

성인 BH HCBS 케어 플랜

고객 이름:
Medicaid CIN:
BH HCBS 적격성:

생년월일:
Health & Recovery Plan:
HARP 회원 ID:
주 헬스 홈:

케어 플랜 작성일:

파트 1: 연락처 정보 및 거주 환경

고객의 환경과 연락처 정보를 제공하십시오. 만약 고객이 자신이 선택한 커뮤니티 기반 환경에 살고 있지 않다면, 케어 코디네이터는 고객이 선택한 환경으로 이주할 수 있는 플랜을 확인하고 케어 플랜에 이를 기록하여 고객을 지원해야 합니다.

고객의 거주지 주소:

고객의 전화번호:

위에 제공된 거주지 주소가 커뮤니티 기반 환경입니까? 예 아니오

고객이 이 환경에서/이 주소에서 거주하길 원합니까? 예 아니오

파트 2: 고객 서술 및 목표

A. 고객 서술

고객 서술에는 고객의 진단을 포함한 NYS 적격성 평가에 대한 간략한 설명이 포함되어야 합니다. 고객의 특징, 기술, 강점, 선호사항 및 행동 건강 장벽 및 필요를 기술하십시오. 또한 고객의 생활 환경, 문화적 전통 및 대인관계도 포함하십시오. 고객이 가치를 두고 있는 삶의 역할을 명확히 기록하십시오.

B. 고객의 삶의 역할 목표 선언문

고객의 삶의 역할 목표는 고객이 어떻게 살고, 일하고, 배우고, 사교활동을 하고자 하는지와 관련된 개인화된 목표입니다. 고객에겐 하나 이상의 삶의 역할 목표가 있을 수 있습니다. 고객의 언어를 사용해 목표 선언문을 적으십시오. "희망하는 결과"는 목표를 향한 고객의 노력과 유급 및 무급 지원에 의해 제공되는 지원의 결과로 개인화된 서비스 환경에서 어떤 결과가 성취될 것인지를 명시합니다. 홈 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)당 적어도 하나의 의도하는 결과가 있어야 합니다. 목표 달성을 위한 목표일을 정하기 위해 고객과 함께 논의하십시오.

삶의 역할 영역: 삶 업무 배움 사고

목표:*

희망하는 결과:

목표일:

파트 3: 개인화된 서비스 환경

A. 자연적 지원 및 커뮤니티 리소스

고객이 삶의 역할 목표를 지원하는 데 접속할 무급의 자연적 지원 및 커뮤니티 리소스를 열거하십시오. 여기엔 가족, 친구, 이웃, 상호지원/자가도움 그룹, 커뮤니티센터, 종교모임 등이 포함될 수 있습니다.

제공되는 지원*	제공자 이름	연락처 정보 (주소, 전화번호 및/또는 이메일)

B. 신체 및 행동 건강 제공자

본 섹션엔 성인 BH HCBS를 제외한 고객의 삶의 역할 목표를 추구하고 이를 수 있도록 지원하는 모든 신체 및 행동 건강(정신건강 및 약물사용) 제공자가 포함되어야 합니다. 여기엔 최소한 주치의, 정신과 및 16, 28 또는 31조 클리닉 제공자가 포함되어야 합니다. 빈도와 기간을 기록해 두면 케어의 완성도 및 타 제공자의 치료에 도움이 될 것입니다.

서비스 유형*	제공자 이름	빈도(알고 있는 경우)	기간(알고 있는 경우)

별표()가 붙은 항목은 최소한 Health and Recovery Plan(HARP)의 BH HCBS를 위한 서비스 수준 결정을 위해 필요합니다

성인 BH HCBS 케어 플랜

C. 기타 서비스, 리소스 및 지원

본 섹션엔 고객이 받는 위에 열거되지 않은 추가적인 비 HCBS 서비스, 리소스 및 지원이 포함되어야 합니다. 삶의 역할 목표를 추구하고 이를 수 있도록 지원하는 서비스 및 제공자만을 적어 주십시오. 예시적으로 사회보장장애보험(SSDI), 드롭인 센터, 심리사회적 클럽 또는 클럽하우스, 지속적이고 통합적인 지원고용(OISE) 등이 있습니다. 여기엔 또한 보건부, 노령화부, 노동부 등 타 NYS 기관에 의해 지불되는 서비스 및 지원도 포함될 수 있습니다.

서비스 유형*	제공자 이름

D. 케어 코디네이션 또는 SDE 제공자

본 섹션엔 케어 관리 기관 또는 주 지정 단체에 대한 정보를 기입해야 하고 고객의 삶의 역할 목표를 추구하고 이를 수 있도록 제공된 모든 케어 코디네이션 개입을 포함해야 합니다. 각 해당 목표에 대해 적어도 하나의 개입이 적혀 있어야 합니다.

