

**Piano di attività del Coordinamento del servizio Medicaid**

Nome delle persona:

Data del Piano di
attività inizialeData della
Revisione
semestrale

Nome dell'MSC:

Il Piano di attività descrive le attività a breve termine di coordinamento del servizio considerate più importanti per Voi e che Vi aiuteranno a raggiungere i risultati individuali stimati descritti nel vostro ISP. Siete pregati di scrivere nel prosieguo i servizi che richiedete e/o gli obiettivi personali che desiderate raggiungere. Siete pregati poi di annotare le attività che desiderate siano svolte nonché la persona responsabile per lo svolgimento di ciascuna attività, riportando anche la data di inizio. Per quanto riguarda le ultime caselle a destra, siete pregati di barrarle al completamento delle attività in oggetto. Questa lista deve essere revisionata almeno ogni sei mesi ma in qualsiasi momento è possibile aggiungervi ulteriori attività.

Servizio richiesto o obiettivo personale:

Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività
	MSC	Pers.	Fam.	Altro		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Servizio richiesto o obiettivo personale:

Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività
	MSC	Pers.	Fam.	Altro		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Servizio richiesto o obiettivo personale:

Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività
	MSC	Pers.	Fam.	Altro		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						



Servizio richiesto o obiettivo personale:							
Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività	
	MSC	Pers.	Fam.	Altro			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Servizio richiesto o obiettivo personale:							
Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività	
	MSC	Pers.	Fam.	Altro			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Servizio richiesto o obiettivo personale:							
Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività	
	MSC	Pers.	Fam.	Altro			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Servizio richiesto o obiettivo personale:							
Attività da svolgere	Persona responsabile				Data di inizio	Barrare al termine dell'attività	
	MSC	Pers.	Fam.	Altro			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>