Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

ISP 미팅 요약
ISP Meeting Wrap-up

의뢰인 정보	
의뢰인 성명	DDD 번호

요약

아래 사항에 이름의 머리글자를 기입해주십시오. 플랜은 의뢰인/변호사가 머리글자를 기입할 때까지 완결되지 않습니다. "아니오"를 선택하셨을 경우, 귀하의 우려사항을 해결할 수 있도록 케이스/자원 매니저가 계속 같이 협동할 것입니다.

예	아니오	
_____	_____	저는 권리 포기 서비스와 플랜을 완성하는 데 필요한 적임의 제공자들에 대한 정보를 받았습니다.
_____	_____	제 건강과 보건 필요조건에 맞는 적임의 제공자를 선택할 기회가 있었습니다.
_____	_____	제공자의 서비스에 만족할 수 없을 때에는 다른 제공자나 기타 기관을 통해 필요조건에 맞는 서비스를 받을 수가 있었습니다.
_____	_____	현재, 제 건강 및 보건 필요조건에 맞는 서비스를 받고 있거나 시기적절하게 받을 수 있도록 적당한 플랜이 마련되고 있습니다.
_____	_____	이 서비스 플랜에 대한 우려사항이나 문제는 전부 대처되었습니다.
_____	_____	이 플랜의 검토를 언제든지 요청할 수 있다는 것을 알고 있습니다.
_____	_____	발달장애부가 내리는 결정을 항소할 수 있는 제 권리에 대한 설명을 받았습니다.
_____	_____	항소 절차에 대한 정보를 설명 받았습니다.
_____	_____	연간 신체검사의 중요함에 대한 설명을 받았지만 거부합니다. **(의뢰인께서 거부하실 경우에만 기입하십시오)**
_____	_____	연간 치과검사의 중요함에 대한 설명을 받았지만 거부합니다. **(의뢰인께서 거부하실 경우에만 기입하십시오)**

대안에 대한 정보를 들어봤으며 발달장애부의 서비스를 계속 받기로 선택합니다.
가정 및 지역사회 서비스 포기.

의뢰인 서명	날짜
또는	
변호사 서명	날짜

대안에 대한 정보를 들어봤으며 기관의 서비스를 계속 받기로 선택합니다.

의뢰인 서명	날짜
또는	
변호사 서명	날짜