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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Опрос о проведении оценки по делу клиента программы альтернативных услуг

Waiver Assessment Meeting Survey

ПОМОГИТЕ нам в нашей работе

Просим вас потратить несколько минут, чтобы рассказать нам о своей недавней встрече с менеджером по уходу в связи с проведением оценки вашего состояния. Заполните анкету и отправьте её нам в приложенном конверте с обратным адресом и маркой. Ответы даются анонимно и используются для улучшения качества предоставляемых вам услуг. Пожалуйста, отметьте квадрат, который лучше всего отражает ваш ответ на каждый вопрос.

№	(1) Да	(2) Нет	(3) неуверенный	ОПРОС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВСТРЕЧИ С СОТРУДНИКОМ ОТДЕЛА DDD ДЛЯ ОЦЕНКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ УСЛУГ
1.	☐	☐	☐	Была ли у вас возможность выбрать, кто будет присутствовать на встрече?
2.	☐	☐	☐	Был ли ваш менеджер по уходу вежлив и обходителен с вами?
3.	☐	☐	☐	Были ли в новом плане помощи отражены ваши беспокойства и проблемы?
4.	☐	☐	☐	Получили ли вы информацию о том, какие услуги, предоставляемые в рамках вашей альтернативной программы, смогут удовлетворить ваши потребности, выявленные в ходе оценки вашего состояния?
5.	☐	☐	☐	Была ли вам дана возможность выбрать услуги, предоставляемые в рамках вашей альтернативной программы, которые смогут удовлетворить ваши потребности, выявленные в ходе оценки?
6.	☐	☐	☐	Была ли вам предоставлена возможность выбора поставщика услуг?
7.	☐	☐	☐	Обсуждались ли при составлении плана ваши личные цели?
8.	☐	☐	☐	Удовлетворены ли вы тем, как в плане отражены ваши беспокойства о состоянии своего здоровья?
9.	☐	☐	☐	Считаете ли вы, что в плане адекватно отражены ваши беспокойства о своей безопасности?
10.	☐	☐	☐	Получили ли вы информацию о подготовке к чрезвычайным ситуациям, таким как землетрясение или иное стихийное бедствие?
11.	☐	☐	☐	Знаете ли вы, к кому обращаться, если ваши потребности изменятся до проведения следующей оценки?
12.	☐	☐	☐	Знаете ли вы, что имеете право обжаловать решения отдела DDD?
13.	☐	☐	☐	Объяснил ли менеджер по уходу, как вам воспользоваться Извещением о планируемом действии (Planned Action Notice, PAN) для обжалования решения о предоставляемых вам услугах помощи, если вы не согласны с решением?

14. Пожалуйста, расскажите ниже, что прошло хорошо и какие у вас есть предложения по улучшению процедуры оценки.

Верните, пожалуйста, заполненную анкету в прилагаемом конверте с адресом и маркой или отправьте по адресу:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310