

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN
STANU NOWY JORK
KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH
INDYWIDUALNY PLAN USŁUG

Imię i nazwisko: _____ Nr sprawy: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nowy

Zmieniony

Niniejszy plan został opracowany wspólnie z Państwem dla Państwa dziecka na podstawie informacji diagnostycznych, które wskazują, że jest ono prawnie niewidome. Plan Państwa dziecka może ulec zmianie, jeżeli pojawią się nowe informacje lub okoliczności.

Obecne cele Państwa dziecka:

Aby pomóc dziecku w osiągnięciu jego celów, NYSCB zapewni następujące usługi:

POTRZEBNE USŁUGI	USŁUGODAWCA	SZACOWANA DATA ROZPOCZĘCIA
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

Realizacja poszczególnych części tego planu jest uzależniona od dostępności funduszy spoza VR oraz dostępności podobnych świadczeń.

Plan ten będzie poddawany weryfikacji z Państwa udziałem co najmniej raz w roku.

Zmieniony plan usług:

Przysługują Państwu następujące prawa:

- Mają Państwo prawo do pełnego uczestnictwa w tworzeniu planu dla Państwa dziecka.
- Mają Państwo prawo do konsultacji przed zamknięciem sprawy dziecka.
- Jeżeli sprawa Państwa dziecka zostanie zamknięta z powodu braku uprawnień, będą Państwo mieli możliwość uczestniczenia w podejmowaniu tej decyzji.
- Jeżeli są Państwo niezadowoleni z tego, że Państwa dziecko otrzymuje usługi lub że odmówiono mu ich w ramach tego planu, zachęcamy do omówienia tej kwestii z konsultantem dziecięcym.

Jeżeli to nie pomoże, można wystąpić z wnioskiem o wstępny przegląd.

- Wszystkie dane osobowe dostarczone w celu rehabilitacji Państwa dziecka będą traktowane jako poufne. Możemy jednak poprosić Państwa o rezygnację z poufności zgodnie z przyjętymi zasadami i procedurami.

Państwa obowiązki:

- współpraca przy realizacji niniejszego planu
- informowanie konsultanta dziecięcego o wszelkich zmianach, które mają wpływ na plan dziecka, takich jak zmiany:
 - stanu zdrowia
 - adresu
 - ubezpieczenia medycznego
 - innych dostępnych świadczeń
 - numeru telefonu

Państwa uwagi dotyczące celów dziecka i świadczonych usług:

Znam przedstawioną w niniejszym dokumencie treść programu i wyrażam na nią zgodę.

X

PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA

DATA

X

PODPIS KONSULTANTA DZIECIĘCEGO

DATA

X

PODPIS DZIECKA (OPCJONALNIE)

DATA

X

PODPIS KIEROWNIKA OKRĘGU (OPCJONALNIE)

DATA