

## Tóm Tắt Cuộc Họp Thẩm Định Assessment Meeting Wrap-up

### Thông Tin Thân Chủ

TÊN THÂN CHỦ

### Tóm Tắt

Xin tái xét các mục dưới đây với Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ của quý vị. Chương trình này sẽ không được kết thúc cho đến khi quý vị đã đánh dấu vào mỗi mục và ký tên dưới đây. Nếu chọn “Không”, Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ của quý vị sẽ hỏi xem họ có thể nói về việc đó với quý vị hay không.

Có Không N/A

- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tôi đã có thể chỉ đạo (hoặc chọn người nào đó để chỉ đạo) cuộc họp về Chương Trình Dịch Vụ Chú Trọng Đến Yếu Tố Con Người của tôi.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải đáp các thắc mắc mà tôi có về các dịch vụ DDA.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chúng tôi đã nói về các dịch vụ hiện có sẽ đáp ứng nhu cầu và mục tiêu của tôi, bao gồm các hỗ trợ được chi trả và không chi trả.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Các quan ngại hoặc vấn đề về Chương Trình Dịch Vụ Chú Trọng Đến Yếu Tố Con Người của tôi đã được giải quyết hoặc đang được giải quyết.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích rằng tôi có thể chọn lựa hoặc thay đổi (các) nhà cung cấp dịch vụ của tôi.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích những gì phải làm nếu tôi không nhận được các dịch vụ trong chương trình của tôi.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích rằng tôi có thể thay đổi Chương Trình Dịch Vụ Chú Trọng Đến Yếu Tố Con Người của tôi vào bất kỳ lúc nào.                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích tài liệu Thông Báo Hành Động Theo Kế Hoạch (PAN) và cách thức khiếu nại nếu tôi không đồng ý với quyết định DDA về các dịch vụ của tôi. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích cách thức tôi có thể khiếu nại mà không liên quan đến khiếu nại về các dịch vụ DDA.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích tầm quan trọng của việc báo cho DDA biết khi có các thay đổi (địa chỉ, số điện thoại, v.v.).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhân viên quản lý hồ sơ của tôi đã giải thích rằng tôi có thể gọi 1-866-363-4276 (1-866-End Harm) vào bất kỳ lúc nào để báo cáo tình trạng ngược đãi hoặc bỏ bê.                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chúng tôi đã nói về tầm quan trọng của việc lập kế hoạch khẩn cấp.  |

**Hoàn tất chỉ khi nào quý vị đã từ chối việc khám sức khỏe hoặc nha khoa thường niên vào năm này.**

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chúng tôi đã nói về tầm quan trọng của việc khám sức khỏe thường niên và tôi đã từ chối. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chúng tôi đã nói về tầm quan trọng của việc khám nha khoa thường niên và tôi đã từ chối. |

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP (NẾU CÓ MẶT TẠI CUỘC THẨM ĐỊNH)

NGÀY

Nếu đại diện hợp pháp của quý vị đã không có mặt trong cuộc họp về chương trình dịch vụ chú trọng đến yếu tố con người, chúng tôi sẽ gửi một bản sao mẫu đơn này cho đại diện hợp pháp của quý vị để xem xét lại.