

असेसमेंट मीटिंग समापन

Assessment Meeting Wrap-up

क्लायंट संबंधी जानकारी	
क्लायंट का नाम	
समापन	
<p>कृपया अपने केस मैनेजर के साथ निम्नलिखित चीजों की समीक्षा करें। जब तक आपने हर चीज को जाँच कर नीचे हस्ताक्षर नहीं किए होंगे तब तक प्लान को अंतिम रूप नहीं दिया जाएगा। अगर "नहीं" चुना गया हो, तो आपके केस मैनेजर पूछेंगे/पूछेंगी कि क्या वे आप से इस बारे में बात कर सकते/सकती हैं।</p>	
<p>हाँ नहीं लागू नहीं होता</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मैं अपनी पर्सन सेंटर्ड सर्विस प्लान (व्यक्ति केंद्रित सेवा योजना) का नेतृत्व कर पाया/पाई (या उसके लिए किसी और को चुन पाया/पाई)।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने मुझे DDA की सेवाओं के बारे में जो सवाल थे उनके उत्तर दिए।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> हमने उन उपलब्ध सेवाओं के बारे में बात की जो हमारी ज़रूरतों और लक्ष्यों को पूरा कर सकें, जिनमें सहभुगतान और बिना भुगतान सहायता शामिल हैं।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे पर्सन सेंटर्ड सर्विस प्लान के बारे में मेरी जो चिंताएं थीं या मुझे जो समस्याएं थीं उन्हीं संबोधित किया जा चुका है या किया जा रहा है।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने मुझे समझाया कि मैं अपने सर्विस प्रोवाइडर (सेवा प्रदाता) चुन या बदल सकता/सकती हूँ।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने समझाया कि अगर मुझे मेरे प्लान में हों वे सेवाएं न मिलें तो मुझे क्या करना चाहिए।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने समझाया कि मैं किसी भी समय अपने पर्सन सेंटर्ड सर्विस प्लान में परिवर्तन कर सकता/सकती हूँ।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने प्लान्ड एक्शन नोटिस (PAN) दस्तावेज़ समझाया और यह भी कि अगर मैं अपनी सेवाओं के बारे में DDA के निर्णयों से असहमत होऊँ, तो अपील कैसे करूँ।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने समझाया कि मैं किस तरह से DDA की सेवाओं से जुड़ी अपील न हो ऐसी शिकायतें कर सकता/सकती हूँ।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने चीजों के बदलने (पता, फोन नंबर, आदि) पर DDA को सूचित करने के महत्व को समझाया।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> मेरे/मेरी केस मैनेजर ने समझाया कि मैं किसी भी समय दुर्व्यवहार या लापरवाही की रिपोर्ट करने के लिए 1-866-363-4276 (1-866-End Harm) पर कॉल कर सकता/सकती हूँ।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> हमने आपात स्थिति के लिए आयोजन के महत्व के बारे में बात की।</p>
<p>तभी भरें जब आपने वार्षिक शारीरिक या डेन्टल विज़िट को अस्वीकार किया हो।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> हमने एक वार्षिक शारीरिक जाँच के महत्व के बारे में बात की और मैंने उसे अस्वीकार कर दिया।</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> हमने एक वार्षिक डेन्टल जाँच के महत्व के बारे में बात की और मैंने उसे अस्वीकार कर दिया।</p>	
क्लायंट के हस्ताक्षर	तिथि
विधिक प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (यदि आकलन के दौरान उपस्थित हो)	तिथि

अगर आपके विधिक प्रतिनिधि आपकी पर्सन सेंटर्ड सर्विस प्लान मीटिंग के लिए मौजूद नहीं थे, तो हम इस फॉर्म की एक प्रति आपके विधिक प्रतिनिधि को समीक्षा के लिए भेजेंगे।