

INSTRUKCJE DLA KIEROWNIKA OPIEKI

Osoby uprawnione muszą zostać poinformowane o możliwościach wyboru opieki i mieć możliwość wyboru między usługami instytucjonalnymi a usługami świadczonymi w domu i w społeczności lokalnej. W trakcie bezpośredniego spotkania kierownik opieki przekaze informacje i omówi kwestię wolnego wyboru. Dana osoba lub jej rodzice / opiekunowie / prawnie upoważniony przedstawiciel muszą podpisać formularz Freedom of Choice (Wolnego wyboru) i wskazać swoją decyzję dotyczącą uczestnictwa w programie HCBS 1915(c) Children's Waiver (Pomoc dzieciom). Formularz ten musi zostać podpisany i opatrzony datą w obecności świadka; musi zostać złożony do akt członka / rodzica / opiekuna / prawnie upoważnionego przedstawiciela, a na żądanie członka / rodzica / opiekuna / prawnie upoważnionego przedstawiciela należy dostarczyć kopię.

Dane dziecka / osoby młodej

Imię i nazwisko dziecka / osoby młodej

Data urodzenia

Otrzymałem(-am) i rozumiem, co następuje:

- Informacje o możliwościach w ramach programu Children's Waiver oraz wybór pomiędzy przyjęciem do placówki oraz Home and Community Based Services (HCBS – Usługami świadczonymi w domu i w społeczności lokalnej) zgodnie z 1915(c) Children's Waiver (42 CFR §441.302(d)).
- Informacje na temat opcji dostępnych usług, w tym informacje na temat tego, czym jest program i jak uzyskać dostęp do usług oraz wsparcia, aby korzystać z zasobów i usługodawców danej społeczności.
- Wykaz Health Home (HH – ośrodków opieki domowej), Care Management Agency (CMA – agencji zarządzania opieką) i świadczeniodawców w mojej okolicy, w tym świadczeniodawców Home and Community Based Services (HCBS).

Rozumiem, co następuje:

- Wnioskuje o udział w HCBS 1915 (c) Children's Waiver w przypadku spełnienia uprawnień i dostępności miejsca w programie.
- Uczestnictwo będzie oparte na moim wyborze usług HCBS w celu pozostania w społeczności i w domu.
- Otrzymałem(-am) prawo wyboru agencji, która będzie koordynować opiekę w ramach HCBS, zarządzania opieką HH, CMA lub Children and Youth Evaluation Services (C-YES – Usługi oceny dzieci i młodzieży).
- Przyznano mi prawo wyboru usługi (usług) i świadczeniodawcy(-ów) dostępnych w mojej okolicy.

W przypadku osób rejestrujących się do Children's Waiver po raz pierwszy należy wybrać jedną z poniższych opcji:

Zdecydowałem(-am) się zapisać do programu zarządzania opieką HH i otrzymałem(-am) możliwość wyboru dostępnych placówek HH i/lub agencji CMA, z którymi będę współpracować.

LUB

NIE chcę się zapisać do programu zarządzania opieką HH. Zdecydowałem(-am) się na korzystanie z usług i wsparcia HCBS 1915 (c) Children's Waiver za pośrednictwem C-YES. (Proszę wypełnić formularz rezygnacji DOH-5059 HH).

LUB

Wymagania dotyczące uprawnień zostały spełnione; jednak postanowiłem(-am) nie uczestniczyć w programie HCBS 1915(c) Children's Waiver.

Na potrzeby corocznej ponownej oceny kwalifikowalności do programu Children's Waiver proszę dokonać wyboru poniżej:

NIE CHCĘ JUŻ ubiegać się o uprawnienia / przedłużyć moich uprawnień do programu HCBS 1915(c) Children's Waiver. Rozumiem, że mogę wystąpić o decyzję w sprawie uprawnień w późniejszym terminie.

LUB

Chcę przedłużyć uprawnienia do korzystania z HCBS 1915(c) Children's Waiver oraz obecnej agencji koordynującej opiekę.

ORAZ

Potwierdzam, że otrzymałem(-am) wyniki corocznej oceny w ramach ponownego ustalenia uprawnień HCBS.

Podpisując niniejszy formularz Freedom of Choice, potwierdzam, że mój kierownik opieki objaśnił mi każdy punkt, w tym sposób zgłaszania zdarzeń krytycznych i/lub zażaleń/skarg, a także, że otrzymałem(-am) ulotkę o prawach i obowiązkach uczestnika programu Children's Waiver.

Wnioskodawca (dla osób powyżej 18 roku życia lub poniżej 18 roku życia, które są rodzicami, są w ciąży i/lub pozostają w związku małżeńskim i są zdolne do wyrażenia zgody we własnym imieniu)

Drukowanymi literami

Podpis

Data

Rodzic / opiekun prawny / prawnie upoważniony przedstawiciel (dla osób poniżej 18 roku życia, które nie są zdolne do wyrażenia zgody we własnym imieniu)

Drukowanymi literami

Podpis

Data

Kierownik domowej opieki zdrowotnej / świadek

Drukowanymi literami

Podpis

Data