

- a) Надавач послуг _____
b) Соціальний працівник клієнта _____
c) Основний заявник _____
d) Дата плану _____

**УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ БІЖЕНЦІВ ШТАТУ ПІВНІЧНА КАРОЛІНА
ПЛАН НАДАННЯ ПОСЛУГ (DSS-6231)**

ОЦІНЮВАННЯ ПОСЛУГ:

1. Ім'я _____
2. Імміграційний номер _____
3. Номер телефону: Домашній _____ Мобільний: _____
4. Номер соціального страхування (SSN): _____
5. Адреса: _____
6. Дата прибуття: _____
8. Адреса електронної пошти: _____
7. Імміграційний статус: _____
9. Доданий документ про відповідність вимогам:
ТАК НІ
10. Етнічна належність/країна походження: _____
11. Дата народження: _____
12. Дата реєстрації: _____
13. Стать: Ч Ж
14. Рід занять: _____
15. Одружена/ий Неодружена/ий Одинокий
батько/мати
16. Поточні пільги: Програма грошової допомоги біженцям (RCA) Програма медичної допомоги біженцям (RMA)
 Medicaid Продуктові талони Програма додаткового соціального доходу (SSI) Програма додаткових
грантів (MG) Інші Пільги відсутні

Коментарі: _____

Транспортування:

17. Водійські права штату Північна Кароліна: ТАК НІ 18. Автомобіль: ТАК НІ
19. Потреба в транспортуванні: ТАК НІ
20. Поточні умови транспортування (у разі наявності): _____

Члени сім'ї: Інформаційний аркуш справи (наприклад, DSS-6230 pt. A), додається: ТАК НІ

21. Якщо відповідь «ні», вкажіть ім'я/стать/дати народження членів сім'ї: (1) _____
(2) _____ (3) _____
(4) _____ (5) _____
(6) _____ (7) _____
(8) _____ (9) _____

22. Чи є потреба в догляді за дітьми? ТАК НІ 23. Якщо відповідь «так», як наразі організований догляд за дітьми? _____

24. Інші члени родини, які перебувають під вашим доглядом? ТАК НІ 25. Якщо відповідь «так», як наразі організований догляд? _____

Медичне страхування:

26. Страхування клієнта: ТАК НІ 27. Кошти, які сплачує клієнт: _____
на _____

28. Страхування утриманців: ТАК НІ

29. Кошти, які сплачує клієнт: _____
на _____

Мова:

30. Рідна мова (мови): _____

31. Знання англійської: Дуже добре Добре
Погано не володіє зовсім Н/З

Працевлаштування:

32. Наразі працевлаштований: НІ

ТАК

33. Місце роботи: _____ 34. Робочий графік (змiна та днi тижня): _____

35. ПОТРЕБА В ПОСЛУГАХ:

		A	B*	C	D	E
КОД	ПОСЛУГА	Так/Ні	Причина	Послуга надається Дата	Коментарі	Ініціали клієнта
380	Ведення справи					
381	Ведення справи — новий учасник					
910	Послуги індивідуальної підтримки					
930	Навчання англійської мови					
936	Підготовка водія автомобіля					
945	Денний догляд/догляд за дітьми					
955	Інформація та направлення					
957	Соціальна адаптація пов'язана зі здоров'ям					
958	Громадянська та соціальна активність					
959	Освітній та професійний розвиток					
960	Громадянство					
961	Громадянська освіта США та англійська мова Вивчення англійської мови через громадянську освіту					
962	Допомога в отриманні дозволу на роботу					
965	Письмовий та усний переклад					
980	Допомога, орієнтована на батьків					
981	Позашкільні заходи					
982	Послуги в школі					
983	Юридична допомога з питань імміграції ASA					

Додаткові коментарі: _____

36. Я, _____, погоджуюся з планом надання послуг, який мені пояснили працівники Програми для біженців і перекладач. Якщо в мене виникнуть запитання або буде потрібна додаткова інформація, я можу зв'язатися з моїм соціальним працівником за вказаним нижче номером.

37. Підпис клієнта: _____ 38. Дата: _____

39. Підпис батьків/опікунів (якщо клієнту менше 18 років): _____

40. Ім'я призначеного працівника: _____ 41. Номер телефону: _____

42. Підпис працівника: _____ 43. Дата: _____

44. Ім'я перекладача: _____
Я підтверджую, що інформація, яка міститься в цій формі, була роз'яснена Клієнту:

45. Підпис перекладача: _____ 46. Дата: _____

Через 3 місяці/6 місяців/12 місяців: Використовуйте форму розгляду справи (DSS-6235)

***Попередні інструкції до запитання 35 В**

Коди причин відмови/затримки в наданні послуги:

- 01 Послуга недоступна через надавача послуг
- 02 Послуга наразі недоступна; буде доступна з _____
- 03 Клієнт повинен надати відповідні документи перед початком надання послуги
- 04 Клієнт відповідає вимогам для надання послуги, але бракує коштів
- 05 Послуга недоступна в географічній зоні проживання клієнта
- 06 Клієнт не відповідає вимогам щодо запитаної послуги
- 07 Послуга раніше вже надавалася клієнту
- 08 Дублювання послуги, що надається
- 09 Клієнт відмовився від надання послуги

