

ADMH-DDD 事件报告 自主服务期间发生事件表
适用于在智力障碍 (ID) 、居家 (LAH) 或社区豁免计划

豁免登记人姓名:	事件日期/时间
豁免登记人住址:	豁免登记人及/或法定代表人电话:
城市:	州:
向豁免登记人提供豁免服务的提供自主决策的工作人员姓名:	事件发生地点 (如: 个人家中、社区中的某个地点、其他)
事件类型 (注意 : 请参阅事件定义表了解事件类型以及何时报告!)	
描述事件, 包括事件发生前的情况以及事件发生时的情况	
事件中直接涉及的人员姓名 (除豁免登记人和自主服务工作人员外) 及任何目击者的姓名	
事件发生后立即发生了什么? 请包括事件发生后采取的即时行动	
通知了哪些人 (如: 警方、医院、支持协调员的姓名) ? 说明如何通知及每次通知的日期/大致时间	
谁填写并提交此表格给协调员? 请注明您的角色 (豁免登记人; 名义雇主; 自主服务工作人员; 豁免登记人的家庭成员或法定监护人)	表格提交日期