

إعفاء الأطفال (c) 1915 حرية الاختيار

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS)

تعليمات لمدير الرعاية

يجب إحاطة الأفراد المؤهلين علمًا بخيارات الرعاية ومنحهم خيار الاختيار بين الخدمات المؤسسية أو المنزلية والخدمات المجتمعية. خلال الاجتماع وجهًا لوجه، سيقدم مدير الرعاية المعلومات ويناقش حرية الاختيار. يجب على الفرد أو الوالديه / الأوصياء / الممثل المفوض قانونًا التوقيع على نموذج حرية الاختيار وتبيين قراره أو قرارها بشأن المشاركة في إعفاء الأطفال الخاصة بـ (c) 1915 HCBS. يجب أن يكون هذا النموذج مشهودًا عليه ومؤرخًا؛ ويجب أن يحتفظ به كجزء من ملف العضو / الوالد / الوصي / الممثل المفوض قانونًا، عند الطلب.

معلومات الأطفال / الشباب

تاريخ الميلاد

اسم الطفل / الشاب

لقد تلقيت وفهمت ما يلي:

- معلومات عن البدائل بموجب إعفاء الأطفال، وأعطيت خيار إما القبول في بيئة مؤسسية أو خدمات منزلية ومجتمعية (HCBS) بموجب إعفاء الأطفال (42 CFR §441.302(d) 1915(c).
- معلومات عن خيارات الخدمات المتاحة بما في ذلك ما هو البرنامج وكيفية الوصول إلى الخدمات والدعم للوصول إلى موارد المجتمع ومقدميه
- قائمة بالمنزل الصحية (Health Homes, HHs) ووكالات إدارة الرعاية (Care Management Agencies, CMAs) ومقدمي الخدمات في منطقتي، بما في ذلك مقدمو الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS).

أفهم ما يلي:

- أطلب المشاركة في إعفاء الأطفال التابع لـ (c) 1915 HCBS، إذا استوفيت متطلبات الأهلية وتوافر مكان لذلك.
- ستعتمد المشاركة على اختياري لـ HCBS لدعم البقاء في المجتمع والمنزل.
- لقد مُنحت الحق في اختيار الوكالة التي ستوفر تنسيق الرعاية لـ HCBS أو إدارة رعاية HH أو CMAs أو خدمات تقييم الأطفال والشباب (Children and Youth Evaluation Services, C-YES)
- لقد مُنحت الحق في اختيار الخدمة (الخدمات) ومقدم (مقدمي) الخدمة المتاحين في منطقتي.
- يرجى من المسجلين في برنامج إعفاء الأطفال لأول مرة، اختيار واحد مما يلي:
 - اخترت التسجيل في برنامج إدارة رعاية المنازل الصحية (HH) وتم إعطائي خيارًا من HH و / أو CMA المتاحين للعمل معها.
 - لا أريد التسجيل في برنامج إدارة المنازل الصحية (HH) لرعاية الأسرة. أختار تلقي خدمات إعفاء الأطفال من (c) 1915 HCBS والدعم من خلال C-YES. (أكمل HH 5059-DOH إلغاء الاشتراك).
 - أو
 - تم استيفاء متطلبات الأهلية. ولكن، اخترت عدم المشاركة في برنامج إعفاء الأطفال لـ (c) 1915 HCBS.
- لإعادة التحديد السنوي في برنامج إعفاء الأطفال، يرجى اختيار ما يلي:
 - لم أعد أرغب في متابعة / استمرار الأهلية للحصول على خدمات برنامج إعفاء الأطفال (c) 1915 HCBS. أفهم أنني قد أطلب قرار الأهلية في وقت لاحق.
 - أو
 - أرغب في الاستمرار في أهليتي لخدمات برنامج إعفاء الأطفال (c) 1915 HCBS ووكالة تنسيق الرعاية الحالية الخاصة بي.
 - أو
 - أؤكد أنني تلقيت نتائج تقييم إعادة تحديد أهلية HCBS الخاص بي.

من خلال التوقيع على نموذج حرية الاختيار هذا، أؤكد أن مدير الرعاية الخاص بي قد أوضح لي كل بند، بما في ذلك كيفية الإبلاغ عن حادث خطير و/أو تقديم / شكوى / تظلم، وقد تم إعطائي نشرة حقوق ومسؤوليات المشارك الخاص بإعفاء الأطفال.

مقدم الطلب (للأفراد البالغين من العمر 18 عامًا أو أكثر أو أقل من 18 عامًا من الوالدين و / أو الحوامل و / أو المتزوجين والقادرين على إعطاء الموافقة بأنفسهم)

التاريخ

التوقيع

طباعة

أحد الأبوين / الوصي القانوني / الممثل المفوض قانونًا (للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا غير القادرين على إعطاء الموافقة بأنفسهم)

التاريخ

التوقيع

طباعة

مدير رعاية HH / الشاهد

التاريخ

التوقيع

طباعة