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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Encuesta de la Reunión de Evaluación de Exención

Waiver Assessment Meeting Survey

AYÚDENOS a realizar un mejor trabajo

Por favor, tómese unos momentos para contarnos acerca de su reciente Reunión de evaluación con su Administrador de caso. Complete la encuesta y devuélvala usando el sobre adjunto que ya posee sello y dirección. Sus respuestas son anónimas y sirven para ayudarnos a servirle mejor. Por favor, marque el cuadro que describa mejor su respuesta a las preguntas.

NO.	(1) SÍ	(2) NO	(3) INCIERTO	EVALUACIÓN DE DDD Y ENCUESTA DE REUNIÓN DE PLANIFICACIÓN DE APOYO
1.	☐	☐	☐	¿Logró elegir quién asistió a su reunión?
2.	☐	☐	☐	¿Su Administrador de caso habló sobre sus inquietudes acerca de sus servicios actuales?
3.	☐	☐	☐	¿Sus inquietudes fueron abordadas en su nuevo plan de apoyo?
4.	☐	☐	☐	¿Recibió información acerca de qué servicios se encuentran disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades evaluadas?
5.	☐	☐	☐	¿Se le dio a elegir entre los servicios disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades identificadas?
6.	☐	☐	☐	¿Se le dio a elegir entre proveedores de servicios?
7.	☐	☐	☐	¿Se habló sobre sus metas personales al elaborar su plan?
8.	☐	☐	☐	¿Siente que sus inquietudes sobre su salud son abordadas de forma satisfactoria?
9.	☐	☐	☐	¿Siente que sus inquietudes sobre la seguridad son abordadas de manera adecuada?
10.	☐	☐	☐	¿Recibió información acerca de la planificación para emergencias, como terremotos u otros desastres naturales?
11.	☐	☐	☐	¿Sabe con quién comunicarse si sus necesidades cambian antes de la siguiente evaluación?
12.	☐	☐	☐	¿Sabe que tiene derecho a apelar decisiones tomadas por la DDD?
13.	☐	☐	☐	¿Su Administrador de caso le explicó cómo utilizar su Aviso de acción planificada (PAN, por sus siglas en inglés) para apelar una decisión sobre servicios de su plan de apoyo en caso de estar en desacuerdo con la decisión?

14. Por favor, utilice el siguiente espacio para brindar información acerca de lo que fue bien o para comunicarnos sus sugerencias sobre cómo mejorar su reunión.

Por favor, devuelva esta encuesta usando el sobre adjunto que ya posee sello y dirección, o envíela a:

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