

Conclusión de la Reunión de Evaluación Assessment Meeting Wrap-up

Información del cliente

NOMBRE DEL CLIENTE

Conclusión

Por favor repase los siguientes puntos con su Administrador de caso. No se dará por concluido el plan hasta que usted haya marcado cada punto y firmado abajo. Si la respuesta seleccionada es "no", su Administrador de caso continuará trabajando con usted para ayudarle con sus preocupaciones.

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | <u>N/A</u> | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pude dirigir (o elegir a alguien que dirigiera) mi plan de servicio orientado a la persona. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablamos sobre todas las inquietudes que yo tenía sobre mis servicios del DDA. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablamos sobre servicios disponibles que satisfarían mis necesidades y metas evaluadas, incluyendo apoyos pagados y no pagados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si yo tenía inquietudes sobre mi plan de servicio, están han sido o están siendo resueltas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi administrador de caso me explicó que puedo elegir o cambiar mis proveedores de servicios. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi administrador de caso me explicó que hacer si no recibo los servicios que especifica mi plan. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablamos acerca de que puedo solicitar cambios a mi plan de servicio orientado a la persona en cualquier momento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi administrador de caso me explicó el documento Notificación de Acción Planeada (por sus siglas en inglés, "PAN") y cómo apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones del DDA respecto a mis servicios. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi administrador de caso me explicó cómo puedo presentar una queja que no está relacionada con una apelación de los servicios del DDA. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi administrador de caso me explicó que puedo llamar al 1-866-363-4276 (1-866-END-HARM) en cualquier momento para denunciar maltrato o abandono. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablamos sobre la importancia de la planificación para emergencias. |

Llene solamente si no ha aceptado un examen físico o dental anual este año.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ha explicado la importancia de un examen físico anual y no lo he aceptado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ha explicado la importancia de un examen dental anual y no lo he aceptado. |

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI ESTUVIESE PRESENTE EN LA EVALUACIÓN)

FECHA

Si su representante legal no estuvo presente para su reunión del plan de servicio orientado a la persona, le enviaremos una copia de este formulario a su representante legal para que lo revise.