Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

评估会议总结
Assessment Meeting Wrap-up

当事人信息	
当事人姓名	发展残障服务处(DDD)个案号码

总结

请勾选下面的适当方框。在个案当事人或其法律代表勾选每一选项并签名之后，才能最后完成本计划的制定。若您选择「否」，则个案/资源管理员将继续与您一起解决使您感到关注的问题。

是	否	
☐	☐	我已收到完成本计划所需的另选安置计划服务及合格服务提供者的有关信息。
☐	☐	我已得到机会选择适合本人健康和福利需求之合格的服务提供者。
☐	☐	如果本人不满意目前的服务提供者，我已得到机会选择另一位服务提供者或安排以其它方法来满足我的需求。
☐	☐	我的健康和福利需求目前已得到满足，或者已有一项适当的计划能及时满足我的健康和福利需求。
☐	☐	我提出的有关本项计划的所有问题和我感到关注的问题都已得到解决，或者正在得到解决。
☐	☐	我知道本人可以随时提出复审此项计划的请求。
☐	☐	已经向本人解释了我对发展残障服务处所作的决定提出申诉之权利。
☐	☐	已经向本人解释了提出申诉的程序。
☐	☐	已经向本人解释了年度体检的重要性，而我拒绝此项服务。（**仅在当事人拒绝服务的情况下，才需填写此项**）
☐	☐	已经向本人解释了年度牙科检查的重要性，而我拒绝此项服务。（**仅在当事人拒绝服务的情况下，才需填写此项**）

个案当事人签名	日期
法律代表签名	日期

Home and Community Based Services (HCBS) Waiver

自愿参加声明表格

Voluntary Participation Form

此表格的目的是确保已经为您提供有关家庭与社区服务(HCBS)另选安置计划服务的信息，并已给您机会选择在社区范围内获得服务。发展残障服务处(DDD)必须确保您已同意接受按年度提供的家庭与社区安置服务，之后您才有资格获得另选安置计划服务。

请审阅下列陈述，然后在您选择的陈述栏位内签名并写明日期。

本人在此处签名，表示我已得知不同的服务选择，并已选择接受家庭与社区服务另选安置计划在社区提供的服务。	
个案当事人签名	日期
法律代表签名	日期
或者	
本人在此处签名，表示我已得知不同的服务选择，并已选择接受在智障者中级看护设施(ICF/MR)提供的住宿看护机构服务。	
个案当事人签名	日期
法律代表签名	日期