

ختم اجتماع التقييم  
Assessment Meeting Wrap-up

معلومات العميل

اسم العميل

الختم

يرجى مراجعة العناصر المذكورة أدناه مع مدير الحالة الخاصة بك. ولن يتم وضع الخطة في صيغتها النهائية حتى يتم التحقق من كل عنصر والتوقيع عليه أدناه. وإذا تم اختيار "لا"، فسوف يسأل مدير الحالة الخاص بك عما إذا كان بإمكانه التحدث معك حول هذا الأمر أم لا.

نعم لا غير متوفر

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| تمكنت من قيادة (أو اختيار شخص ما لقيادة) اجتماع خطة الخدمة المتمركزة حول الشخص.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أجاب مدير الحالة الخاص بي عن الأسئلة التي لدي حول خدمات إدارة إعاقات النمو (DDA).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| تحدثنا عن الخدمات المتاحة التي تلبي احتياجاتي وأهدافي، بما في ذلك الدعم المدفوع وغير المدفوع.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| المخاوف أو المشكلات الخاصة بي المتعلقة بخطة الخدمة المتمركزة حول الشخص قد تمت معالجتها أو تتم معالجتها.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي أنه يمكنني اختيار أو تغيير موفر (موفري) الخدمة الخاص بي.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي ما يجب فعله إذا لم ألتق بالخدمات في خطتي.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي أنه يمكنني إجراء تغييرات على خطة الخدمة المتمركزة على الشخص في أي وقت.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي مستند إشعار بالإجراء المقرر (PAN) وكيفية تقديم استئناف إذا لم أوافق على قرارات إدارة إعاقات النمو (DDA) المتعلقة بالخدمات الخاصة بي. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي كيف يمكنني تقديم شكوى لا تتعلق باستئناف خدمات إدارة إعاقات النمو (DDA).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي أهمية السماح لإدارة إعاقات النمو (DDA) بمعرفة متى تتغير الأشياء (العنوان، رقم الهاتف، إلخ).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| أوضح مدير الحالة الخاص بي أنه يمكنني الاتصال بالرقم 1-866-363-4276 (1-866-End Harm) في أي وقت للإبلاغ عن الإساءة أو التقصير.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| تحدثنا عن أهمية التخطيط لحالة الطوارئ.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>أكمل ما يلي فقط إذا كنت قد رفضت زيارة بدنية أو رعاية الأسنان السنوية لهذا العام.</b>  |                          |                          |                          |
| تحدثنا عن أهمية الفحص البدني السنوي ورفضت.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| تحدثنا عن أهمية زيارة رعاية الأسنان السنوية ورفضت.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

التاريخ

توقيع العميل

التاريخ

توقيع الممثل القانوني (إذا كان حاضرًا عند التقييم)

إذا لم يكن الممثل القانوني الخاص بك حاضرًا لاجتماع خطة الخدمة المتمركزة حول الشخص، فسنرسل نسخة من هذا النموذج إلى الممثل القانوني الخاص بك لمراجعتها.