

## 成人BH HCBS护理计划

个人姓名：  
Medicaid CIN：  
BH HCBS资格：

出生日期：  
健康与康复计划：  
HARP成员ID：  
主要健康之家：

护理计划制定日期：

### 第1部分：联系信息与住院环境

提供该个人的住院环境及联系信息。如果该个人并未生活在其选择的社区环境中，护理协调员须支持该个人确认相关计划，转移至其选择的环境中，并将此情况记录在护理计划中。

个人住院地址：

个人电话号码：

上述住院地址是否为社区环境？

是 否

该个人是否希望居住在此环境/此地址？

是 否

### 第2部分：个人叙述与目标

#### A. 个人叙述

个人叙述应包括纽约州资格评估简述，其中涵盖个人诊断。描述该个人的特征、技能、优势、偏好以及行为健康障碍和需求。也包括该个人的生活安排、文化传统和社会关系。清晰地记录个人的重要生活角色。

#### B. 个人生活角色目标说明

个人生活角色目标是一个与个人希望如何生活、工作、学习或社交有关的个人化目标。一个人可能有不止一个生活角色目标。采用该个人的语言书写目标说明。“预期结果”应说明在个人化服务环境中，由于个人为实现目标所做的努力，以及由有偿和无偿支持者所提供的支持，将会产生什么样的结果。每一项居家和社区服务应至少设置一个预期结果。与该个人共同确定目标达成的预定日期。

生活角色领域：                      生活                      工作                      学习                      社交

目标：\*

预期结果：

预定日期：

### 第3部分：个人化服务环境

#### A. 自然自持和社区资源

列出个人用于支持其生活角色目标而将获得的无偿自然支持和社区资源。其中可包括家庭、朋友、邻居、互助/自助小组、社区中心、信仰社区等。

所提供的支持*	服务提供者姓名（名称）	联系信息 （地址、电话和/或电子邮箱）

#### B. 身体和行为健康服务提供者

本部分应包括所有支持个人追求和实现其生活角色目标的身体和行为健康（心理健康和药物滥用）服务提供者，但成人BH HCBS除外。其中至少应包括初级保健、精神病学服务提供者和第16条、第28条或第31条中规定的任何临床服务提供者。记录频率和持续时间将为与其他服务提供者整合护理和治疗提供支持。

服务类型*	服务提供者姓名（名称）	频率（如果知道）	持续时间（如果知道）

\*标有星号(\*)的项目至少需要根据健康与康复计划(HARP)确定BH HCBS的服务水平

## 成人BH HCBS护理计划

### C. 其他服务、资源和支持

本部分应包括除上述个人服务以外的任何其他非HCBS服务、资源和支持。仅列出支持追求和实现个人生活角色目标的服务和服务提供者。例如社会安全残障保险(SSDI)、收容中心、社会心理俱乐部或俱乐部会所、持续性和综合就业支持(OISE)等。它还可能包括由其他纽约州机构支付的服务和支持,包括卫生部、老龄部、ACCES-VR、劳工部等。

服务类型*	服务提供者姓名(名称)

### D. 护理协调或SDE服务提供者

本部分应记录有关护理管理机构或州指定实体的信息,并应包括为实现个人的生活角色目标而提供的所有护理协调干预措施。对于每一项适用的目标,应列出至少一项干预措施。

服务类型:	
CMA/SDE服务提供者:	
护理协调员或评估人员:	
联系信息:	

护理协调员目标	护理协调干预措施(范围)
身体健康目标:	身体健康干预:
心理健康目标:	心理健康干预:
药物滥用目标:	药物滥用干预:
HIV/AIDS目标:	HIV/AIDS干预:
其他护理管理目标:	其他护理管理目标:

### E. 成人行为健康居家和社区服务(Adult Behavioral Health Home and Community Based Services, BH HCBS)

本部分应包括所有的成人行为健康居家和社区服务提供者。频率、持续时间和生效日期可在收到来自服务提供者和管理式医疗组织提供的其他信息后添加。每一项HCBS应设置至少一个相应的预期结果(本计划第2(B)部分中所述)。

服务类型*	服务提供者姓名(名称)	频率	持续时间	生效日期
预期结果:				
服务类型*	服务提供者姓名(名称)	频率	持续时间	生效日期
预期结果:				
服务类型*	服务提供者姓名(名称)	频率	持续时间	生效日期
预期结果:				

