

ПРОГРАММ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) МЕДИЦИНСКАЯ ФОРМА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

A. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ/УЧАСТНИКЕ (Должна быть заполнена округом)

Имя Заявителя/Участника: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____
Округ проживания: _____ № дела IHSS: _____

Имя работника IHSS : _____

№ телефона работника IHSS: _____ № факса работника IHSS: _____

B. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (Должно быть заполнено заявителем/участником)

Я, _____, разрешаю передачу медицинской информации, (ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) связанной с моим физическим и/или психическим состоянием, в программу Получения услуг по уходу на дому, так как эта информация необходима мне для получения услуг по ведению домашнего хозяйства и личному уходу.

Подпись: _____ Дата: ____ / ____ / ____
(ЗАЯВИТЕЛЬ/УЧАСТНИК ИЛИ ОПЕКУН/ПОПЕЧИТЕЛЬ)

Свидетель (если человек вместо подписи поставил "X"): _____ Дата: ____ / ____ / ____

КОМУ: ЛИЦЕНЗИРОВАННОМУ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ * –

Названное выше лицо подало заявление или является в настоящее время получателем услуг по программе Получения услуг по уходу на дому (IHSS). Согласно законодательству штата для получения услуг по программе IHSS уполномоченный или лицензированный медицинский работник должен предоставить справку, свидетельствующую о том, что указанное выше лицо не в состоянии выполнять самостоятельно некоторые ежедневные бытовые процедуры и, как результат, без услуг по программе IHSS лицо может оказаться в ситуации, при которой оно рискует быть переведенным в учреждение по уходу. Эта форма освидетельствования должна быть заполнена и передана работнику IHSS указанному выше. Работник IHSS будет использовать эту информацию для освидетельствования настоящего состояния лица и его/ее потребность в учреждении по уходу если услуги по программе IHSS не были предоставлены. Работник IHSS несет ответственность за назначение услуг и количества часов на их выполнение. Информация, предоставленная в этой форме, будет рассматриваться как один из факторов, необходимых для определения услуг, а также все соответствующие документы будут рассматриваться в заключении IHSS.

IHSS - это программа, помогающая людям пожилого возраста, слепым или имеющим инвалидность, которые находятся в опасной ситуации и могут быть переведены в учреждение по уходу, чтобы они могли оставаться в собственном доме без риска, получая услуги по дому/связанные с домом и услуги по личному уходу. В программу IHSS включены следующие услуги: уборка квартиры, приготовление еды, мытье посуды, стирка, покупка продуктов или других предметов первой необходимости, помощь с приспособлениями для дыхания, приспособлениями для опорожнения кишечника и мочевого пузыря, кормление, купание, помощь при одевании, личная гигиена, помощь при передвижении, натирании кожи, уход/помощь при использовании протезов, сопровождение на прием к врачу/альтернативные места, обеспечение безопасности во дворе, генеральная уборка, присмотр (наблюдая за поведением без вмешательства, помощь при замешательствах, психических расстройствах или заболеваниях и вмешательство в соответствующих случаях для защиты получателя услуг от травм, опасности или несчастного случая), и медицинские услуги (виды деятельности, требующие решения на основе подготовки лицензированным медицинским работником, например такие как прием лекарств, уколы и др., которые как правило выполняются лицами самостоятельно если он/она не имеет функциональных ограничений и которые, в связи с его/ее физическим или психическим состоянием, необходимы для поддержания его/ее здоровья). Программа IHSS обеспечивает практическую и/или через совет (напоминая или подсказывая) помощь для указанных выше услуг.

*Лицензированный медицинский работник означает лицо, получившее лицензию в Калифорнии через регулирующее агентство, действующее в рамках своей лицензии или сертификата в соответствии с требованиями, определенными в Кодексе по бизнесу и профессиям (Business and Professions Code). Они включают в себя, но не ограничиваются: доктора, ассистента доктора, врача регионального центра или зав. Отделением, проф.терапевта, физиотерапевта, психиатра, психолога, оптометриста, офтальмолога и медсестру.

ПРОГРАММ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) МЕДИЦИНСКАЯ ФОРМА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Имя Заявителя/Участника:

№ дела IHSS:

C. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ (Должна быть заполнена только профессиональным медицинским работником)

ПРИМЕЧАНИЕ: ПУНКТЫ #1 и 2 (И 3 и 4, ЕСЛИ ПРИМЕНИМЫ) ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ КАК УСЛОВИЕ ПРАВА НА ПРОГРАММУ IHSS.

1. Является ли этот человек <u>не в состоянии</u> самостоятельно выполнять одно или несколько действий в повседневной жизни (например, прием пищи, купание, одевание, пользование туалетом, прогулки и др.), или некоторые ежедневные бытовые процедуры (например, уборка квартиры, приготовление пищи, закупка	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
2. По вашему мнению, рекомендуется ли одна или более услуг из программы IHSS которые помогут избежать необходимости быть переведенным в учреждение по уходу (См. Описание услуг по программе IHSS на Стр. 1)?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<p><i>Если вы ответили "НЕТ" на вопрос #1 ИЛИ #2, пропустите вопросы #3 и #4 ниже, и заполните остаток формы, включая утверждение в ЧАСТИ D внизу этой формы.</i></p> <p><i>Если вы ответили "ДА" на оба вопроса #1 И #2, ответьте на вопросы #3 и #4 ниже, и заполните утверждение в ЧАСТИ D внизу этой формы.</i></p>	
3. Опишите любое физическое и/или психическое состояния или функциональное ограничение, в результате которого этому лицу нужна помощь программы IHSS:	
4. Продлится ли состояние(я) этого лица или функциональное ограничение(я) без улучшений по крайней мере на протяжении следующих 12 месяцев подряд?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Пожалуйста, заполните пункты # 5 - 8, в той мере, насколько это доступно вам, для того, чтобы работник программы IHSS смог определить, имеет ли данное лицо право на услуги по этой програм

5. Опишите характер услуг, которые вы оказываете этому лицу (например, медицинское лечение, сестринский уход, предполагаемая дата выписки и др.):

6. Как долго вы предоставляли услугу(и) этому лицу?

7. Укажите, как часто вы оказываете услуги этому лицу (например, раз в месяц, год и т.д.):

8. Укажите дату, когда вы последний раз оказывали услуги этому лицу: _____ / _____ / _____

ПРИМЕЧАНИЕ: РАБОТНИК ПРОГРАММЫ IHSS МОЖЕТ СВЯЗАТЬСЯ С ВАМИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ОТВЕТОВ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ВАМИ ВЫШЕ.

D. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДРАБОТНИКА

Подписав эту форму, я подтверждаю, что я имею лицензию штата Калифорния и/или являюсь профессиональным провайдером Medi-Cal и что информация, приведенная выше является правильной.

Имя: _____

Звание: _____

Адрес: _____

№ Телефона: _____

№ факса: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Номер профессиональной лицензии: _____

Орган, выдающий лицензии: _____

ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ЭТУ ФОРМУ СОЦРАБОТНИКУ ПРОГРАММЫ IHSS, УКАЗАННОМУ НА СТРАНИЦЕ 1.