

**说明：**如果接受评估的个人已满 18 周岁，那么必须由此等个人填写本表，或者如果子女未满 18 周岁并且不符合下列情形\*，那么必须由子女的父母、监护人或合法授权代表或者由照顾此等子女的自愿家庭寄养机构填写本表。将合法授权代表定义为“州法、部落法、军事法或其他适用法、法院命令或同意书授权代表个人披露医疗信息的个人或机构”。自愿家庭寄养机构是指“依据与纽约市儿童服务管理署 (NYC Administration for Children’s Services) 签署的合同提供家庭寄养的机构”。

\*【请注意，成为父母、已怀孕和/或已婚以及有能力同意的子女也应使用和填写本表。】

接受评估的个人姓名

健康家园名称——成年人或子女（圈选一个）

个人出生日期

**功能评估(Functional Assessment, FA):**

- 确定已满 21 周岁的个人是否具备享受“行为健康、家庭和社区服务 (BH HCBS)”的资格
- 确定未满 21 周岁的个人是否具备享受“健康和行为健康、家庭和社区服务 (HBH HCBS)”的资格
- 确定 HBH HCBS 和“子女健康家园”的能力和需要
- 确定“子女健康家园”的评估结果

FA 用于搜集护理计划的信息，必须为具备家庭和社区服务 (HCBS) 资格和/或加入“健康家园”(Health Home) 的任何人制定护理计划。将通过统一的评估系统——NY (Uniform Assessment System-NY, UAS-NY) 完成 FA，该系统是一个适用于全州的安全数据库，用于采集和存储接受服务的每个人的身份信息以及已完成的评估项目。严格的安全控制可以保护信息，并且仅允许根据需要被授权告知服务交付的个人进行访问。如果过去已经接受一项 FA，那么将对该 FA 进行审核，以确保提供最佳服务。作为您的 Medicaid 服务付款人代表，纽约州还会访问您的健康信息。

对于需要服务的已满 21 周岁的个人，FA 将确定享受 BH HCBS 的资格，并用于搜集制定护理计划所需的信息。

对于需要服务的未满 21 周岁的个人，需要进行 FA 来证明个人的功能限制，以确定是否具备享受 HBH HCBS 的资格。FA 还用于为加入“子女健康家园”的个人确定“子女健康家园”评估结果，并用于搜集制定护理计划所需的信息。

为了向您或您的子女提供最佳服务，我们需要执行功能评估。对于已满 21 周岁的个人，FA 每年执行一次；对于未满 21 周岁的个人，FA 每 6 个月执行一次；或者发生重大人身事件时，FA 的执行周期会缩短。

**请在下面签字，以表示您是否同意对您或您的子女执行 FA。**

- 本人了解功能评估的目的，并同意由

提供方姓名

为我或我的子女（圈选一个）执行 FA。本人还了解，本人的同意是自愿的，可随时取消。

- 本人不同意为我或我的子女（圈选一个）执行 FA。本人了解，若不同意执行 FA，本人可能无法享受“家庭和社区服务”。

个人/父母/监护人/合法授权代表/自愿家庭寄养机构的正楷姓名

个人/父母/监护人/合法授权代表/自愿家庭寄养机构的签名

日期

我们非常感谢您参与此过程。若您对此过程有任何疑问，请致电

电话号码

- 通过勾选此方框，本人撤销对执行功能评估的同意

个人/父母/监护人/合法授权代表/自愿家庭寄养机构的正楷姓名

个人出生日期

个人/父母/监护人/合法授权代表/自愿家庭寄养机构的签名

日期