

Все лица, участвующие в альтернативной программе Medicaid по предоставлению обслуживания на дому или по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS), имеют определенные права и обязанности в отношении предоставления услуг в рамках альтернативной программы.

## Права участника альтернативной программы

Как участник альтернативной программы вы имеете перечисленные далее права.

1. Право на ознакомление со своими правами до получения услуг в рамках альтернативной программы.
2. Право на получение услуг независимо от расы, религии, цвета кожи, вероисповедания, пола, национальности, сексуальной ориентации, семейного положения или инвалидности.
3. Право на внимательное, достойное и уважительное отношение, включая, помимо прочего, соответствующее отношение к личности, месту жительства и имуществу.
4. Право на получение услуг, обеспечивающих поддержку здоровья и благополучия.
5. Право идти на разумные риски и иметь возможность извлечь уроки из опыта.
6. Право на получение объяснений относительно всех услуг, предоставляемых в рамках альтернативной программы, и других медицинских и общественных ресурсов, которые могут быть полезны вам.
7. Право на участие или привлечение физического лица для участия от вашего имени в разработке, рассмотрении и утверждении любых планов обслуживания, включая любые изменения в них.
8. Право выбирать учреждение по координации услуг.  
**Примечание.** Участникам альтернативной программы предоставляется право выбирать учреждения по предоставлению услуг, а не конкретных сотрудников такого учреждения.
9. Право на помощь координатора услуг в выборе поставщиков услуг из других учреждений. Вы не можете запросить большинство услуг от учреждения, в котором работает ваш координатор услуг.  
**Примечание.** Участникам альтернативной программы предоставляется право выбирать учреждения по предоставлению услуг, а не конкретных сотрудников такого учреждения.
10. Право в любое время запросить изменение в предоставлении услуг (добавление, расширение, уменьшение или прекращение).
11. Право на полную информированность о процессе подачи запроса на проведение собеседования в региональном центре развития ресурсов (Regional Resource Development Center, RRDC) и/или объективного разбирательства после получения уведомления о решении или в любое время, пока вы являетесь участником альтернативных программ NHTD или TBI.
12. Право на ознакомление с именами, фамилиями и обязанностями всех лиц, предоставляющих вам услуги в рамках вашего плана обслуживания.
13. Право на свободное распоряжение своими действиями и распорядком, а также право на помощь в этом.
14. Право на получение услуг утвержденных и квалифицированных специалистов.
15. Право на получение от координатора услуг в письменной форме списка имен и фамилий, номеров телефонов, часов работы и информации о руководителях всех поставщиков услуг и регионального специалиста по развитию ресурсов (Regional Resource Development Specialist, RRDS), а также телефонов для подачи жалоб в рамках альтернативной программы.
16. Право на отказ от обслуживания, лечения и услуг после того, как вы будете полностью проинформированы о потенциальных рисках и последствиях своих действий и будете осознавать их.
17. Право на соблюдение конфиденциальности, в том числе конфиденциальности личных данных, а также право на отказ в разглашении информации какому-либо не уполномоченному на это лицу, за исключением случаев вашего перевода в медицинское учреждение, в соответствии с требованиями законодательства или нормами программы Medicaid.
18. Право подавать жалобы по поводу любых проблем, связанных с предоставляемыми услугами.
19. Право на поддержку и помощь координатора услуг в решении ваших проблем и жалоб в отношении услуг и поставщиков услуг.

## Права участника альтернативной программы (продолжение)

20. Право на получение дополнительной поддержки и помощи от RRDS и сотрудников альтернативных программ Департамента здравоохранения по желанию или в случае, если ваш координатор услуг не сможет решить проблемы и жалобы в отношении услуг и поставщиков услуг.
21. Право на рассмотрение и информирование о результатах рассмотрения ваших жалоб.
22. Право на то, чтобы ваши поставщики услуг защищали указанные в данном документе права и содействовали их осуществлению, не опасаясь ответных мер.
23. Право на ознакомление законным опекуном, назначенным судом, адвокатом или любым другим лицом, которое будет действовать от вашего имени, со всеми правами и обязанностями, изложенными в данном документе.
24. Право на участие в опросах, касающихся вашего опыта участия в альтернативной программе. Это включает в себя право отказаться от участия в опросах, не подвергая опасности дальнейшее участие в альтернативной программе.
25. Право на реализацию все перечисленных здесь прав, не опасаясь ответных мер.

## Обязанности участника альтернативной программы

Как участник альтернативной программы вы имеете перечисленные далее обязанности.

1. Совместно со своим координатором услуг разрабатывать/пересматривать свой план обслуживания, чтобы обеспечить его своевременное повторное утверждение.
2. Напрямую и активно получать услуги, предоставляемые в рамках альтернативной программы, как указано в вашем плане обслуживания, и принимать участие в координации услуг не реже одного раза в месяц.
3. Следовать плану обслуживания и уведомлять координатора услуг в случае возникновения проблем.
4. При желании внести изменения в услуги или цели, обращаясь к координатору услуг и другим поставщиками услуг в рамках альтернативной программы.
5. Предоставлять, в меру своей осведомленности, наиболее полную и точную информацию об истории болезни, включая любые рецептурные и безрецептурные препараты, которые вы принимаете, и осознавать риски, связанные с вашими решениями относительно лечения.
6. Сообщать координатору услуг обо всех процедурах и вмешательствах, которые вы будете проходить.
7. Вести хозяйство таким образом, чтобы обеспечивать безопасное проживание в домашних условиях.
8. Иметь постоянное место жительства и поддерживать его в надлежащем виде.
9. Задавать вопросы, если вы не понимаете суть оказываемых услуг.
10. Не участвовать ни в какой преступной деятельности. Вы должны понимать, что в противном случае, поставщик услуг может покинуть вас, из-за вас могут вызвать полицию, а ваше участие в альтернативной программе может быть поставлено под угрозу.
11. Сообщать координатору услуг обо всех изменениях в вашем состоянии здоровья, обстоятельствах, неофициальных и официальных видах поддержки.
12. Предоставлять координатору услуг точную информацию, касающуюся вашего покрытия в рамках Medicaid, включая любые уведомления от местного отделения социальных служб относительно вашего участия в программах Medicaid, Medicare или других программах медицинского страхования.
13. Сотрудничать с координатором услуг в целях поддержания участия в программе Medicaid.
14. Как можно скорее уведомлять любых поставщиков услуг в случае необходимости переноса или изменения приема.
15. Уведомлять соответствующих лиц в случае возникновения каких-либо проблем или неудовлетворенности предоставленными услугами.
16. Относиться к RRDS и поставщикам услуг с внимательностью, достоинством и уважением. Проявляйте уважение и внимательность к персоналу и их собственности. Не создавайте недружелюбную для RRDS или ваших поставщиков услуг атмосферу.

**Меня ознакомили с правами и обязанностями участника альтернативной программы, либо они были зачитаны мне, и я понимаю их суть и цель в том виде, в каком они написаны. Я понимаю, что несоблюдение изложенных выше обязанностей и/или условий подписанного мной текущего плана обслуживания может привести к прекращению предоставления услуг и исключению из альтернативной программы.**

\_\_\_\_\_  
Заявитель/участник

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Законный опекун/комитет (если применимо)

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Уполномоченный представитель (если применимо)

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия координатора услуг

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

**Копии: Все текущие поставщики услуг в рамках альтернативных программ**