AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION

برنامه زمانی فرد ارائه دهنده خدمات

Individual Provider Time Sheet

Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

نام مشتری/ کارفرما	نام فرد ارائه دهنده خدمات	نام CM	ماه/ سال

	روز در ماه	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	زمان آغاز خدمات																
B	زمان پایان خدمات																
C	مجموع ساعات در یک روز																
D	مسافت پیموده شده																

	روز در ماه	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A	زمان آغاز خدمات																
B	زمان پایان خدمات																
C	مجموع ساعات در یک روز																
D	مسافت پیموده شده																

فعالیت‌های انجام شده طی ماه را علامت بزنید (فقط مخصوص تامین کنندگان مراقبت شخصی)

- ☐ تهیه و تدارک وعده غذایی*
- ☐ غذا خوردن
- ☐ همراهی/ رفت و آمد به مرکز پزشکی*
- ☐ لباس پوشیدن
- ☐ نظافت شخصی
- ☐ جا به جایی در تخت/ تثبیت موقعیت
- ☐ راه رفتن/ تحرک
- ☐ استعمال لوسیون/ پماد*
- ☐ گرفتن ناخن پا *
- ☐ رفت و آمد
- ☐ حمام کردن
- ☐ رفتن به دستشویی
- ☐ کارهای خانه*
- ☐ نرمش‌های توانبخشی دامنه حرکتی
- ☐ خرید کالاهای ضروری*
- ☐ ذخیره هیزم*
- ☐ تعویض بانداژ خشک
- ☐ مدیریت داروها*
- ☐ استراحت از سوی بخش معلولیت های تکاملی

* فعالیت‌های مخصوص مشتری بزرگسال.

دستورالعمل برای ثبت ساعات مجاز DSHS خود

A. زمان آغاز خدمات را ذکر کنید- "صبح" یا "بعد از ظهر" را مشخص نمایید.

B. زمان پایان خدمات را ذکر کنید - "صبح" یا "بعد از ظهر" را مشخص نمایید.

C. مجموع ساعات کار در هر روز را ذکر کنید.

D. مسافت پیموده شده: کلیه مسافت‌های طی شده هنگام رفت و آمد یا خرید برای مشتری برای هر SSPS مجاز.

این برنامه زمانی را برای مدیران پرونده ارسال نکنید مگر اینکه درخواست شده باشد. برنامه‌های زمانی تکمیل شده را به مدت شش (6) ماه در سوابق خود نگهداری کنید. به هنگام اجرای ارزیابی مجدد، کپی‌هایی از این برنامه زمانی از سوی مدیران پرونده درخواست خواهد شد. DSHS می‌تواند در هر زمان دلخواه نسخه‌هایی از این برنامه را درخواست نماید.

امضای مشتری	امضای فرد ارائه دهنده خدمات

این فرم در آدرس http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html است.

COPIES TO: Individual Provider; Client/Employer