Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

# Табель учёта рабочего времени индивидуального поставщика услуг

## Individual Provider Time Sheet

| ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА / РАБОТОДАТЕЛЯ | ИМЯ И ФАМИЛИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ | ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕНЕДЖЕРА ПО УХОДУ | МЕСЯЦ/ГОД |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | День месяца | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Время начала ухода | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Время завершения | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | Полное кол-во часов за | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Количество пройденных | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | День месяца | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | СУММАРНЫЕ КОЛИЧЕСТВА |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Время начала ухода | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Время завершения | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | Полное кол-во часов за | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Количество пройденных | | | | | | | | | | | | | | | | |

ПОМЕТЬТЕ ВИДЫ УХОДА, ВЫПОЛНЯВШИЕСЯ В ДАННОМ МЕСЯЦЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПЛАНОМ ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТА (ТОЛЬКО ДЛЯ ПОМОЩНИКОВ ПО ЛИЧНОМУ УХОДУ)

- ☐ Приготовление пищи
- ☐ Питание
- ☐ Сопровождение / перевозка к месту получения медицинских услуг
- ☐ Одевание
- ☐ Личная гигиена
- ☐ Смена положения в постели
- ☐ Ходьба / передвижение
- ☐ Наложение лосьонов / мазей
- ☐ Уход за ногтями ног*
- ☐ Перемещение
- ☐ Купание
- ☐ Пользование туалетом
- ☐ Работа по дому
- ☐ Пассивное передвижение в нормальных пределах
- ☐ Покупки первой необходимости
- ☐ Доставка лесоматериалов
- ☐ Смена сухой повязки
- ☐ Контроль за приёмом лекарств
- ☐ Услуги временного ухода по линии DDD

* Эти виды ухода относятся исключительно к взрослым клиентам.

ИНСТРУКЦИИ ПО ДОКУМЕНТИРОВАНИЮ УТВЕРЖДЁННЫХ DSHS УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ВАМИ

A. Внесите время начала ухода; укажите AM (до полудня) или PM (после полудня).
B. Внесите время завершения ухода; укажите AM (до полудня) или PM (после полудня).
C. Внесите полное количество часов за каждый день.
D. Количество пройденных на машине миль: Полное количество миль, потраченных на перевозки клиента и закупки продуктов и товаров для него (неё), при условии, что эти поездки утверждены в соответствии с SSPS.

**Без запроса НЕ НАПРАВЛЯЙТЕ эти табели учёта рабочего времени менеджерам по уходу. Храните заполненные табели учёта рабочего времени у себя в течение шесть (6) лет. Копии табелей будут запрошены менеджерами по уходу в период проведения повторных оценок состояния. Департамент DSHS может также запросить о предоставлении копий в любое время.**

| ПОДПИСЬ КЛИЕНТА | ПОДПИСЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ |
|---|---|
| | |

Данную форму можно также загрузить с вебсайта https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms