

**Программа добровольного размещения для получения
стационарных услуг (VPS) Система коммуникации в Медицинской
группе по вопросам патронатного ухода (FCMT)
Voluntary Placement Services (VPS) Foster Care Medical Team (FCMT) Communication**

Данные ребёнка

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
КЛИЕНТ ПРОЖИВАЕТ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ (ОТМЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОДИН ПУНКТ) <input type="checkbox"/> Семья, взявшая ребенка на патронатное воспитание <input type="checkbox"/> Специализированное учреждение с обслуживающим персоналом <input type="checkbox"/> Учреждение, работающее в режиме группового ухода		СТАНДАРТНАЯ АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HCBS CORE WAIVER) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ПРАВО НА УЧАСТИЕ В «ПУТЬ К СОВМЕСТНОМУ ПРОЖИВАНИЮ» (RCL) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
		ДАТА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ УЧАСТИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HCBS WAIVER)	ДАТА ДОБРОВОЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ	

Информация о патронатных родителях

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()		
АДРЕС ПАТРОНАТНОЙ СЕМЬИ	ГОРОД	ШТАТ WA	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) УЛИЦА, ГОРОД		ШТАТ WA	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	

**Информация о специализированном учреждении с обслуживающим персоналом / учреждении, работающем в режиме
группового ухода**

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()			
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	ГОРОД	ШТАТ WA	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) УЛИЦА, ГОРОД		ШТАТ WA	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()			

**Данные социального работника Программы добровольного размещения для получения стационарных услуг (VPS)
Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA)**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()			
ТРЕБУЕТСЯ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО ПОДХОДИТ)				
<input type="checkbox"/> Новый запрос	<input type="checkbox"/> Обновленный адрес клиента	<input type="checkbox"/> Обновленные данные социального работника Администрации DDA	<input type="checkbox"/> Ежегодное обследование	<input type="checkbox"/> Завершения перехода от программы «Путь к совместному проживанию» (RCL) к альтернативным программам услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waivers)
<input type="checkbox"/> Обслуживание без изменений	<input type="checkbox"/> Более не является клиентом Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) (указать причину в поле комментариев)	<input type="checkbox"/> Другое (укажите необходимую информацию или просьбу в поле для комментариев)	<input type="checkbox"/> Внести данные социального работника Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития в раздел уполномоченных представителей для Medicaid / программы альтернативного обслуживания	

КОММЕНТАРИИ

Данные социального работника Медицинской группы по вопросам патронатного ухода (FCMT)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПО ВОПРОСАМ ПАТРОНАТНОГО УХОДА (FCMT):	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()	НОМЕР ФАКСА ()
--	---	--------------------