

**MIỄN TRỪ DỊCH VỤ TẠI NHÀ VÀ CỘNG ĐỒNG CỦA KHÁCH HÀNG**  
**ĐÁNH GIÁ HÀNG NĂM CHUẨN HÓA**  
 DS 2201-VIE (Rev. 8/2012)

Tên Khách Hàng:	Số UCI:	Ngày Đánh Giá Hàng Năm:
-----------------	---------	-------------------------

(Lưu trữ với hồ sơ đánh giá hàng năm của khách hàng)

1. Việc xem xét tình trạng sức khỏe tổng quát của khách hàng đã được hoàn thành vào \_\_\_\_\_.

**Tóm Tắt Đánh Giá Tình Trạng Sức Khỏe**

(Ghi chú lại bất kỳ mối quan tâm nào và cho biết nếu có bất kỳ giới thiệu nào được thực hiện tới các bác sĩ lâm sàng của trung tâm vùng, bác sĩ của khách hàng hoặc các nguồn lực y tế khác.)

2. Nhóm lập kế hoạch IPP đã xem xét IPP của khách hàng, ngày \_\_\_\_\_, và đã xác định rằng không cần có dịch vụ hoặc hỗ trợ mới nào, và IPP vẫn phù hợp để đáp ứng nhu cầu và mong muốn của khách hàng. **Giải thích lý do tại sao không cần thay đổi IPP hiện tại**

3. Nhóm lập kế hoạch IPP đã xem xét IPP của khách hàng, ngày \_\_\_\_\_ và sửa đổi IPP để bao gồm các dịch vụ hoặc hỗ trợ mới sau đây.

4. Nhóm lập kế hoạch IPP đã xem xét CDER của khách hàng, ngày \_\_\_\_\_, và quyết định rằng không cần thay đổi gì cả.

5. Nhóm lập kế hoạch IPP đã xem xét CDER của khách hàng, ngày \_\_\_\_\_, và một CDER mới được cập nhật đã được hoàn thành vào ngày \_\_\_\_\_.

**Chữ Ký Của Nhóm Lập Kế Hoạch IPP**

Chữ Ký Của Khách Hàng:		Ngày:
Tên Điều phối viên Dịch vụ (Vui lòng viết hoa)	Chữ ký:	Ngày:
Tên:	Chữ ký:	Ngày:
Tên:	Chữ ký:	Ngày:

(Thông Tin Bảo Mật Của Khách Hàng - Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế California 4514)