

## Итоги встречи по оценке состояния Assessment Meeting Wrap-up

### Данные клиента

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА

### Итоги

Обсудите указанные ниже пункты с вашим куратором. План не будет окончательно утверждён, пока вы не пройдёте и не отметите все поля и не поставите внизу свою подпись. Если выбран вариант «Нет», то ваш куратор продолжит с вами работу по разрешению имеющихся проблем.

Да   Нет   Неприменимо

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Я имел возможность контролировать (или выбрать лицо, которое бы контролировало) выполнение моего плана обслуживания, ориентированного на клиента.                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мы обсудили все вопросы, которые у меня возникли, в отношении моего обслуживания, предоставляемого Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA).     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мы обсудили доступные услуги, которые помогут мне удовлетворить моим определенным потребностям и достичь целей, в том числе платные и бесплатные услуги.                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Если у меня были замечания или вопросы в отношении моего плана обслуживания, они были решены или в данный момент решаются.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мой куратор объяснил, что я могу выбирать и заменять своего(-их) поставщика(-ов) услуг.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мой куратор объяснил, что мне делать, если я не получаю услуг, обозначенных в моём плане.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мы обсудили возможность запроса мной изменений в моем плане обслуживания, ориентированного на клиента, в любое время.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мой куратор разъяснил назначение Уведомления о запланированных мероприятиях (Planned Action Notice, PAN) и порядок обжалования решений администрации DDA, касающихся моих услуг. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мой куратор объяснил, как мне подать жалобу, не связанную с апелляцией на решение об услугах администрации DDA.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мой куратор сказал мне, что я могу в любое время позвонить 1-866-363-4276 (1-866 - End Harm), чтобы пожаловаться на жестокое или безответственное отношение.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мы обсудили важность составления плана на случай чрезвычайных происшествий.  |

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

- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мне разъяснили важность ежегодного прохождения медосмотра, и я от него отказываюсь. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Мне объяснили важность ежегодного посещения стоматолога, и я от него отказываюсь.   |

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРИСУТСТВУЕТ НА ОБСЛЕДОВАНИИ)

ДАТА

Если ваш уполномоченный представитель не присутствовал на встрече, посвященной обсуждению вашего плана обслуживания, ориентированного на клиента, мы отправим копию этой формы вашему уполномоченному представителю.