

Программа по предоставлению услуг по присмотру на дому (IHHS)  
**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЗАПАСНОЙ ПЛАН**

Имя участника: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Дело #: \_\_\_\_\_ Отказался от участия:

**Если присматривающий за вами не пришел и вам нужна помощь, звоните:**

Члену семьи: \_\_\_\_\_

Другу: \_\_\_\_\_

Соседу: \_\_\_\_\_

Социальному работнику округа: \_\_\_\_\_

Офис округа по предоставлению услуг по присмотру на дому: \_\_\_\_\_

Общественному представителю: \_\_\_\_\_

**Если вам нужно сообщить о жестоком отношении и/или небрежное отношение к пожилым или инвалидам, звоните:**

Отдел защиты пожилых (Adult Protective Services): \_\_\_\_\_

**Другие важные номера:**

Офис Доктора: \_\_\_\_\_

Офис Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Группа адвокатов (защитников): \_\_\_\_\_

Полицейское управление: \_\_\_\_\_

Пожарное депо: \_\_\_\_\_

Другой: \_\_\_\_\_

**В случае чрезвычайных обстоятельств, звоните 911**

Сотрудник отдела социального обеспечения обсудили вышеуказанную информацию с получающим услуги или его/ее уполномоченным представителем и все стороны знают, что нужно делать в случае чрезвычайных обстоятельств.

Подпись участника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 Уполномоченный представитель, если требуется

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 Сотрудник отдела социального обеспечения