서비스 유형:	
CMA/SDE 제공자:	
케어 코디네이터 또는 평가자:	
연락처 정보:	

케어 코디네이터 목표	케어 코디네이션 개입(범위)
신체 건강 목표:	신체 건강 개입:
정신 건강 목표:	정신 건강 개입:
약물 사용 목표:	약물 사용 개입:
HIV/AIDS 목표:	HIV/AIDS 개입:
기타 케어 관리 개입:	기타 케어 관리 개입:

E. 성인 행동 건강 홈 및 커뮤니티 기반 서비스(BH HCBS)

본 섹션엔 모든 성인 행동 건강 홈 및 커뮤니티 기반 서비스 제공자가 포함되어야 합니다. 빈도, 기간 및 발효일은 제공자 및 관리의료기관으로부터 추가 정보를 받은 후 추가될 수도 있습니다. 각 HCBS는 본 플랜의 파트 2(B)로부터 적어도 하나의 의도한 결과가 대응되어야 합니다.

서비스 유형*	제공자 이름	빈도	기간	발효일
희망하는 결과:				
서비스 유형*	제공자 이름	빈도	기간	발효일
희망하는 결과:				
서비스 유형*	제공자 이름	빈도	기간	발효일
희망하는 결과:				

서비스 유형*	제공자 이름	빈도	기간	발효일
희망하는 결과:				
서비스 유형*	제공자 이름	빈도	기간	발효일
희망하는 결과:				

파트 4: 안전 장치 및 변경

제공자가 소유하거나 그 통제를 받는 환경에 거주하는 고객의 경우에, 고객의 선택이 식별된 위험과 관련해 제한을 받거나 어떠한 방식으로든 금지되었습니까?

예 아니오 해당 없음: 고객은 제공자가 소유하거나 그 통제를 받는 환경에 거주하고 있지 않음
 예라면, “위험평가에 기초한 변경” 서식을 첨부해야 합니다.

성인 BH HCBS 케어 플랜

파트 5: 서명, 첨부 문서 및 케어 플랜의 전달

케어 코디네이터/SDE 평가자 및 관리의료기관이 케어 플랜의 모니터링을 담당합니다. 변경은 케어 코디네이터/SDE 평가자에게 연락하여 이뤄질 수 있습니다. 케어 플랜은 적어도 매년마다 그리고 고객이 인생의 중대사를 경험할 땐 언제든지 검토되어야 합니다.

A. 서명

케어 플랜(및/또는 동반되는 ISP)은 서비스를 받는 고객, 그/그녀의 법적 보호자(해당되는 경우), 케어 코디네이터 및 모든 성인 행동 건강 HCBS 제공자에 의해 서명되어야 합니다.

이름	직책/역할	서명	날짜
	서비스를 받는 고객		[00월/00일/00년]
	법적 보호자, 해당되는 경우		[00월/00일/00년]
	케어 코디네이터		[00월/00일/00년]
			[00월/00일/00년]

B. 케어 플랜의 첨부 문서

본 케어 플랜에 추가로 첨부된 서식이 무엇인지 표시하십시오.

- 위기 예방 플랜(필수)
- 예비 플랜(필수)
- BH HCBS 개인화된 서비스 플랜(ISP)
- 위험평가에 기초한 변경(파트 4에 대한 답변이 “예”라면 필수)
- 기타 (구체적으로 적어 주십시오):

C. 케어 플랜의 전달

케어 플랜은 고객, 그/그녀의 법적 보호자(해당되는 경우) 및 모든 성인 BH HCBS 제공자에게 적어도 매년마다 그리고 인생의 중대사에 따른 중대한 변경이 있을 시 전달되어야 합니다.

이름 및 기관(해당되는 경우)	서류에 대한 동의?(Y/N)	발송일	CM 서명 또는 이니셜

고객 이름:
Medicaid CIN:
BH HCBS 자격성:

생년월일:
Health & Recovery Plan:
HARP 회원 ID:
주 헬스 홈:

케어 코디네이터를 위한 지시사항: 본 서식은 케어 플랜의 검토와 연계해 적어도 매년마다 검토 및 업데이트되어야 합니다. 또한 인생의 중대사에 따라 검토 및 변경되어야 합니다. 만약 고객에게 이미 위기 예방 플랜(Crisis Prevention Plan) 또는 재발 예방 플랜(Relapse Prevention Plan, WRAP)이 있다면, 귀하는 본 서식을 작성하는 대신 그 사본을 첨부할 수 있습니다. 그럼에도 그 플랜을 고객과 함께 동일한 간격으로 검토하는 것이 중요합니다.