Інструкції щодо заповнення

План надання послуг Управління у справах біженців штату Північна Кароліна (DSS-6231)

Мета: Метою плану надання послуг є надання інструмента, за допомогою якого соціальний працівник і клієнт разом оцінюють потреби клієнта та поточну ситуацію щодо того, що зазначено у формі. Форма має бути заповнена працівником місцевої філії або надавачем послуг для біженців, який відповідає за послуги з ведення справ. План має бути включено до справи клієнта **разом з Інформованою згодою на розкриття інформації (DSS-6236) і Формою прав клієнта (DSS-6237)** на сайті місцевої філії або надавача послуг для біженців. План надання послуг складається для кожного клієнта, який отримує послуги з ведення справи.

- a. Надавач послуг: Введіть назву агентства, відповідального за План надання послуг для клієнта.
- b. Соціальний працівник, що веде справу: Впишіть ім'я соціального працівника, призначеного клієнту, для якого складається план надання послуг.
- c. Головний заявник: Впишіть ім'я головного заявника в справі.
- d. Дата плану: Впишіть дату складення плану надання послуг.

ОЦІНЮВАННЯ ПОСЛУГ:

- 1. Ім'я: Впишіть ім'я клієнта, для якого складається план надання послуг.
- 2. Документ про відповідність вимогам: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи була документація про відповідність вимогам захищена під час складення плану надання послуг.
ПРИМІТКА: Надання послуг не може розпочатися доти, доки клієнт не надасть відповідну документацію на підтвердження відповідності вимогам для отримання послуг у рамках програми для біженців. **Особа, яка складає цей план, повинна додати чинну копію документа про відповідність вимогам до плану надання послуг у день заповнення форми.**
- 3. Телефон: Вкажіть номер домашнього телефону, номер мобільного телефону (за наявності) та/або інші контактні номери телефонів клієнта.
- 4. Імміграційний номер: Введіть імміграційний номер клієнта.
- 5. Адреса: Введіть домашню адресу клієнта, включно з містом, штатом і поштовим індексом.
- 6. Дата прибуття: Введіть офіційну дату прибуття клієнта, як зазначено в I-94, Свідоцтві про надання статусу біженця або іншій відповідній документації.
- 7. SSN: Введіть номер соціального страхування клієнта.
- 8. Працевлаштування Дозвіл на працевлаштування: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи працевлаштований наразі клієнт Дозвіл на працевлаштування.

9. Номер документа, що підтверджує право працювати на законних підставах (EAD): Введіть номер документа, що підтверджує право клієнта працювати на законних підставах, за наявності.
10. Адреса електронної пошти: Введіть адресу електронної пошти клієнта за наявності.
11. Імміграційний Статус: Введіть **поточний** статус клієнта (біженець, особа, що отримала притулок, умовно-достроково звільнений, іммігрант із Куби/Гаїті Американець азійського походження, особа, яка постійно проживає в Америці на законних підставах, жертва торгівлі людьми, особа, якій було надано спеціальну імміграційну візу).
- ПРИМІТКА:** Якщо з дати прибуття клієнта минуло більше року від поточної дати, а клієнт ще не подав заявку на зміну статусу, соціальний працівник зобов'язаний повідомити клієнту, що згідно із законом він/вона зобов'язаний(-а) подати заявку на зміну свого статусу на статус особи, яка постійно проживає в Америці на законних підставах через рік із дати прибуття, і що неподання заявки призведе до депортації клієнта.
- ПРИМІТКА:** Якщо статус клієнта – «Громадянин», клієнта необхідно повідомити, що він/вона більше не має права на послуги підтримки для біженців, і закрити справу.
12. Етнічна належність: Введіть інформацію про етнічну належність, включно з країною походження клієнта, для якого складається План надання послуг (**наприклад, (а) Монтаньяр, а (б) В'стнамець**).
13. Дата народження: Введіть дату народження клієнта, для якого складається План надання послуг.
14. Сімейний стан: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи клієнт одружений/а, самотній/я або є самотнім батьком/матір'ю.
15. Стать: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати стать клієнта.
16. Поточні пільги: Поставте позначку у відповідному блоці (блоках), щоб вказати будь-які пільги, які наразі отримує клієнт. Введіть будь-які коментарі або відповідну інформацію нижче, наприклад, дату початку надання та/або дату завершення надання пільг.

Транспортування:

17. Посвідчення водія штату Північна Кароліна: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи має клієнт чинне посвідчення водія штату Північна Кароліна.
18. Автомобіль: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи володіє клієнт автомобілем або чи має доступ до автомобіля для доїзду на роботу.
19. Потреба в транспортуванні: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи потрібна клієнту допомога, щоб отримати необхідні послуги.
20. організація заходів із транспортування: Якщо відповідь «Так», впишіть відповідну інформацію щодо організації заходів для клієнта. Заходи для організації транспортування.