服务类型*	服务提供者姓名（名称）	频率	持续时间	生效日期
预期结果:				
服务类型*	服务提供者姓名（名称）	频率	持续时间	生效日期
预期结果:				

**第4部分：保障措施及调整**

对于居住在由服务提供者所有或控制的环境中的个人：个人的选择是否因涉及确定风险而以任何方式受到限定或限制？

是          否          不适用：对于未居住在由服务提供者所有或控制的环境中的个人

如果是，须附上“基于风险评估实施的调整”表。

**成人BH HCBS护理计划**

**第5部分：护理计划的签名、附件和分发**

护理协调员/SDE评估人员和管理式医疗组织负责监督护理计划。可通过联系护理协调员/SDE评估人员发起修订。护理计划必须至少每年进行一次审核，并在个人每次经历重大生活事件时进行审核。

**A. 签名**

护理计划（和/或随附ISP）须由接受服务的个人、其法定监护人（如适用）、护理协调员和所有成人行为健康HCBS提供者签署。

姓名	职位/角色	签名	日期
	接受服务的个人		[月/日/年]
	法定监护人（如适用）		[月/日/年]
	护理协调员		[月/日/年]
			[月/日/年]

**B. 护理计划的附件**

请在下方说明本护理计划随附了哪些附加表格。

- 危机预防计划（必需）
- 备用计划（必需）
- BH HCBS个人化服务计划
- 基于风险评估实施的调整（第4部分的答案为“是”，则必需）
- 其他（请说明）：

**C. 护理计划的分发**

护理计划必须至少每年一次及在发生重大生活事件后作出重大修订时分发给个人、其法定监护人（如适用）和所有成人BH HCBS提供者。

姓名和机构（如适用）	是否同意文件？（是/否）	发送日期	CM签名或姓名首字母签名

护理计划附件：危机预防计划

个人姓名：

Medicaid CIN：

BH HCBS资格：

出生日期：

健康与康复计划：

HARP成员ID：

主要健康之家：

*护理协调员须知：本表格应配合护理计划的审核，至少每年进行一次审核和更新。且还应在发生任何重大生活事件后进行审核和修订。如果该个人已制定危机预防计划或复发预防计划(WRAP)，您可以随附计划副本，而无需填写本表格。您还须和该个人一起以相同的时间间隔审查此计划。*

危机预防计划的目的是帮助您找出预防行为健康危机的方法。预防危机有助于您向着个人生活目标迈进。重要的是，该计划基于您的个人偏好和需求，并考虑到文化、宗教或种族因素。该计划由您与护理协调员共同制定，并可以根据您的偏好与他人分享。您可以考虑指定生命中的某个人作为医疗保健代理人或制定其他形式的预先指示。

**1. 您应该注意哪些触发因素或问题？**

*这些诱发因素和症状最让您不安，会阻碍您管理日常活动和实现个人目标。例如，具体的症状、与家人或朋友发生冲突、经济压力、住房不稳定、用药变化等等。*

**2. 您的行为健康症状加重的早期警示性迹象是什么？**

*这些是当您的行为健康问题加重时，您注意到的早期变化。例如：渴求行为、睡眠障碍、与人相处时感到不自在或紧张、难以集中注意力、他人对您的心理健康表示担忧，以及悲伤或焦虑感。*

**3. 您可以采取哪些措施应对压力或诱发因素？**

*思考一下过去曾对您和/或其他人有用的方法。哪些应对或问题解决技巧对您最有效？例如：阅读、看电视、写日记、参加自助小组、深呼吸和肌肉放松、出门、给朋友打电话等等。*

