

케어 매니저를 위한 지침

유자격자 개인 본인에게 치료 선택권이 있으며 시설 서비스와 자택 및 지역사회 기반 서비스 중에서 하나를 선택할 수 있음을 알려주어야 합니다. 대면 회의 때 케어 매니저가 정보를 제공하고 ‘선택의 자유(Freedom of Choice)’에 대해 설명해줄 것입니다. 해당 개인이나 그 부모/보호자/법적 대리인은 선택의 자유 양식에 서명하고, HCBS 1915 (c) 아동 면제에 가입할지 여부에 관한 결정을 표시해야 합니다. 이 양식은 증인의 서명과 날짜가 기재되어야 하며, 가입자/부모/보호자/법적 대리인의 파일의 일부로서 보관되어야 하고, 요청이 있을 경우 가입자/부모/보호자/법적 대리인에게 사본을 제공해야 합니다.

아동/청소년 정보

아동/청소년 이름 생년월일

본인은 다음 내용을 듣고 이해했습니다.

- 아동 면제가 적용되는 대안에 관한 정보와 1915(c) 아동 면제(42 CFR § 441.302(d))에 따른 HCBS 또는 시설 입소 중에서 선택할 수 있는 권리.
- 이 프로그램의 내용과 지역사회 자원 및 제공자와 연계되는 서비스와 지원을 받는 방법을 포함해 이용 가능한 서비스에 관한 정보
- Health Home(헬스 홈, HH), Care Management Agency(케어 관리 기관, CMA), HCBS를 포함하는 해당 지역의 서비스 제공자 명단.

본인은 다음 내용을 이해합니다.

- 본인은 자격 요건이 충족되고 예약 자리가 나면 HCBS 1915 (c) 아동 면제 가입을 요청할 것입니다.
- 가입은 본인이 HCBS를 선택해 자택 및 지역사회 기반 서비스를 유지하는 것을 의미합니다.
- 본인은 HCBS, HH 치료 관리, CMA 또는 Children and Youth Evaluation Services(아동 및 청소년 평가 서비스, C-YES)에 대한 치료 조정을 제공해 주는 기관을 선택할 권리가 있습니다.
- 나는 본인이 거주하는 지역에서 이용할 수 있는 서비스와 서비스 제공자를 선택할 권리가 있습니다.

아동 면제에 처음 가입하는 경우는 다음 중 하나를 선택하십시오.

- 본인은 HH 치료 관리 프로그램에 가입하기로 결정하고, 이 프로그램으로 이용 가능한 HH 및/또는 CMA를 선택할 수 있었습니다.  
또는
- 본인은 HH 치료 관리 프로그램에 가입하고 싶지 않습니다. 본인은 C-YES를 통해 HCBS 1915(c) 아동 면제 서비스와 지원을 받기로 선택했습니다. (DOH-5059 HH 거부 양식을 작성하십시오).  
또는
- 자격 요건이 충족되지만 본인은 HCBS 1915(c) 아동 면제에 가입하지 않기로 선택했습니다.

아동 면제의 연례 재결정을 위해 다음을 선택해주십시오.

- 본인은 더 이상 HCBS 1915(c) 아동 면제 프로그램 서비스 자격을 유지하고 싶지 않습니다. 본인은 나중에 자격 결정을 요청할 수 있다는 안내를 받았습니다.  
또는
- 본인은 HCBS 1915(c) 아동 면제 프로그램 서비스와 현재 이용 중인 치료 조정 기관에 대한 자격을 유지하고 싶습니다.  
그리고
- 본인은 연례 HCBS 자격 재결정 평가 결과를 받았음을 확인합니다.

본인은 이 ‘선택의 자유’(Freedom of Choice) 양식에 서명함으로써 중대 사고를 신고하고 불만/이의를 제기하는 방법을 포함해 담당 케어 매니저로부터 각 항목에 대한 설명을 들었으며, 아동 면제 가입자의 권리와 책임 안내문을 받았음을 확인합니다.

신청인(18세 이상 또는 18 미만의 부모, 임신한 여성, 및/또는 기혼자로서 본인 의사로 동의가 가능한 개인)

인쇄체 정자 서명 날짜

부모/법적 보호자/법적 대리인(본인 의사로 동의할 수 없는 18세 미만의 개인의 경우)

인쇄체 정자 서명 날짜

HH 케어 매니저 / 증인

인쇄체 정자 서명 날짜