

Анкета перед встречей для выработки плана обслуживания, ориентированного на клиента Person Centered Service Plan Meeting Survey

Просим вас потратить несколько минут, чтобы рассказать нам о своей недавней встрече с менеджером по уходу для выработки плана обслуживания, ориентированного на клиента. Опрос проводится анонимно. Он может быть пройден вами или другим лицом от вашего имени; ответы используются для улучшения качества предоставляемых вам услуг. Пожалуйста, отметьте поле, которое лучше всего отражает ваш ответ на каждый вопрос и отправьте анкету нам в прилагаемом конверте с адресом.

№	(1) ДА	(2) НЕТ	(3) НЕ ЗНАЮ	АНКЕТА АДМИНИСТРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЕРЕД ВСТРЕЧЕЙ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА КЛИЕНТА
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Была ли у вас возможность выбрать, кто будет присутствовать на встрече?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Была ли у вас возможность выбрать время и место проведения встречи?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ваше участие во встрече определяло ее ход?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Обсуждались ли при составлении плана ваши личные цели?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Рассказал ли вам ваш менеджер по уходу о доступных вам видах обслуживания?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Была ли вам предоставлена возможность выбора поставщика услуг?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Была ли вам предоставлена возможность выбора места и режима предоставления вам услуг?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Просматривал ли ваш менеджер по уходу план обслуживания за прошлый год; спрашивал(а) ли она у вас, какие режимы помощи эффективны, а какие — нет?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Есть ли новые вопросы, к решению которых вам следовало бы обратиться в вашем новом плане?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Получали ли вы информацию о ресурсах и услугах, доступных для достижения ваших целей?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Были ли составлены планы таким образом, чтобы удовлетворить вашим потребностям в отношении здоровья и безопасности?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Говорил ли с вами менеджер по уходу о вашем плане действий при наступлении чрезвычайных обстоятельств?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Знаете ли вы, к кому обращаться, если ваши потребности изменятся до проведения следующей оценки?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Говорил ли вам менеджер по уходу, что вы можете в любое время позвонить 1-866-END-HARM (1-866-363-4276), чтобы пожаловаться на жестокое или безответственное отношение?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Разъяснил ли вам менеджер по уходу назначение Уведомления о запланированных мероприятиях (Planned Action Notice, PAN) и порядок обжалования решений администрации DDA, касающихся ваших услуг?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вы довольны обслуживанием, которое получаете?
17.	Пожалуйста, в предусмотренном ниже поле приведите информацию о том, что прошло хорошо, и какие у вас есть предложения по улучшению качества проведения встречи.			

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

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

