



# Arizona Bridge to Independent Living (ABIL) Personal Assistance Services

## 5 Day Consumer Service Evaluation

**Consumer:**

*(Use Last name, First name format)*

**PCA:**

*(Use Last name, First name format)*

\_\_\_\_\_ Attendant Care (\_\_\_\_\_ **CS** \_\_\_\_\_ **Gen**) \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ HM \_\_\_\_\_ Respite \_\_\_\_\_ HAH

**Yes      No      N/A**

			<b>1.</b> If services are being provided by a Family Member PCA and or a General PCA, is the consumer/family satisfied with the services being provided? Explain:
<b>Comments:</b>			
			<b>2.</b> How many hours of service are being provided by ABIL? Is this consistent with what your case manager has requested?
<b>Comments:</b>			
			<b>3.</b> Is the Personal Care Assistant respectful of the consumer/family choices? Explain:
<b>Comments:</b>			
			<b>4.</b> Does your PCA have the appropriate skills to provide your care, i.e., transfers, bathing? Can you describe?
<b>Comments:</b>			
			<b>5.</b> Are there other agencies or nursing services used for this service? If yes, indicate below:
<b>Comments:</b>			

Yes	No	Á	Á
Á	Á	6.	Ö[ ^•Á@Á ]•{ ^!Á@Á } ^ Á!••~!^Á &!•ÑÁÁ^•É @!^ÁÁ@^ Á    &æ^áÁ@Á, Á-é} ÁÁÁ^~!•á *Á!ç&^Á^á * Á!  çã^áNÁ
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			
Á	Á	7.	QÁ[ ^Á@Á Á á^Á [ç^ ^] o!Á@Á [ àää Á^•^•É@, Á-é} Á^Á[ ^ ÁÁÁÁÁ^ *Á^ ] [•ää} ^áÁ} áÁ^ Á @ { Ñ
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			
Á	Á	8.	Ö[ ^•Á@Á ]•{ ^!Éæ á^ Á } [ , Á @ Á Á @ Á Á Á   à!{ Áá^• Á! Á@ áÁÚOÁ ã Á [ o!Á!-! { á * ÁÁ áá-æ! !^Á!ç&^Á^Á @ NÁ
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			
Á	Á	9.	Ö[ Á[ ^Á@Á@ÁOÁÁ@Á^!Á@~!Á!ç&^Á @ } ^Á { à!Á} áÁ@ÁPÓOÓUÁ ì€€Á { à!Á Á@Áç^} o! ^!ÁÚOÁÁ [ ^Á [ o!Á ] [ o!Á Á [ !Á@Á Á^•á^•Á @^!•ÉÁ ^!^} á•Éá áÁ@  ää•ÑÁ [ Á!  çã^Á& ]•{ ^!Á á@Á@Á { à!ÉÁÉ ì€€Áí È í€Á
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			
Á	Á	10.	Ö[ ^•Á@Á ]•{ ^!Éæ á^ Á } [ , Á @ Á Á @ Á Á @!^ÁÁ [ ] È!  çã á } Á-Á •^!ç&^Á^ÉÁÉ@•] áää áá} Éç&æá } Á!ÁÚOÁÁ Á æ^ÁÁ Á^!  o!Á!Á [ !NÁ
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			
Á	Á	11.	Ö[ ]-á [ & ]•{ ^!q& ] ç^ *^ } & Á  æ Á} áÁ^• &æ^Á@Á ]•{ ^!Éæ á^ Á@Á á [ ! ç&^Á^Á@Á * ÁÁ  æ } ÉÁ
<b>Comments:</b> Á Á Á Á Á			

**Yes      No      N/A**

			<b>12.</b> Who is your current case manager?
<b>Comments:</b>			
			<b>13.</b> Who is your ABIL PCA Supervisor?
<b>Comments:</b>			

**Additional Comments:**

**Consumer Signature, *Consumer Service Evaluation***

**Form Completed by:**  
**PCA Supervisor**

**Date:**