Washington State Department of Social & Health Services

DDD Division of Developmental Disabilities

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF
POC MEETING DATE
WAIVER: ☐ Basic ☐ Core ☐ Basic Plus ☐ Community Protection

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ຮ່າງໃບສຳຮວດການປະຊຸມວາງແຜນການດູແລ
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

ໃບສຳຮວດນີ້ແມ່ນເປັນການອາສາສະມັກແລະແລະຖືເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ. ການບໍຣິການຕ່າງໆຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນຈາກການເລືອກມີສ່ວນປະກອບຫລືບໍ່. ການສຳຮວດນີ້ຈະຊ່ວຍພວກເຮົາປັບປຸງຣະບົບການວາງແຜນການດູແລ.

ທ່ານມີຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍຣິການແນວໃດ?
☐ ຂ້າພະເຈົ້າເອງເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍຣິການຕ່າງໆ. ☐ ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ☐ ພະນັກງານທີ່ຖືກຈ້າງ ☐ ໝູ່ຄູ່/ຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້

ໃບສຳຮວດ

ເລກທີ	ຄຳຖາມ	(1) ແມ່ນ	(2) ບໍ່ແນ່ໃຈ	(3) ບໍ່
1.	ໃນໄລຍະຂອງຣະບົບວາງແຜນດູແລ, ຜູ້ຈັດການສຳນວນຂອງທ່ານເປັນທີ່ນັບຖືແລະສຸພາບອ່ອນໂยນຕໍ່ທ່ານບໍ່?			
2.	ຜູ້ຈັດການສຳນວນຂອງທ່ານໄດ້ຖາມທ່ານບໍ່ວ່າທ່ານມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃນການບໍຣິການຕ່າງໆໃນປະຈຸບັນ?			
3.	ຂໍ້ຂ້ອງໃຈຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້ຖືກນຳມາພິຈາຣະນາແລະຮວມເຂົ້າໃນຣະບົບແຜນດູແລຫລືບໍ່?			
4.	ທ່ານກໍ່ໄດ້ຊ່ວຍໃນການວາງແຜນດູແລໃໝ່ບໍ່?			
5.	ທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເຣື່ອງການບໍຣິການນັ້ນມີໄວ້ໃຫ້ໃນແຜນການຜູ້ສລະສິດຂອງທ່ານ ເພື່ອສະໜອງຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນຕ່າງໆ ຂອງທ່ານບໍ່?			
6.	ທ່ານໄດ້ຮັບການໃຫ້ທາງເລືອກຕ່າງໆໃນການບໍຣິການທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຕາມແຜນຜູ້ສລະສິດຂອງທ່ານເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງ ການທີ່ຈຳເປັນຕ່າງໆບໍ່?			
7.	ທ່ານໄດ້ຮັບການໃຫ້ທາງເລືອກຕ່າງໆໃນການເອົາຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການບໍ່?			
8.	ທ່ານໄດ້ວາງແຜນເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຈຳເປັນແລະເປົ້າໝາຍຕ່າງໆຂອງທ່ານສຳຣັບຜູ້ສລະສິດແລະບໍ່ແມ່ນ ແຜນຜູ້ສລະສິດທັງສອງຢ່າງບໍ່?			
9.	ບັນຫາສຸຂະພາບແລະຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານໄດ້ຖືກນຳມາພິຈາຣະນາບໍ່?			
10.	ແຜນການດູແລໄດ້ເຣັດຂຶ້ນເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບແລະຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານບໍ່?			
11.	ທ່ານໄດ້ວາງແຜນເພື່ອສະພາບສຸກເສີນຕ່າງໆບໍ່, ເຊັ່ນວ່າແຜ່ນດິນໄຫວ ຫລື ຖ້າຜູ້ໃຫ້ການດູແລປົກກະຕິຂອງທ່ານ ຫາກບໍ່ມີຢູ່ຄືເກົ່າແດ?			
12.	ທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນວ່າຈະເຣັດແນວໃດບໍ່ ຖ້າຄວາມຕ້ອງການຈຳເປັນຂອງທ່ານຫາກປ່ຽນແປງກ່ອນການປະຊຸມວາງແຜນສົກໜ້າ?			
13.	ທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນວ່າຈະເຣັດແນວໃດບໍ່ ໃນການອຸທອນ ຫລືເພື່ອຂໍຟັງຄວາມເປັນທັມ?			

14. ກະຣຸນາໃຊ້ບ່ອນວາງເປົ່າຢູ່ລຸ່ມນີ້ ເພື່ອອອກຄວາມເຫັນເພີ່ມເຕີມ; ຫລືບອກພວກເຮົາເຖິງຂໍ້ແນະນຳທີ່ທ່ານມີເພື່ອປັບປຸງຣະບົບແຜນການດູແລ.

DSHS 15-295 LA (12/2004)

ກະຣຸນາສົ່ງຄືນໂດຍໃຊ້ຊອງປະທັບສະແຕັມ, ພ້ອມບ່ອນຢູ່ທີ່ສອດມາພ້ອມນີ້, ຫລືສົ່ງຫາ:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310