

محافظ نظارت
طرح پوشش 24-ساعته-در-روز
لطفاً چاپ کنید

شماره تلفن # گیرنده:	
	نام گیرنده IHSS:
	نشانی گیرنده IHSS:
شماره # تماس:	
	نام مسئول تماس اولیه:
	نسبت با گیرنده:

به عنوان شخص تماس اولیه برای طرح پوشش 24-ساعته-در-روز برای گیرنده نام برده شده در فوق، من درک خود را از موارد زیر تصدیق می کنم:

- طرح پوشش 24-ساعته-در-روز ترتیب داده شده و در حال اجرا است.
- طرح پوشش مداوم 24-ساعته-در-روز با در نظر گرفتن ساعات پرداختی خدمات مراقبت در منزل (IHSS) به همراه منابع متناوب مختلف (به عنوان مثال؛ مراکز مراقبت روزانه بزرگسالان یا کودکان، مراکز منابع اجتماعی، مراکز بزرگسالان، مراکز استراحت و غیره) قابل انجام است.
- طرح پوشش 24-ساعته-در-روز در همه زمان ها ارائه خواهد شد.
- اگر هرگونه تغییری در طرح پوشش 24-ساعته-در-روز صورت بگیرد (یعنی بستری شدن در بیمارستان، حضور در برنامه های مراقبت روزانه، مسافرت و غیره) من فوراً به مددکار اجتماعی IHSS اطلاع خواهم داد.
- گیرنده نام برده شده در فوق برای امن بودن در خانه نیاز به محافظ نظارت 24-ساعته-در-روز دارد. مددکار اجتماعی IHSS همچنین در مورد مناسب بودن مراقبت خارج از منزل به عنوان محافظ نظارت 24-ساعته-در-روز با من گفتگو کرده است.

شماره # تماس:	
	نام ارائه دهنده مراقبت (1):
شماره # تماس:	
	نام ارائه دهنده مراقبت (2):
شماره # تماس:	
	نام ارائه دهنده مراقبت (3):

اجرای محافظ نظارت طرح پوشش 24-ساعته-در-روز را تشریح کنید:

تاریخ:	
	امضاء مسئول تماس اولیه:
شماره # تماس:	
	امضاء مددکار اجتماعی IHSS:

خدمات مراقبت از منزل (IHSS)
محافظ نظارت
طرح پوشش 24-ساعته-در-روز (SOC 825)

دستور العمل ها

محافظ نظارت طرح پوشش 24-ساعته-در-روز (SOC 825) یک فرم اختیاری برای استفاده در شهرستان است. SOC 825 برای گیرنده هایی که به محافظ نظارت نیاز دارند، در نظر گرفته شده است تا مراقبت های لازم 24 ساعته را برای سلامتی و ایمنی خود دریافت کنند. مددکار خدمات اجتماعی و ارائه دهنده خدمات IHSS گیرنده، چه یک عضو خانواده، دوست و حتی اگر ارتباطی ندارند، باید با هم درمورد یک برنامه یا طرح پوشش 24 ساعته در روز برای گیرنده بحث و بررسی کنند.

نام گیرنده IHSS: نام کامل گیرنده IHSS را وارد کنید.

شماره تلفن گیرنده: شماره تماس تلفن گیرنده را وارد کنید.

نشانی گیرنده IHSS: نشانی خانه گیرنده که بیشتر قسمت های پوشش 24-ساعته-در-روز آنجا انجام خواهد شد را وارد کنید.

نام مسئول تماس اولیه: نام شخصی که مسئولیت اولیه هماهنگی طرح پوشش 24-ساعته-در-روز دارد را وارد کنید.

شماره تلفن مخاطب اولیه: شماره تلفن مسئول تماس اولیه را وارد کنید.

نسبت با گیرنده: نسبت مخاطب اولیه با گیرنده را وارد کنید. (به عنوان مثال، اعضای خانواده، ارائه دهنده مراقبت IHSS، دوست و غیره).

نام ارائه دهنده (های) مراقبت (1)، (2)، (3) و شماره (های) تلفن تماس: نام (های) هر یک از ارائه دهنده ای که مسئول مراقبت از گیرنده در طول 24 ساعت شبانه روز است را وارد کنید. برای هر ارائه دهنده خدمات، شماره تلفن تماس را وارد کنید.

اگر بیش از سه (3) ارائه دهنده مراقبت مسئولیت این گیرنده را دارند، می توانید یک برگه اضافی با نام (های) و شماره (های) تلفن تماس ضمیمه کنید.

اجرای محافظ نظارت طرح پوشش 24-ساعته-در-روز را تشریح کنید:

طرح برنامه ریزی شده یا توضیحی در مورد برنامه ای که در آن ارائه دهنده (های) فوق به گیرنده اطمینان خواهند داد که او برای کل دوره 24 ساعته تحت مراقبت خواهد بود را وارد کنید. در صورت نیاز به فضای بیشتر برای توصیف طرح پوشش 24-ساعته-در-روز، می توانید یک برگه کاغذ اضافی ضمیمه کنید.

امضاء مسئول تماس اولیه و تاریخ: مسئول تماس اولیه پس از تدوین طرح پوشش 24-ساعته-در-روز، هنگامی که این طرح با مددکار اجتماعی بحث و بررسی شده و محافظت سرپرستی تصویب شود، این فرم را امضاء و تاریخ خواهد کرد.

امضاء مددکار اجتماعی IHSS و شماره تلفن تماس: وقتی طرح پوشش 24-ساعته-در-روز مورد بحث و بررسی قرار بگیرد و توسط مخاطب اولیه امضاء و تاریخ زده شود، مددکار خدمات اجتماعی شهرستان امضاء می کند و شماره تلفن تماس آنها را اضافه می کند.

نسخه ای از این فرم را برای مخاطب اولیه فراهم کنید و در پرونده شهرستان حفظ شود.