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

Conclusión de la Reunión ISP
ISP Meeting Wrap-up

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	
NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DDD

CONCLUSIÓN

Por favor, ponga sus iniciales en los siguientes ítems. No se dará por concluido al plan hasta que el cliente/representante legal haya puesto sus iniciales en cada ítem. Su Encargado del Caso/de los Recursos continuará trabajando con usted para ayudarle con sus preocupaciones si la respuesta seleccionada es "no".

Sí	No	
_____	_____	Recibí la información que se refiere a los servicios de exención y a los proveedores calificados para los servicios que se necesitaban para completar el plan.
_____	_____	Tuve una selección de proveedores calificados para satisfacer mis necesidades de salud y de bienestar.
_____	_____	Pude planificar la satisfacción de mis necesidades al elegir a otro proveedor o al intentar por otro medio, si algún proveedor actual no es de mi agrado.
_____	_____	Mis necesidades de salud y de bienestar están siendo satisfechas en este momento o se está gestionando un plan adecuado para satisfacerlas de manera oportuna.
_____	_____	Se ha tratado/está tratando todo asunto o inquietud que haya surgido en relación a este plan de cuidado.
_____	_____	Sé que puedo solicitar una revisión de este plan en cualquier momento.
_____	_____	Se me han explicado cuáles son mis derechos de apelación en cuanto a las decisiones tomadas por la División de Discapacidades de Desarrollo.
_____	_____	Se me han explicado los procedimientos para presentar una apelación.
_____	_____	Se me ha explicado la importancia de revisiones médicas anuales y yo renuncio a ellas. **(completar sólo si el cliente se niega)**
_____	_____	Se me ha explicado la importancia de las consultas odontológicas anuales y renuncio a ellas. **(completar sólo si el cliente se niega)**

Se me ha informado sobre mis alternativas y elijo recibir servicios bajo la DDD Exención basada en el hogar y en la comunidad.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
O bien,	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA

Se me ha informado sobre mis alternativas y elijo recibir servicios institucionales

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
O bien,	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA