

居家和社区基础服务豁免计划客户标准化年度审查
DS 2201-CH SIMP (Rev. 8/2012)

客户姓名:	UCI 编号:	年度审查日期:
-------	---------	---------

(将年度审查文件存入客户记录中)

1. 客户一般健康状况审查的完成日期 _____。

健康状况审查摘要

(请记录任何相关问题, 并注明是否已将客户转介至区域中心临床医生、客户的主治医生或其他健康资源。)

2. IPP 规划团队已于 _____ (日期) 审查客户的 IPP, 并确定无需新增服务或支持, 现行 IPP 仍适合满足客户的需求和愿望。 **解释为何当前 IPP 无需修改**

3. IPP 规划团队已于 _____ (日期) 审查客户的 IPP, 并修订了 IPP, 以包括以下新的服务或支持。

4. IPP 规划团队已于 _____ (日期) 审查客户的 CDER, 并确定无需进行修改。

5. IPP 规划团队已于 _____ (日期) 审查客户的 CDER, 并于以下日期完成了新的更新版 CDER _____。

IPP 规划团队签名

客户签名:		日期:
服务协调员姓名 (请工整填写)	签名:	日期:
姓名:	签名:	日期:
姓名:	签名:	日期: