

Инструкции. Эту форму должно заполнять лицо, подлежащее оценке, если оно не моложе 18 лет, либо родитель, опекун или законный представитель ребенка либо учреждение, обеспечивающее добровольный уход за таким ребенком, если последний не достиг 18 лет и не соответствует условиям, описанным ниже*. Термин «законный представитель» означает любое лицо или учреждение, уполномоченное законодательством штата, племени, военным или другим применимым законом, постановлением суда или разрешением действовать от имени какого-либо лица с целью раскрытия медицинской информации. Термин «учреждение, обеспечивающее добровольный уход» означает агентство, заключившее договор с Управлением по делам детей г. Нью-Йорка (NYC Administration for Children's Services), чтобы обеспечить воспитание ребенка.

*[Обратите внимание, что дети, которые являются родителями, беременными и/или состоят в браке и которые иначе способны предоставить согласие, также должны использовать и заполнять данную форму.]

ИМЯ ЛИЦА, ПОДЛЕЖАЩЕГО ОЦЕНКЕ

НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME — ВЗРОСЛЫЙ ИЛИ РЕБЕНОК
(ОБВЕДИТЕ ОДИН ВАРИАНТ)

ДАТА РОЖДЕНИЯ ЛИЦА

Оценка функциональных нарушений (Functional Assessment, FA):

- Определяет право на получение услуг на дому или в районе проживания в сфере лечения расстройств поведения (BH HCBS) для лиц, достигших 21 года
- Определяет право на получение услуг на дому или в районе проживания в сфере лечения заболеваний и расстройств поведения (НВН HCBS) для лиц, не достигших 21 года
- Определяет преимущества и потребности в НВН HCBS и включении в программу Children's Health Home
- Определяет результаты оценки программы Children's Health Home

Оценка функциональных нарушений проводится с целью сбора информации для плана услуг по уходу, который должен быть разработан для всех, кто имеет право на HCBS и/или зачислен в программу Health Home. Оценка функциональных нарушений будет выполняться в Системе унифицированной оценки Нью-Йорка (UAS-NY), защищенной базе данных штата, которая собирает и хранит идентифицирующую информацию и выполненные оценки по каждому лицу, получающему услуги. Строгие процедуры контроля защищают информацию и дают доступ только тем лицам, которые уполномочены в меру необходимости информировать о предоставлении услуг. Если оценка функциональных нарушений уже проводилась ранее, ее результаты также будут приняты во внимание, чтобы обеспечить предоставление услуг более высокого качества. Как плательщик услуг Medicaid от Вашего имени, штат Нью-Йорк также будет иметь доступ к информации о состоянии Вашего здоровья.

Для лиц, достигших 21 года и нуждающихся в услугах, оценка функциональных нарушений является критерием отбора на предоставление ВН HCBS и используется для сбора информации в целях разработки плана услуг по уходу.

Для лиц до 21 года, нуждающихся в услугах, оценка функциональных нарушений необходима для записи информации об индивидуальных функциональных ограничениях в целях определения права на НВН HCBS. Оценка функциональных нарушений также используется для анализа результатов участников программы Children's Health Home и для сбора информации в целях разработки плана услуг по уходу.

Оценку функциональных нарушений необходимо проводить для того, чтобы оптимальным образом помочь Вам или Вашему ребенку. Оценка функциональных нарушений проводится ежегодно для лиц, достигших 21 года, и один раз в 6 месяцев для лиц, не достигших 21 года, либо чаще, при возникновении острой необходимости.

Поставьте подпись ниже для подтверждения согласия либо несогласия с проведением оценки функциональных нарушений для Вас или Вашего ребенка.

- Я понимаю цель оценки функциональных нарушений и даю согласие на проведение этой оценки

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

для меня или моего ребенка (обведите один вариант). Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в любое время.

- Я не даю согласия на проведение оценки функциональных нарушений для меня или моего ребенка (обвести один вариант). Я понимаю, что, отказавшись от проведения оценки функциональных нарушений, я не смогу иметь доступ к услугам на дому или в районе проживания.

ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИМЯ ЛИЦА / РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЛИБО НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ДОБРОВОЛЬНЫЙ УХОД

ПОДПИСЬ ЛИЦА / РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО
ДОБРОВОЛЬНЫЙ УХОД

ДАТА

Мы очень признательны Вам за участие в этом процессе. Если у Вас возникли вопросы об этом процессе, позвоните

по номеру _____

- Отмечая данное поле, я отзываю свое согласие на проведение функциональной оценки.

ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИМЯ ЛИЦА / РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЛИБО НАЗВАНИЕ
УЧРЕЖДЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ДОБРОВОЛЬНЫЙ УХОД

ДАТА РОЖДЕНИЯ ЛИЦА

ПОДПИСЬ ЛИЦА / РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ДОБРОВОЛЬНЫЙ УХОД

ДАТА