DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

보호 플랜

PLAN OF CARE

☐ 초기 플랜 ☐ Basic ☐ 연중 플랜 ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ 커뮤니티 보호

제 1항 - 신원 정보

It is very important to verify that all information in this section is current and correct.

If any of the information has changed, be sure to enter the correct information into the CCDB immediately!

Make sure to identify a contact in case of natural disaster or service-related emergency.

성명		생년월일
주소		
전화번호	CSO 번호	DDD 번호
배우자/직계가족/주요 관계자	관계	전화번호
☐ 부모/가족 ☐ 보호자 ☐ 변호인 ☐ 기타: (설명요)		
비상연락처(이름)	관계	전화번호
케이스 매니저		전화번호
회의 일정	**플랜 유효일자**	

Every effort must be made to include the people in the plan development process that the waiver participant would like.

회의 참석자:

이름	웨이버 참가 수혜자와의 관계	이름	웨이버 참가 수혜자와의 관계

Note everyone who attended the meeting and/or contributed to the plan. All adult participants **MUST** attend the meeting.

회의 불참자로서 플랜에 기여한 사람:

이름	웨이버 참가 수혜자와의 관계	이름	웨이버 참가 수혜자와의 관계

A Support Needs Assessment must be completed and ICF/MR eligibility confirmed prior to completing the

A complete waiver plan for participants with personal care services will be a combination of this POC and the CARE instrument. If any information in this plan is already documented on the CARE instrument, write, "CARE" on the line or across the section. If some information is found on the CARE instrument but you need to add more here write "CARE" plus . . ." and then write in the additional information.

이름 :	DDD 번호 :

Please provide a brief description of the waiver participant and their current situation. The idea is, (in a very brief way), to have a sense of this person, what their life looks like, what's going on in the life, highlights and major issues. etc.	수혜자의 상태에 대한 간략한 "설명"

제 2항 - 건강 정보

Remember!
Get the dates.

Every effort must be made to get the actual date, but if the person/family cannot provide the exact date you must at least indicate the month.

Because routine dental and medical visits are so important to staying in the best of health, be sure there is a discussion explaining the reasons/benefits.

Offer assistance to connect with a doctor or dentist if needed.

의료 정보

주치의

이름: _____

전화번호: _____

최종 건강검진 일자: _____

지속적 건강문제에 대한 현황:

새로 발생한 문제:

연 1회 건강진단을 받는 것이 중요하다는 사실을 말하였지만 해당 개인/가족/보호자가 이를 실시하지 않을 경우 여기에 이니셜하십시오. _____

치과 정보

치과의사

이름: _____

전화번호: _____

최종 치과검진 일자: _____

지속적 문제에 대한 현황:

치과서비스에 대해 이야기한 후 해당 개인/가족/보호자가 연 1회만 치과를 이용하기로 선택한 경우 여기에 이니셜하십시오. _____

연 1회 치과 방문의 받는 것이 중요하다는 사실을 말하였지만 해당 개인/가족/보호자가 이를 하지 않을 경우 여기에 이니셜하십시오. _____

Other health services can include any sort of medical providers or therapist.

기타 건강 서비스

(추가 의료진, 행동 관리자, OT, PT 등.)

이름: _____

서비스 유형: _____

지속적 문제의 상태:

이름: _____

서비스 유형: _____

지속적 문제의 상태:

이름 :	DDD 번호 :

This is very important information and an opportunity to make sure that proper medication management is happening for this person. You may attach available listing of medications, dosage, etc.

약물치료관리

현재 복용하고 있는 모든 약을 기입하고 약복용의 이유를 설명하십시오.

상기 약을 처방한 의사가 누구인지 그 의사가 약에 대해서 얼마나 자주 재검토하고 있는지 기입하십시오.

약을 복용하는 데 도움이 필요합니까? 설명하십시오.

복용 중인 약에 관해 염려 사항이 있습니까?

제 3항 - 현재 받고 있는 지원과 재원

3항의 정보는 수혜자가 받고 있는 지원과 재원을 보다 잘 이해할 수 있습니다. 이는 수혜자의 건강과 복지를 충족하는 데 필요한 플랜 업무 자료에 유용한 정보입니다.

Current Living Situation: Identify what type of residential setting such as parent home, own home, AFH, etc.

Own home = person pays rent and it's not the family home.

Note who else lives with the person and their relationship.

Note any residential supports provided.

현재의 생활 상태

이용하고 있는 기타 서비스 (DDD 자금으로 지원되지 않는) (직업재활부, 정신건강, 약물남용, 학교 서비스 등)

일일프로그램 제공자	일일프로그램의 종류
메디케어(MEDICARE)	기타 의료보험(구체적으로 기입)

이들 금액은 플랜을 위한 미팅 때 수혜자가 보고한 금액에 의거하여 산정됩니다.

