

**СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ЕЖЕГОДНЫЙ ОБЗОР ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ НА ДОМУ
И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES WAIVER).**

DS 2201-RUS (Rev. 8/2012)

Имя и фамилия потребителя:	Уникальный идентификатор клиента (UCI):	Дата ежегодного обзора:
----------------------------	---	-------------------------

(Заносить вместе с ежегодными обзорами в записи о потребителе)

1. Обзор общего состояния здоровья потребителя был завершен _____.

Краткое изложение обзора состояния здоровья

(Отметьте все проблемы и укажите, были ли сделаны какие-либо направления к врачам-клиницистам регионального центра, врачу потребителя или в другие медицинские учреждения.)

2. Группа планирования Индивидуального плана программы (IPP) рассмотрела IPP потребителя от _____, и определила, что новые услуги или поддержка не требуются, а IPP по-прежнему соответствует потребностям и желаниям потребителя. **Объясните, почему нет необходимости вносить изменения в текущий IPP**

3. Группа планирования IPP рассмотрела IPP потребителя от _____, и внесла изменения в IPP, включив в него следующие новые услуги или поддержку.

4. Группа планирования IPP рассмотрела Отчет об оценке развития клиента (CDER) потребителя от _____, и решила, что никаких изменений не требуется.

5. Группа планирования IPP рассмотрела CDER потребителя от _____, и новый измененный CDER был составлен _____.

Подписи участников группы планирования IPP

Подпись потребителя:		Дата:
Имя координатора услуг (печатными буквами)	Подпись:	Дата:
Имя:	Подпись:	Дата:
Имя:	Подпись:	Дата:

(Конфиденциальная информация о потребителе - Кодекс социального обеспечения и учреждений Калифорнии 4514)