

## 評価会議の要約 Assessment Meeting Wrap-up

### 受給者 情報

受給者名

### 要約

ケースマネージャーと以下の項目を再検討してください。各項目を確認し、以下に署名するまでこの計画は完了しません。「いいえ」を選択した場合、そのことについて話すことができるか、ケースマネージャーがお聞きします。

はい  いいえ  該当なし

- 私はパーソン・センタード・サービス・プラン・ミーティングを先導できました（または他の者に先導させました）。
- 私のケースマネージャーは、発達障害管理局のサービスに関する私の質問に答えました。
- 私たちは有料と無給サポートを含めて、私のニーズと目標に合致する、利用可能なサービスについて話しました。
- 私のパーソン・センタード・サービス・プランについての懸念や問題は対処されています。
- 私のケースマネージャーは、私がサービス提供者を選択または変更できることを説明しました。
- 私のケースマネージャーは、計画にあるサービスを受けなかった場合どうすればよいか説明しました。
- 私のケースマネージャーは、私がいつでもパーソン・センタード・サービス・プランを変更できることを説明しました。
- 私のケースマネージャーは、プランド・アクション・ノーティス (PAN) について、そして私がサービスに関する発達障害管理局の決定に同意しない場合どのように訴えるのか説明しました。
- 私のケースマネージャーは、発達障害管理局のサービスの訴え以外について、どう苦情を申し立てることができるか説明しました。
- 私のケースマネージャーは、変更があるときに（住所、電話番号など）発達障害管理局にその旨を伝える重要性を説明しました。
- 私のケースマネージャーは、虐待やネグレクトについていつでも **1-866-363-4276 (1-866-End Harm)** まで電話できることを説明しました。
- 私たちは、緊急時の計画の重要性について話しました。

今年、年に一度の身体検査、または歯科検診を拒否した場合のみ記入してください。

- 私たちは年に一度の身体検査の重要性について話し、私は拒否しました。
- 私たちは年に一度の歯科検診の重要性について話し、私は拒否しました。

顧客の署名

日付

法定代理人の署名（評価時に出席している場合のみ）

日付

法定代理人がパーソン・センタード・サービス・プラン・ミーティングに出席しなかった場合、法定代理人に検討用に本フォームをお送りします。