تقييم الجلسة الختامية
Assessment Meeting Wrap-up

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

معلومات العميل
اسم العميل

الختام			
يرجى مراجعة البنود مع مدير الحالة التابع له. لن يتم الانتهاء من الخطة حتى يتم التحقق من كل بند ويتم التوقيع أدناه. إذا كان الاختيار "لا"، فإن مدير الحالة التابع له سوف يواصل العمل معك من أجل الوصول لحل لمشاكلك.			
	نعم	لا	غير متاح
كنت قادرًا على إدارة خطة الخدمة الشخصية المتمركزة الخاصة بي (أو اخترت شخص لإدارتها).	☐	☐	☐
ناقشنا أي تساؤلات قابلتني خاصة بخدمات DDA المقدمة لي.	☐	☐	☐
ناقشنا الخدمات المتاحة لتلبية احتياجاتي وأهدافي المُقيمة، بما في ذلك الدعم مدفوع الأجر وغير مدفوع الأجر.	☐	☐	☐
إذا كانت لديّ تساؤلات أو أمور تتعلق بخطة الخدمة الخاصة بي، فإنه يتم تناولها أو يجري تناولها.	☐	☐	☐
أوضح مدير الحالة التابع له أنه يمكنني اختيار أو تغيير مزود (مزودي) الخدمة.	☐	☐	☐
أوضح مدير الحالة التابع له ما يجب عليّ أن أقوم به إذا لم أتلقى الخدمات المحددة في خطتي.	☐	☐	☐
ناقشنا أنه يمكنني طلب إجراء تغييرات على خطة الخدمة الشخصية المتمركزة الخاصة بي في أي وقت.	☐	☐	☐
فسّر مدير الحالة التابع لي وثيقة بيان العمل المخطط (بي إيه إن) وكيفية الطعن عليها إذا لم تتفق مع قرارات DDA بشأن خدماتي .	☐	☐	☐
فسّر مدير الحالة التابع لي كيف أقدم شكوى لا علاقة لها بالطعن على خدمات DDA	☐	☐	☐
أوضح مدير الحالة التابع لي أنه يمكنني الاتصال برقم 1-866-363-4276 (End Harm 1-866-) في أي وقت للإبلاغ عن أيّ تعدي أو إهمال.	☐	☐	☐
ناقشنا أهمية التخطيط للطوارئ.	☐	☐	☐
أكمل هذا الجزء فقط إذا قمت برفض زيارة طبيب أسنان أو كشف عام على الجسم هذا العام.			
تم توضيح أهمية الزيارة السنوية للطبيب ورفضتها.	☐	☐	☐
تم توضيح أهمية زيارة طبيب الأسنان السنوية ورفضتها.	☐	☐	☐

توقيع العميل	تاريخ
توقيع الممثل القانوني (إذا كان موجوداً في التقييم)	تاريخ

إذا كان ممثلكم القانوني لم يكن حاضراً شخصيًا من أجل اجتماع خطة الخدمة الشخصية المتمركزة الخاصة بي، فإننا سوف نرسل نسخة من هذا النموذج لممثلكم القانوني للإطلاع عليها.