

اسم الوكالة		عنوان الوكالة		رقم الهاتف		رقم الفاكس	
اسم الشخص المدعوم:		رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد:			
اسم فرد العائلة الأساسي:		رقم الهاتف:		عنوان البريد الإلكتروني:			
رقم معرف العميل (اختياري):		سبب الحاجة إلى الدعم:					
الخدمات المأد تقدمها							
* يرجى تحديد كل ما ينطبق							
فيل / بعدالرعاية	تعليمات منزلية	معدات متخصصة وصيانتها / إصلاحها					
خدمات السلوك	خدمات مُدَبَّرَة المَنَزَل	التغذية المتخصصة / الملابس / اللوازم					
الرعاية النهارية	تدريب / مساعد ممرض	التدريب					
تفكك المعيشة في حالات الطوارئ	المساعدة الشخصية	التفكك					
الإرشاد الأسري	قوة الاستراحة/معسكر صيفي	تعليمات المركبة					
متعلق بالصحة	راحة / مهلة	غير ذلك					
تكرار / المدة		طريقة الدفع مقابل الخدمة:		نولار			
		يجب ألا يتجاوز مبلغ الخطة الإجمالي:					

* يمكن تغيير الفلت من قبل المتلقي حسب الحاجة طالما لم يتم تجاوز الحد الأقصى للالتزام المالي ولا يمكن ضمان المشاركة في البرنامج بعد هذه السنة التعاقدية. يُموّل برنامج دعم الأسرة بموجب اتفاقية مع ولاية تينيسي.

تنقية

برنامج دعم الأسرة غير مسؤول عن دفع الخدمات المتجاوزة لمخصصات الخطة. شارك الشخص الموقع أدناه في تطوير هذه الخطة وأشار من خلال توقيعها إلى موافقتها على الخطة. يجب استلام ما يلي في مكتب دعم الأسرة لتلقي الخدمات:

- النسخة الموقعة من خطة خدمة دعم الأسرة واستمارة الباب السادس "لا مكان للتمييز بيننا"، 2. التحقق من العنوان،
- التحقق من الإعاقة والمواطنة (عند الطلب).

بالتوقيع على هذه الاستمارة وتاريخها، أنا، الشخص المدعوم أو الممثل القانوني، أشير إلى أن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة. بالإضافة إلى ذلك، أفهم أن تقديم معلومات غير صالحة أو غير دقيقة أو غير كاملة قد يؤدي إلى رفض المطالبة أو إلغاء التسجيل في البرنامج و / أو تحقيق جنائي، حيث سيؤدي إلغاء التسجيل في البرنامج إلى منع إعادة التقديم في السنوات اللاحقة.

توقيع الشخص المدعوم أو الأسرة		توقيع ممثل الوكالة	
تاريخ التوقيع		تاريخ التوقيع	
☐ خطة منتظمة	☐ خطة طرئية	معتمد من المجلس المحلي	تتم الوكالة بالباب السادس، الذي يحظر التمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنسية.