

评估会议总结 Assessment Meeting Wrap-up

当事人信息

个案当事人姓名

总结

请与个案管理员一同查看以下项目。在您勾选每一选项并在下方签名之后，才能最后完成本计划的制定。若选择了“否”，则个案管理员将询问他们能否与您谈论此事。

是 否 不适用

- 我可以领导（或选择他人领导）以人为本的服务计划会议。
- 我的个案管理员已回答了我对 **DDA** 服务的相关疑问。
- 我们已讨论满足需求和目标的可用服务，包含已支付和未支付支持。
- 我对以人为本的服务计划的疑虑或问题已得到解决或正在解决。
- 我的个案管理员已向我说明，本人可以选择或改换我的服务提供者。
- 我的个案管理员已向我说明，如果我未获得本人服务计划中的服务，该如何办。
- 我的个案管理员已说明了我能够随时更改我的以人为本的服务计划。
- 我的个案管理员已向我说明预先裁定通知书(PAN)文件内容，以及在本人不同意发展残障服务处就本人服务所做的决定时如何提出上诉。
- 我的个案管理员已向我说明，对于与展残障服务处服务上诉无关的问题，应如何提出投诉。
- 我的个案管理员说明了让 **DDA** 知道何时发生了改变（地址、电话号码等）的重要性。
- 我的个案管理员已向我说明，我可以随时致电 **1-866-363-4276 (1-866-End Harm)**，以报告虐待或忽视。
- 我们已经讨论过紧急计划的重要性。

仅在您曾拒绝年度体检或年度牙科检查的情况下，才需填写此项。

- 我们已经讨论了年度体检的重要性，而我已拒绝了。
- 我们已经讨论了年度牙科检查的重要性，而我已拒绝了。

个案当事人签名

日期

法律代表签名（若在评估时在场）

日期

如果您的法律代表未出席以人为本的服务计划会议，我们将向您的法代表发送本表格的副本，以供查阅。