위기 예방 플랜의 목적은 귀하께서 행동 건강 위기를 예방할 방법을 찾는 데 도움을 주기 위한 것입니다. 위기를 예방하는 것은 귀하의 개인적 삶의 목표를 향해 계속해서 나아가는 데 도움이 됩니다. 플랜은 귀하의 개인적 선호와 필요에 기초하고 문화, 종교 또는 민족적 인자를 배려해 마련되어야 합니다. 플랜은 귀하와 귀하의 케어 코디네이터가 협력한 결과물입니다. 본 플랜은 귀하께서 선호하는 바에 따라 타인과 공유될 수 있습니다. 귀하께서 주변의 누군가를 헬스케어 에이전트로 지정하거나 다른 사전의료의향서 서식 작성을 고려하고자 할 수도 있습니다.

1. 귀하께서 어떠한 자극 또는 문제를 주의해야 하나요?

이것은 가장 화나게 하고, 일상 활동 유지 및 귀하의 개인적 목표 달성을 어렵게 만드는 자극 및 증상입니다. 이러한 예로 특정 증상, 가족이나 친구와의 충돌, 재정적 압박, 거주지 불안정성, 치료제 변경 등을 들 수 있습니다.

2. 귀하의 행동 건강 증상이 심해지는 초기 경고 신호는 무엇입니까?

이것은 귀하께서 행동 건강 문제가 심해지고 있을 때 가장 처음 알아차리는 변화입니다. 이러한 예로 식탐, 불면증, 사람들 주변에서 불편하거나 초조한 느낌, 산만함, 귀하의 정신건강에 대해 염려를 표하는 사람들 및 슬프거나 걱정스런 감정 등을 들 수 있습니다.

3. 귀하께서 스트레스 또는 자극에 대처할 수 있는 조치에는 무엇이 있습니까?

과거에 귀하 및/또는 타인에게 효과가 있었던 것을 생각해 보십시오. 어떠한 대처 기술 또는 문제 해결 기술이 귀하에게 가장 효과가 있었습니까? 이러한 예로 독서, TV 시청, 일기 쓰기, 자가도움 그룹에 참여, 심호흡 및 근육 이완, 산책, 친구에게 전화 등을 들 수 있습니다.

4. 귀하께 초기 경고 신호가 오기 시작하면 누구에게 전화할 수 있나요?

위기 전과 도중에 귀하를 도울 수 있는 사람들을 생각해 보십시오. 아래에 이름과 연락처 정보를 기입하십시오. 여기엔 자연적 지원(친구 및 가족) 및 유급 지원(케어 코디네이터, 치료사 등)이 포함될 수 있습니다.

케어 플랜 첨부 문서: 예비 플랜

고객 이름:
Medicaid CIN:
BH HCBS 자격성:

생년월일:
Health & Recovery Plan:
HARP 회원 ID:
주 헬스 홈:

케어 코디네이터를 위한 지시사항: 본 서식은 케어 플랜의 검토와 연계해 적어도 매년마다 검토 및 업데이트되어야 합니다. 또한 인생의 중대사에 따라 검토 및 변경되어야 합니다.

본 예비 플랜의 목적은 응급 상황 시 또는 정기 예약된 지원/서비스를 받을 수 없을 때 귀하를 도우려는 것입니다.

응급 상황 시 즉시 911번으로 전화하십시오.

귀하의 HCBS 제공자를 포함해 귀하의 서비스 제공자와 이용할 수 있는 시간과 일정 예약에 대해 논의하는 것이 중요합니다. 예비 플랜을 마련하는 것은 귀하의 제공자가 부재 시 무엇을 하고 누구에게 전화할지를 알게 된다는 뜻입니다.

서비스 제공자	전화할 수 있는 사람은? (예: 비상 대기 중인 에이전시 또는 관리자, 친구 또는 가족, 후원자, 케어 코디네이터)	전화번호

고객 이름:
Medicaid CIN:
BH HCBS 자격성:

생년월일:
Health & Recovery Plan:
HARP 회원 ID:
주 헬스 홈:

본 문서는 각 성인 행동 건강 홈 및 커뮤니티 서비스 제공자에 의해 작성됩니다. 케어 플랜에 이것을 첨부하는 것은 서비스의 통합 및 조화에 도움이 되며 CMS 요건 충족을 위해서도 중요합니다.

