

以人为本的服务计划和
年度评估会议

Person Centered Service Planning and Annual Assessment Meeting

日期:

个案当事人的姓名和地址

个案当事人代表的姓名和地址

尊敬的:

现在, 该举行年度评估和以人为本的服务计划会议。我稍后将电话联系您, 或者您也可以电话联系我, 以安排会议时间。在致电时, 请告诉我您可以出席会议的时间和地点。如果您选择除您家以外的其他地点, 我也需要安排走访您家的时间。在会面期间, 我们将跟随您的引领:

- 我们将花时间谈谈您的目标和意愿, 然后评估您可能想要的支持。
- 请邀请任何您想要其参加会议的人员, 包括您认为最了解的人。我可能需要致电您的服务提供者, 以了解有关其提供援助的信息。
- 您的计划将包含目标、付费服务和任何其他您选择的援助, 以帮您实现自己的目标。

以下是一些可帮您准备会议的资源:

- 您可以使用一个简单的单页工具来帮您思考自己的目标 (内含)
- 两本介绍发育性残疾服务管理处服务的手册 (内含)
- 有关发育性残疾服务协会和华盛顿州红十字会开发的在线以人为本的计划工具, 请访问:
www.mylifeplan.guide
- 另一个可以帮助您规划理想生活的网站是: www.lifecoursetools.com

如果您有任何疑问或顾虑, 请联系我。

我希望能与您会面。

特此致谢。

个案管理员的姓名

电话

电子邮件地址

随函附件: **HCBS 豁免手册(DSHS 22-605)**
服务指南手册(DSHS 22-822)
单页个人介绍

副本抄送: **NSA 客户服务代表**

以人为本的服务计划会议和年度评估通知说明

何时使用此表格？

您可以使用此表格通知当事人及当事人的法定监护人或代表即将举行的评估和以人为本的服务计划会议（至少应于计划期结束 60 天之前发出此通知）。