**4. 一旦出现早期警示性迹象，您可以打电话给谁？**

*确定在危机前和危机中可以为帮助您的人。请在下方列出其姓名和联系方式。其中可包括自然支持（朋友和家人）和有偿支持（护理协调员、治疗师等）。*

护理计划附件：备用计划

个人姓名：

Medicaid CIN：

BH HCBS资格：

出生日期：

健康与康复计划：

HARP成员ID：

主要健康之家：

护理协调员须知：本表格应配合护理计划的审核，至少每年进行一次审核和更新。且还应在发生任何重大生活事件后进行审核和修订。

此备用计划的目的是在紧急情况下或当正常计划下的支持/服务不可用时为您提供帮助。

如果发生紧急情况，请立即拨打911。

请务必与您的服务提供者（包括HCBS提供者）讨论他们是否可以提供服务以及他们的时间安排。制定备用计划即表示当您的服务提供者无法到场时，您能了解如何做以及联系谁。

服务提供者	我可以打电话给谁？ (例如，呼叫机构或主管、朋友或家人、 保荐人、护理协调员)	电话号码

护理计划附件：BH HCBS个人化服务计划

个人姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_  
 Medicaid CIN： \_\_\_\_\_ 健康与康复计划： \_\_\_\_\_  
 BH HCBS资格： \_\_\_\_\_ HARP成员ID： \_\_\_\_\_  
 主要健康之家： \_\_\_\_\_

本文档应由各成人行为健康居家和社区服务提供者填写。将其随附至护理计划中能够为服务整合与协调提供支持，且对于符合CMS要求来说十分重要。

ISP制定日期： \_\_\_\_\_

服务具体信息

成人BH HCBS：  
 服务提供者：  
 服务提供者机构联系人：  
 备用联系人：  
 服务提供者地址：  
 频率和持续时间：

个人化生活角色目标和预期结果

以下信息应来自于护理计划文档。个人生活角色目标是一个与个人希望如何生活、工作、学习或社交有关的个人化目标。一个人可能有不止一个生活角色目标。采用该个人的语言书写目标说明。“预期结果”应说明在个人化服务环境中，由于个人为实现目标所做的努力，以及由有偿和无偿支持者所提供的支持，将会产生什么样的结果。每一项居家和社区服务应至少设置一个预期结果。

生活角色领域：                      生活                      工作                      学习                      社交

目标： \* \_\_\_\_\_

优势、才能、资源和能力

利用来自护理计划的信息、具体服务的接收评估和来自个人和家庭成员的反馈，描述个人的优势、才能、资源和能力，因为它们与实现目标有关。

\_\_\_\_\_

行为健康障碍和支持水平

利用来自护理计划的信息、具体服务的接收评估和来自个人和家庭成员的反馈，描述与实现个人化目标相关的行为健康障碍和需求。描述为达到预期结果所需要的支持水平（例如，员工示范、角色扮演、监督、指导等）。

\_\_\_\_\_

HCBS目标与范围

记录HCBS可衡量目标将为个人向着其目标及预期结果迈进提供支持。描述为实现目标提供支持的服务范围（干预措施和员工活动）。

HCBS目标	HCBS范围 (服务组合/干预措施/模式)

签名

接受服务的个人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

成人BH HCBS服务提供者签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
 签名、证书（如适用）、职位

护理计划附件：基于风险评估实施的调整

个人姓名：

出生日期：

Medicaid CIN：

健康与康复计划：

BH HCBS资格：

HARP成员ID：

主要健康之家：

如果或当个人的选择因已评估的风险而以任何方式受到限定或限制时，本文档应由护理协调员填写。

对于某些人来说，居家和社区环境可能会增加其自身或他人受到伤害的风险。此工具将帮助护理协调员为具备复杂需求的人在最少限制的环境中生活提供支持。个人选择受到限定或限制的例子可包括但不限于：食物可获得性、住院探视时间、自由出入等限制。

1. 详细说明基于风险实施的调整。

[Empty text box for item 1]

2. 记录具体和个人化的已评估需求。

[Empty text box for item 2]

3. 记录过去曾采取但未成功满足需求的积极支持和干预措施。

[Empty text box for item 3]

4. 记录过去曾采取但未成功的比较不具有侵入性的方法。

[Empty text box for item 4]

5. 描述与具体需求或风险相关的病情。

[Empty text box for item 5]

6. 描述用于监测调整有效性的数据收集方法。

[Empty text box for item 6]

7. 记录定期审核以确定调整是否仍有必要或可以终止的既定时间期限。

[Empty text box for item 7]

8. 干预和支持是否会对个人造成伤害？（护理协调员必须确保干预和支持不会对个人造成伤害。）

是 否

本人在下方签名即代表确认：该个人已获得机会对于上述限定和限制作出知情选择，且该个人同意应对其已评估风险和所需调整的支持。

接受服务的个人签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

监护人/合法代表（如适用）签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

护理协调员签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_