DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Программа добровольного размещения для получения стационарных услуг (Voluntary Placement Services, VPS) Сообщение Медицинской группы по вопросам патронатного ухода (Foster Care Medical Team, FCMT)

Voluntary Placement Services (VPS)
Foster Care Medical Team (FCMT) Communication

Данные ребёнка

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ	ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
	☐ Мужской ☐ Женский			

ОТКАЗ ОТ СТАНДАРТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМ И В ОБЩИНЕ - HCBS CORE WAIVER	КЛИЕНТ ПРОЖИВАЕТ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ (ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)
☐ Да ☐ Нет	☐ В доме патронатных родителей ☐ В специализированном учреждении с обслуживающим персоналом ☐ В учреждении, работающем в режиме группового ухода

УТВЕРЖДЕННАЯ ДАТА ОТКАЗА ОТ СТАНДАРТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	ДАТА ДОБРОВОЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ

Информация о патронатных родителях

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		ВАШИНГТОН	

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		ВАШИНГТОН	

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

АДРЕС МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		ВАШИНГТОН	

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		ВАШИНГТОН	

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 ЗОНЫ)

ТРЕБУЕТСЯ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО ПОДХОДИТ)

☐ Обновленный адрес клиента ☐ Обслуживание без изменений
☐ Обновленные данные социального работника Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA)
☐ Более не является клиентом Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) (указать причину в поле комментариев)
☐ Ежегодное освидетельствование ☐ Другое (укажите необходимую информацию или просьбу в поле для комментариев)
☐ Внести социального работника Администрации 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 ЗОНЫ)	НОМЕР ФАКСА