

### MSSP 케어 플랜

참가자 이름:		MSSP#:		케어 플랜 회의 날짜:		케어 플랜 기간	
---------	--	--------	--	--------------	--	----------	--

날짜	참가자 요구사항 #	참가자 요구 사항 설명	참가자 목표/결과	서비스 제공자 및 유형 (I, R, P, C)	플랜/개입	해결 날짜/코멘트

MSSP 직원 서명:

PCM: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ SCM: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

본인은 이 케어 플랜의 수령 및 수락, 그리고 MSSP 자금 지원 서비스에 영향을 미치는 조치에 불만이 있을 시 공청회를 요청할 수 있는 본인의 권리에 관한 통지를 수령했음을 인정합니다.

참가자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_