

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ КООРДИНАТОРА ОБСЛУЖИВАНИЯ

Отвечающим критериям лицам необходимо рассказать о предлагаемых вариантах обслуживания и предоставить на выбор получение услуг в учреждении или дома и по месту жительства. При личной встрече координатор обслуживания предоставит информацию и обсудит форму Freedom of Choice. Заявитель или его (ее) родители / опекуны / законные представители должны подписать форму Freedom of Choice и обозначить свое решение участвовать или не участвовать в программе HCBS 1915 (c) Children's Waiver. Эта форма должна быть заверена и датирована, храниться в деле участника / родителя / опекуна / законного представителя, а копия предоставляется участнику / родителю / опекуну / законному представителю по запросу.

Информация о ребенке/подростке

Имя и фамилия ребенка/подростка

Дата рождения

Я получил(-а) и понял(-а) следующее:

- информацию об альтернативах в рамках программы Children's Waiver и выбор между госпитализацией в учреждение или Организацией по предоставлению услуг на дому или по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS) в соответствии с программой 1915(c) Children's Waiver (42 CFR §441.302(d));
- информацию о вариантах обслуживания, в том числе о том, что представляет собой программа, и как получить доступ к обслуживанию и службам поддержки для связи с ресурсами и поставщиками на местах;
- перечень центров программы Health Home (HH), Агентств по управлению медицинским обслуживанием (Care Management Agency, CMA) и поставщиков услуг в моем регионе, в том числе поставщиков Home and Community Based Services (HCBS).

Я понимаю следующее:

- я подаю запрос на участие в программе HCBS 1915 (c) Children's Waiver при условии соответствия критериям и наличии места;
- участие будет основано на выбранной мной программе HCBS для того, чтобы оставаться в своем сообществе и в своем доме;
- мне предоставили право выбирать учреждение, которое будет координировать уход по программе HCBS, управлять медицинским обслуживанием по программе HH, координировать CMA или услуги Службы оценки здоровья детей и подростков (Children and Youth Evaluation Services, C-YES);
- мне предоставили право выбирать услуги и поставщиков услуг в моем районе.

Лица, подписавшиеся на программу Children's Waiver, должны выбрать один из указанных далее вариантов.

- Я хочу участвовать в программе управления медицинским обслуживанием HH, и мне дали возможность выбирать из доступных центров HH и (или) CMA.

ИЛИ

- Я **НЕ** хочу участвовать в программе управления медицинским обслуживанием HH. Я хочу получать обслуживание и помощь в рамках программы HCBS 1915(c) Children's Waiver с использованием услуг посредством C-YES. (Заполните отказ от участия в HH DOH-5059.)

ИЛИ

- Критерии отбора соблюдены; тем не менее, я отказываюсь от участия в программе HCBS 1915(c) Children's Waiver.

Для ежегодного переосвидетельствования участия в программе Children's Waiver выберите указанное далее.

- Я **БОЛЬШЕ НЕ** желаю проходить / продолжать оценку соблюдения критериев получения услуг в рамках программы HCBS 1915(c) Children's Waiver. Я понимаю, что могу попросить оценку моего соответствия критериям позже.

ИЛИ

- Я хочу продолжать участие в оценке соблюдения критериев отбора в программе обслуживания HCBS 1915(c) Children's Waiver и сотрудничество с текущим учреждением по координации ухода.

И

- Я подтверждаю, что получил(-а) результаты ежегодного пересмотра соблюдения критериев участия в программе HCBS.

Подписывая настоящую форму Freedom of Choice, я подтверждаю, что мой координатор обслуживания объяснил мне все пункты, в том числе, как сообщить о критическом происшествии и (или) подать претензию/жалобу, и мне также выдали листовку Children's Waiver Participant's Rights and Responsibilities Flyer (Права и обязанности участников программы Children's Waiver).

Заявитель (для лиц от 18 лет и старше или лиц младше 18 лет, которые являются родителями, ждут ребенка, состоят в браке и правомочны давать согласие)

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись

Дата

Родитель / законный опекун / законный представитель (для лиц младше 18 лет, которые не правомочны давать согласие)

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись

Дата

Координатор обслуживания программы Home Health (HH) / заверитель

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись

Дата