Утриманці:

21. Чи додано Інформаційний лист?: Додайте аркуш з інформацією щодо імені, статі та дати народження кожного учасника справи, за якого клієнт відповідає (фінансова підтримка, транспортування, догляд за дітьми тощо), і якого слід враховувати в його/її плані надання послуг (наприклад, форма DSS-6230 pt. A). Зауважте, що його буде включено до справи клієнта, обравши «ТАК» у цьому розділі. Якщо в справі відсутній інформаційний лист, включіть цю інформацію в доданих рядках. За потреби додайте додаткові сторінки.
22. Чи є потреба в догляді за дітьми: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи потрібна клієнту послуга з догляду за дітьми, щоб відповідати очікуванням його/її плану надання послуг.
23. Організація догляду за дітьми: Введіть відповідну інформацію щодо поточних умов догляду за дітьми клієнта.
24. Інші утриманці: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи є в клієнта інші утриманці, за яких він/вона відповідає, і яких слід враховувати в його/її плані надання послуг.
25. Організація заходів із догляду: Введіть відповідну інформацію щодо поточної організації заходів із догляду за іншими утриманцями клієнта.

Медичне страхування:

26. Страхування клієнта: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи уклав клієнт договір медичного страхування для себе.
27. Вартість для клієнта: Якщо відповідь на № 26 «Так», вкажіть вартість поточного медичного страхування для клієнта.
28. Страхування утриманців: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати, чи уклав клієнт договір медичного страхування, яке покриває його або її утриманців.
29. Вартість для клієнта: Якщо відповідь на № 28 «Так», вкажіть вартість поточного медичного страхування для утриманців клієнта.

Мова:

30. Рідна мова: Введіть рідну мову клієнта, якою він розмовляв у країні свого походження.
31. Володіння англійською мовою: Поставте позначку у відповідному блоці, щоб вказати рівень володіння англійською мовою клієнта, на розсуд соціального працівника.

Зайнятість:

32. Поточне місце працевлаштування: Поставте позначку у відповідному полі, щоб вказати, чи працює наразі клієнт.
33. Поточний роботодавець: Якщо клієнт наразі працює, поставте позначку у відповідному блоці та введіть ім'я поточного роботодавця.
34. Графік роботи: Введіть зміну роботи клієнта та дні тижня.

35. НЕОБХІДНІ ПОСЛУГИ:

Стовпець А: Вкажіть, які послуги запитує клієнт або які надаються клієнту.

Стовпець В: Якщо рішення соціального працівника полягає в тому, що клієнт не має права на отримання послуги, вкажіть код причини з переліку причин, який міститься в розділі щодо попереднього інструктажу, Плану надання послуг.

Стовпець С: Якщо послуги будуть надаватися, вкажіть у цьому стовпці дату початку надання послуг.

Стовпець D: Якщо направлення є доречним, введіть коментарі щодо надавача послуг чи агентства, до якого клієнта буде направлено для отримання послуг.

Стовпець E: Клієнт повинен поставити підпис навпроти кожної послуги в цьому стовпці, щоб вказати, що він/вона розуміє кожну з послуг, які пропонуються, чи в наданні яких йому було відмовлено, а також, що йому було запропоновано відповідну послугу або він/вона розуміє причину відмови. Використовуйте місце під таблицею для будь-якої додаткової інформації.

ПРИМІТКА: Якщо клієнт звертається за будь-якою послугою з працевлаштування, агентство має скласти план працевлаштування для клієнта.

ПІДПИСИ:

36. Впишіть ім'я клієнта в порожньому місці на підтвердження того, що клієнт розуміє План надання послуг.
37. Підпис клієнта: Переконайтеся, що клієнт підписав План надання послуг після його пояснення та перекладу.
38. Дата: Введіть дату підписання клієнтом Плану надання послуг.
39. Підпис батьків/ опікунів: Якщо клієнт є неповнолітнім, переконайтеся, що батьки або опікуни клієнта підписали План надання послуг після того, як він був пояснений і перекладений. Якщо підпис батьків чи опікунів не потрібен, напишіть Н/З.
40. Ім'я призначеного соціального працівника: Впишіть ім'я працівника, який надаватиме клієнту соціальні послуги для біженців.
41. Номер телефону: Введіть номер телефону, за яким можна зв'язатися зі співробітником у звичайний робочий час.
42. Підпис персоналу: Переконайтеся, що співробітник, який складає План надання послуг, підписав План надання послуг.

43. Дата: Введіть дату, коли працівник підписав План надання послуг.
44. Ім'я перекладача: Впишіть ім'я перекладача або працівника, який перекладав для клієнта під час розробки Плану надання послуг. Якщо перекладач не потрібен, напишіть «Н/З».
45. Підпис перекладача: Переконайтеся, що перекладач підписав План надання послуг після його пояснення та перекладу.
46. Дата: Введіть дату, коли перекладач підписав План надання послуг.

Через 3 місяці/6 місяців/12 місяців: Використовуйте форму перегляду справи (DSS-6235), щоб стежити за прогресом клієнта.

Примітка: Соціальний працівник, що веде справу, або надавач послуг, який складає План надання послуг, повинен забезпечити, щоб клієнт отримав підписану копію форми після завершення.