

План обслуживания MSSP

Имя участника:		MSSP#:		Дата конференции по плану медицинского обслуживания:		Продолжительность плана ухода	
----------------	--	--------	--	--	--	-------------------------------	--

Дата	Потребность участника #	Заявление о потребностях участника	Цель/вывод участника	Поставщик услуг и тип (I, R, P, C)	План/действия	Дата решения/Комментарии

Подписи сотрудников MSSP:

PCM: _____ Дата: _____ SCM: _____ Дата: _____

Я подтверждаю получение и принятие этого плана ухода, а также получение уведомления о моих правах на справедливое судебное разбирательство, если я недоволен действиями, влияющими на услуги, финансируемые MSSP.

Подпись участника: _____ Дата: _____