|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  **Reunión de planeación de servicios orientados a la persona**  **y evaluación anual**  **Person Centered Service Planning and Annual Assessment Meeting** | |
| FECHA:  NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CLIENTE NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE DEL CLIENTE | | |
|  | |  |
| Estimado(a):      ,  Es el momento de su reunión de planeación de servicios orientados a la persona y evaluación anual. Le llamaré pronto, o usted puede llamarme, para programar una fecha y hora para reunirnos.  Cuando le llame, por favor dígame cuándo y dónde desea que se celebre su reunión. Si elige un lugar distinto a su hogar, también estoy obligado(a) a programar una fecha y hora en la que pueda visitarlo(a) en su hogar.  Durante su reunión, nos ajustaremos a usted:   * Tendremos tiempo para hablar sobre sus metas y deseos antes de evaluarlos apoyos que desea. * Por favor invite a las personas que desee a participar en su reunión, incluyendo a las personas que sienta que lo(a) conocen mejor. Quizá yo necesite llamar a sus proveedores de servicios para pedirles información sobre los apoyos que le prestan. * Su plan incluirá sus metas, sus servicios pagados, y cualquier otro apoyo que usted elija para ayudarle a alcanzar sus metas.   A continuación se mencionan algunos recursos que le ayudarán a prepararse para su reunión:   * Una sencilla herramienta de una página que puede usar para ayudarle a pensar en sus metas (incluida) * Dos folletos que explican los servicios de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (incluidos) * Una herramienta en línea para planeación orientada a la persona desarrollada por el Consejo de Discapacidades del Desarrollo y por Arc of Washington State: [www.mylifeplan.guide](http://www.mylifeplan.guide) * Otro sitio de internet que puede ayudarle a planear la vida que desea es [www.lifecoursetools.com](http://www.lifecoursetools.com)   Por favor póngase en contacto conmigo si tiene alguna pregunta o inquietud.  Espero reunirme pronto con usted.  Gracias,                NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO  Anexos: Folleto de Exención de HCBS (DSHS 22-605)  Folleto de Mapa de ruta de los Servicios (DSHS 22-822)  Perfil en una página  cc: Representante de NSA | | |

**Instrucciones para Reunión de planeación de servicios orientados a la persona y evaluación anual**

**¿Cuándo debo utilizar este formulario?**

Debe utilizar este formulario para notificar al cliente y al tutor o representante legal del cliente acerca de la próxima reunión de planeación de servicios orientados a la persona y evaluación, al menos 60 días antes del final del periodo del plan.