ISP 작성일:

서비스별 정보

성인 BH HCBS:
제공자:
제공자 에이전시 연락처:
대체 연락처:
제공자 주소:
빈도 및 기간:

개인화된 삶의 역할 목표 및 의도하는 결과

아래의 정보는 케어 플랜 문서로부터 제공되어야 합니다. 고객의 삶의 역할 목표는 고객이 어떻게 살고, 일하고, 배우고, 사회활동을 하고자 하는지와 관련된 개인화된 목표입니다. 고객에겐 하나 이상의 삶의 역할 목표가 있을 수 있습니다. 고객의 언어를 사용해 목표 선언문을 적으십시오. "의도하는 결과"는 목표를 향한 고객의 노력과 유급 및 무급 지원에 의해 제공되는 지원의 결과로 개인화된 서비스 환경에서 어떤 결과가 성취될 것인지를 명시합니다. 홈 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)당 적어도 하나의 의도하는 결과가 있어야 합니다.

삶의 역할 영역: 삶 업무 배움 사고

목표:*

강점, 재능, 리소스 및 능력

케어 플랜의 정보, 서비스별 이용 평가 및 고객 및 가족으로부터의 피드백을 사용해, 목표 달성과 관련된 고객의 강점, 재능, 리소스 및 능력을 기술하십시오.

행동 건강 장벽 및 지원 수준

케어 플랜의 정보, 서비스별 이용 평가 및 고객 및 가족으로부터의 피드백을 사용해, 개인화된 목표 달성과 관련된 행동 건강 장벽 및 필요를 기술하십시오. 의도하는 결과를 성취하기 위해 요구될 지원 수준을 기술하십시오(예: 스테프 모델링, 역할 연기, 관리, 지시사항 등).

HCBS 목표 및 범위

고객이 그/그녀의 목표와 의도하는 결과를 향해 나아가는 것을 지원하게 될 측정 가능한 목표를 기술하십시오. 목표 달성을 지원하게 될 서비스 범위(개입 및 스테프 활동)를 기술하십시오.

HCBS 목표	HCBS의 범위 (서비스 요소/개입/종류)

서명

서비스를 받는 고객의 서명: _____

날짜:

성인 BH HCBS 서비스 제공자의 서명: _____

날짜:

서명, 자격(해당되는 경우) 및 직책

케어 플랜 첨부 문서: 위험평가에 기초한 변경

고객 이름:
Medicaid CIN:
BH HCBS 자격성:

생년월일:
Health & Recovery Plan:
HARP 회원 ID:
주 헬스 홈:

본 문서는 고객의 선택이 평가된 위험으로 인해 어떤 식으로든 제한되었거나 금지되었을 경우, 케어 코디네이터에 의해 작성됩니다.

일부 고객의 경우, 홈 및 커뮤니티 기반 환경은 자신 또는 타인에게 피해 위험의 증가로 나타날 수 있습니다. 본 툴은 케어 코디네이터가 최소한도로 규제되는 환경에서 살고자 하는 복잡한 필요를 지닌 고객을 지원하는 것을 돕게 됩니다. 고객의 선택에 제한되거나 금지되는 예로는 음식에의 접근 및 주거지 방문시간의 규제와 자유롭게 오갈 수 없음 등이 있습니다.

1. 위험에 근거한 변경을 상세히 기술하십시오.

[Blank box for response 1]

2. 특정적이고 개인화된 평가 필요를 작성하십시오.

[Blank box for response 2]

3. 전에 사용해 필요의 해결에 성공적이지 못했던 긍정적 지원 및 개입을 작성하십시오.

[Blank box for response 3]

4. 전에 사용해 성공적이지 못했던 덜 거슬리는 방식을 작성하십시오.

[Blank box for response 4]

5. 특정 필요 또는 위험과 관련된 조건을 기술하십시오.

[Blank box for response 5]

6. 변경의 효율성을 모니터링하는 데 사용될 데이터 수집 방법을 기술하십시오.

[Blank box for response 6]

7. 변경이 여전히 필요하다거나 종료될 수 있음을 결정하기 위해 주기적 검토를 위한 정립된 시간 한도를 기술하십시오.

[Blank box for response 7]

8. 개입 및 지원이 고객에게 해를 끼치게 됩니까? (케어 코디네이터는 개입 및 지원이 고객에게 어떠한 해도 끼치지 않을 것이란 보증을 제공해야 합니다.)

예 아니오

아래의 저의 서명은 고객이 위에 기술된 제한사항 및 규제사항과 관련해 고지된 선택을 할 기회를 받았고, 고객이 그/그녀의 평가된 위험 및 필요를 해결하기 위해 요구되는 변경 및 지원에 동의함을 확인합니다.

서비스를 받는 고객의 서명: _____

날짜: _____

보호자/법률 대리인(해당되는 경우)의 서명: _____

날짜: _____

케어 코디네이터의 서명: _____

날짜: _____