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

Итоги встречи по оценке состояния
Assessment Meeting Wrap-up

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА

ИТОГИ

Пожалуйста, пометьте внизу соответствующие пункты. План не будет окончательно утверждён, пока клиент или его официальный представитель не пометит соответствующий квадрат около каждого пункта и не поставит внизу свою подпись. Если выбран вариант «Нет», то ваш менеджер по уходу продолжит с вами работу по разрешению имеющихся проблем.

Да	Нет	Не применимо	
☐	☐	☐	Мы обсудили мои вопросы об альтернативных услугах.
☐	☐	☐	Мы обсудили важность составления плана на случай чрезвычайных происшествий.
☐	☐	☐	Мы обсудили, какие альтернативные услуги могли бы удовлетворить мои потребности.
☐	☐	☐	Все проблемы и беспокойства, затронутые мной в связи с данным обследованием, были решены или решаются в настоящее время.
☐	☐	☐	Мой менеджер по уходу объяснил, что я могу выбирать и заменять своего поставщика услуг.
☐	☐	☐	Мой менеджер по уходу объяснил, что мне делать, если я не получаю услуг, обозначенных в моём плане.
☐	☐	☐	Я знаю, что в любой момент могу попросить о пересмотре данного плана.
☐	☐	☐	Мой менеджер по уходу разъяснил назначение «Извещения о планируемом действии» (Planned Action Notice, PAN) и порядок обжалования решений отдела DDD, касающихся моих услуг.
☐	☐	☐	Мой менеджер по уходу объяснил, как мне подать жалобу, не связанную с апелляцией на решение об услугах отдела DDD.
☐	☐	☐	Я знаю, что могу позвонить по тел. 1-866-363-4276 (1-866 - End Harm), чтобы сообщить о жестоком обращении или пренебрежении.

Заполните этот раздел, только если вы отказываетесь в этом году от ежегодного прохождения медосмотра или ежегодного посещения стоматолога.

☐	☐	☐	Мне разъяснили важность ежегодного прохождения медосмотра, и я от него отказываюсь.
☐	☐	☐	Мне объяснили важность ежегодного посещения стоматолога, и я от него отказываюсь.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРИСУТСТВУЕТ НА ОБСЛЕДОВАНИИ)	ДАТА

Если уполномоченный представитель не присутствовал на обследовании, то ему необходимо направить на просмотр подписанные «Итоги встречи по результатам обследования». В таких случаях подпись клиента на данном документе приемлема.