

MSSP 护理计划

参与者姓名:		MSSP #:		护理计划会议日期:		护理计划持续时间:	
--------	--	---------	--	-----------	--	-----------	--

日期	参与者需求 #	参与者需求声明	参与者目标/结果	服务提供商和类型 (I, R, P, C)	计划/干预	解决日期/注释

MSSP 员工签名:

PCM: _____ 日期: _____ SCM: _____ 日期: _____

如果我对影响 MSSP 资助服务的行动不满意，我确认收到并已接受此护理计划，并收到了关于我有权获得公平听证的通知。

参与者签名: _____ 日期: _____