

ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) СОПРОВОЖДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ПОСЕЩЕНИЯ НАЗНАЧЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРИЕМОМ

Дата:

Имя получателя:

Номер дела:

Уважаемый лицензированный специалист в области здравоохранения !

Этот пациент/получатель IHSS заявил, что он/она нуждается в помощи для посещения назначенных медицинских приемов. Вас просят указать в этой форме частоту, с которой этот пациент наблюдается в течение года (еженедельно, ежемесячно, два раза в год и т. д.) и типичную продолжительность этих посещений (15, 20, 30, 60 минут).

Помощь провайдера IHSS может быть предоставлена для транспортировки тогда, когда требуется присутствие получателя в пункте назначения, и такая помощь необходима для осуществления поездки на прием к врачам, стоматологам и другим медицинским работникам и обратно. Медицинское сопровождение **не предназначено** для транспортировки в медицинское учреждение; оно должно быть разрешено только в том случае, если получателю требуется помощь для осуществления поездки.

Чтобы помочь социальному работнику произвести оценку этой услуги, заполните, пожалуйста, следующую информацию и верните ее в отделение округа.

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ОСНОВНОГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	ПОДПИСЬ / ДАТА:
ТИП ПРАКТИКИ:	ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЙ В ГОД:	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ / ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕНИ ПОСЕЩЕНИЯ:

ДРУГОЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	ПОДПИСЬ / ДАТА:
ТИП ПРАКТИКИ:	ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЙ В ГОД:	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ / ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕНИ ПОСЕЩЕНИЯ:

ДРУГОЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	ПОДПИСЬ / ДАТА:
ТИП ПРАКТИКИ:	ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЙ В ГОД:	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ / ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕНИ ПОСЕЩЕНИЯ:

ВЕРНИТЕ В: (УПРАВЛЕНИЕ ВЕЛФЕРА ОКРУГА)

(Добавьте адрес округа здесь)
