

MSSP 護理計劃

參與者姓名：		MSSP #:		護理計劃會議日期：		護理計劃持續時間	
--------	--	---------	--	-----------	--	----------	--

日期	參與者需求 #	參與者需求聲明	參與者目標/結果	服務供應商及類別 (I, R, P, C)	計劃/干預	解決日期/註釋

MSSP 員工簽署：

PCM：_____ 日期：_____ SCM：_____ 日期：_____

若本人對影響 MSSP 資助服務的行動不滿意，本人確認收到並已接受了此護理計劃，並已收到關於本人有權獲得公平聆訊的通知。

參與者簽署：_____ 日期：_____