

## 평가 회의 요약 Assessment Meeting Wrap-up

### 수혜자 신상 정보

수혜자 이름

### 요약

아래 항목을 귀하의 사례 관리자와 함께 검토하십시오. 본 계획(서)는 귀하께서 아래 각 항목에 체크하고 서명할 때까지 최종 승인 자료로 간주되지 않습니다. "아니오"를 선택하시면 귀하의 사례 관리자가 귀하와 함께 대화를 할 수 있는지 질문드릴 것입니다.

예 아니오 해당 없음

- 본인의 개인 중심 서비스 계획 회의를 주도할 수 있었습니다(또는 회의를 주도할 다른 사람을 선택할 수 있었습니다).
- 본인의 사례 관리자가 DDA 서비스에 관한 질문에 답변해주었습니다.
- 무급 및 유급 지원을 포함하여 본인의 요구와 목표를 충족하기 위해 이용할 수 있는 서비스에 대해 논의했습니다.
- 본인의 개인 중심 서비스 계획에 관련된 우려사항이나 문제는 처리되었거나 처리하는 중입니다.
- 본인의 사례 관리자는 서비스 관리자를 선택하거나 변경할 수 있다는 사실을 설명해주었습니다.
- 계획대로 서비스를 받지 못할 경우 어떻게 조치해야 하는지 사례 관리자가 설명해주었습니다.
- 본인의 사례 관리자는 언제든지 본인의 개인 중심 서비스 계획을 변경할 수 있음을 설명해주었습니다.
- 사례 관리자가 계획된 조치 통지서(Planned Action Notice, PAN)에 관해 설명해주었고, 서비스에 관한 DDA의 결정에 어떻게 항소할 수 있는지 설명해주었습니다.
- 본인의 사례 관리자는 DDA 서비스 항소와 무관한 이의사항을 어떻게 제기할 수 있는지 설명해주었습니다.
- 본인의 사례 관리자는 변경 사항 발생 시(주소, 전화번호 등) DDA에 알리는 것이 중요함을 설명해주었습니다.
- 본인의 사례 관리자는 언제든지 1-866-363-4276 (1-866-End Harm)에 전화하여 학대나 방치를 신고할 수 있다는 사실을 설명해주었습니다.
- 응급 계획의 중요성에 대해 함께 논의하였습니다.

올해의 연례 신체검사 또는 치과검진을 거절한 경우에만 아래를 작성하십시오.

- 연례 신체검사의 중요성에 대해 논의하였으며 본인이 거절했습니다.
- 연례 치과검진의 중요성에 대해 논의하였으며 본인이 거절했습니다.

수혜자 서명

날짜

법적 대리인의 서명(평가 시 참석했을 경우)

날짜

귀하의 법적 대리인이 귀하의 개인 중심 서비스 계획 면담에 나오지 않았다면 이 서류의 사본을 귀하의 법적 대리인에게 보내 검토하도록 할 것입니다.