월별로 받고 있는 혜택과 소득

☐ 기본식품 $ _____

☐ 8항 임대료 지원 $ _____

월별 합계 $ _____

☐ SSP $ _____

☐ 임금 $ _____

☐ 기타 소득 $ _____

SSA/SSDI/DAC $ _____

SSI $ _____

월별 합계 $ _____

이름 :	DDD 번호 :

제 4항 - 건강과 복지의 필요성에 대한 결정

	현행 플랜에 대한 검토
If this is an initial plan this section does not have to be completed.	어느 종류의 서비스와 지원이 해당 수혜자의 필요에 적합합니까? 지금의 서비스와 지원을 계속 받아야 합니까? 변경할 필요가 있습니까?
If this is an annual review, facilitate a discussion looking at how the current plan is working, what is working well and should continue, changes that need to be made and any new issues to be addressed.	해당 수혜자의 필요에 맞지 않아서 변경을 해야 하는 서비스와 지원이 있습니까?
	다루어야 될 새로운 문제가 수혜자에게 제기되었습니까?
The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.	서비스 제공자를 찾는/유지하는 것과 관련하여 문제가 있습니까?

수혜자에게 다른 서비스 플랜(IEP, 504 Plan, IFSP, DVR, 등)이 있을 경우 이를 검토하고 추가로 필요한 사항이 있을 경우 포함하십시오.

이름 :	DDD 번호 :

It is vital to find out what the person and/or their family/guardian, feel is needed to meet the waiver participant's health and welfare needs. This box should contain only items in addition to those already identified above.	현시점까지 지적되지는 않았으나 수혜 당사자/가족/보호자에 의해 확인된 기타 건강, 복지 문제를 기입하십시오.

잠깐!

회의 주최팀은 수혜자에게 확인된 모든 필요 사항을 다루어야만 하며 웨이버 참가자인 수혜자의 건강과 복지를 확보하는 데 필요한 사항에 동의해야만 합니다. 이들 내용은 반드시 이 플랜에 포함되어야만 합니다. 수혜자의 건강과 복지의 필요를 충족치 못하는 문제가 있는 데도 플랜에 포함시키지 않을 경우 아래에 그에 대한 이유가 기술되어야 합니다.

그 다음 수혜자의 필요에 부합하는 것으로 동의하는 서비스와 지원 등을 논의합니다. 이 때 반드시 모든 유료/무료 지원과 웨이버 서비스를 비롯해 주정부 플랜 서비스에 대한 계획 등을 포함시켜야만 합니다. 모든 웨이버 참가 수혜자에게는 반드시 유효한 웨이버 서비스 제공자를 선택할 수 있는 기회가 제공되어야 합니다. 수혜자가 자신이 현재 사용하고 있는 서비스 제공자에 대해 만족하지 않을 경우 이 문제 역시 제기되어야만 하며, 모두가 만족할만한 조치 플랜이 작성되어야 합니다.

회의 주최팀이 수혜자의 필요를 충족시킬 수 있는 최상의 계획이 세워졌다고 모두 동의하면 플랜을 실행하는 데 필요한 단계들을 기록하십시오.

이 플랜에 포함되지 않은 수혜자의 건강과 복지의 필요에 대해 설명하십시오.

이름 :	DDD 번호 :

제 5항 - 건강과 복지의 필요에 따라 동의한 플랜

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간 : 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간 : 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간 : 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

이름 :	DDD 번호 :

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 _____

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

이름 :	DDD 번호 :

