provedeny dle planu o péče a jestli je zapotřebí modifikovat plan.

Zákazníci mají právo zříci se služeb vedení případů, které nejsou výše uvedeny pod body 1, 2, a 3 .

Jsem si vědomý všech alternativ, kterými disponují a souhlasím s výše uvedeným plánem služeb. Zplnomocňují Ústavu sociálních a Zdravotních Služeb (Department of social and Health Services - DSHS) a/nebo Zástupce sítě Aging , aby obdržoval nebo uveřejňoval informace pro vytvoření mého planu služeb.

Podpis zákazníka/Zástupce **Datum**

Poskytovatel **Datum**

Podpis Pracovníka/Vedoucí Případu **Datum**