제 6항 - 결론과 서명

Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)	**플랜 검토** 수혜자의 건강과 복지의 필요에 대한 플랜 회의를 마치고 나면 해당 플랜에 필요한 검토 횟수를 결정해야만 합니다. 이 결정은 해당 플랜의 복잡성과 해당 수혜자의 허약성 및 지원의 종류에 의거해 결정됩니다. 아래 해당 네모칸에 체크하십시오. 플랜 검토 횟수: ☐ 매일 ☐ 4개월마다 ☐ 6개월마다 ☐ 연 1회
It is very important to have a discussion about the items, before asking the person to check them. NOTE: Individuals must be given their appeal rights in writing every time there is a change in their plan.	아래 사항 중 해당되는 네모칸에 체크하십시오. 수혜자나 법적대리인이 모든 네모 칸을 체크해야 본 플랜이 완결됩니다. C=수혜자, L= 법적대리인. **C** **L** ☐ ☐ 본인은 해당 플랜을 완결하는 데 필요한 웨이버 서비스와 서비스 제공자에 관한 정보를 받았습니다. ☐ ☐ 본인에게는 본인의 건강과 복지의 필요를 충족하기 위한 유자격 서비스 제공자에 대한 선택의 자유가 있었습니다. ☐ ☐ 현 서비스 제공자에게 만족치 않을 경우 본인은 본인의 필요를 충족하기 위해 다른 방법을 계획할 수 있었습니다. ☐ ☐ 본인의 건강과 복지에 대한 필요는 현재 만족할만한 것이고, 그렇지 않은 경우는 건강과 복지를 충족하기 위한 적합한 플랜이 적시에 마련되었습니다. ☐ ☐ 본 보호 플랜과 관련하여 본인이 제기한 모든 문제와 염려사항은 제기되었거나 제기 중입니다. ☐ ☐ 본인은 본인의 서비스 제공자로부터 정중한 대우를 받았습니다. ☐ ☐ 본인은 언제든지 본 플랜에 대해 검토를 요청할 수 있다는 것을 압니다. ☐ ☐ 본인은 발달장애부에서 결정한 사항을 항소할 수 있는 본인의 권리와 항소 절차에 대해 설명을 들었습니다.
Signatures and dates are required for plan implementation. As per WAC 388-845-3020 consent is assumed after 30 days unless otherwise indicated by the waiver participant/legal representative.	본인은 본 수혜자의 보호 플랜 전개에 참석하였으며 혹은 해당 플랜을 검토하였으며 기술된 해당 서비스와 지원에 **동의**합니다. 웨이버 참가 수혜자: _____ 날짜: _____ 법적 대리인: _____ 날짜: _____ 케이스/리소스 매니저: _____ 날짜: _____
Make sure the choice regarding agreement is indicated. The CRM is the last one to sign. **This becomes the plan effective date. Please go to the front page of the plan and record that date.**	본인은 본 수혜자의 보호 플랜 전개에 참석하였으며 혹은 해당 플랜을 검토하였으며 기술된 해당 서비스와 지원에 **동의하지 않습**니다. 본인은 본인의 항소 권리에 대한 정보를 받았습니다. 본인은 해당 플랜에 서명하지 않고 28일 이내로 항소를 신청하지 않을 경우 해당 플랜에 기술된 대로 시행되는 것으로 간주하는 것에 동의합니다. 웨이버 참가 수혜자: _____ 날짜: _____ 법적 대리인: _____ 날짜: _____

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

FOR AGENCY USE ONLY	
☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

DDD수혜자 보호 플랜 심의회 신청서

DSHS공정 심의회 규정 388-02항에 따른 신청

보낼 주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스: 360-586-6563

본인은 보건사회부(DSHS)에서 결정한 아래 사항에 동의하지 않는 이유로 심의회를 신청합니다.

- DSHS에서 수행한 혹은 수행하지 않은 일을 간단하게 설명하십시오(여백이 더 필요하면 다른 용지를 추가하십시오)
- 가능하다면, 보건사회부의 결정 통지서 사본을 첨부하십시오.

이름 (인쇄체로 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
심의회 요청 당사자의 주소 시 주 우편번호	수혜자 ID 번호 전화번호 (지역번호 포함) ☐ 메시지 수신 번호	

본인에게 결정사항을 알려준 날짜: _____ 날짜 통지 사무소: _____ DSHS 산하 기관 및 위치

자격이 되면 계속해서 지원 받길 원합니다. ☐ 예 ☐ 아니오 프로그램: _____

본인의 대변인은 다음과 같습니다(스스로를 대변할 경우 다음 두 칸은 작성할 필요가 없음).

대변인의 이름	기관	전화번호
주소 도로	시 주	우편번호

☐ **본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 제공해도 됨을 승인합니다.**

수혜자의 서명	날짜

심의회에 통역관이나 다른 종류의 지원 혹은 차량지원이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

필요하다면 해당 언어나 어떤 종류의 도움이 필요한지 기입하십시오. _____

행정법 판사(ALJ)는 일부 심의회를 전화로 수행할 수 있습니다. 면담 방식을 원하면 OAH에서 우송해드린 심의회 통지서에 있는 안내 내용을 준수하십시오.

Washington State Department of Social & Health Services

DDD Division of Developmental Disabilities

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF
POC MEETING DATE
WAIVER: ☐ Basic ☐ Core ☐ Basic Plus ☐ Community Protection

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

치료계획서 회의 설문조사

PLAN OF CARE MEETING SURVEY

본 설문조사는 임의로 기입할 수 있으며 기입내용은 기밀로 취급됩니다. 본 설문조사의 참여 여부는 귀하의 서비스에 아무런 영향을 주지 않습니다. 본 설문조사는 치료계획서 작성과정을 개선하는 데 도움이 됩니다.

서비스를 받고 있는 사람과는 어떤 관계입니까?

☐ 서비스를 받고 있는 본인 ☐ 가족 일원/보호자 ☐ 급료를 받는 직원 ☐ 친구/지지자

설문조사

번호	질문	(1) 예	(2) 잘모르겠음	(3) 아니오
1.	치료계획서 작성 과정에서 귀하의 케이스 매니저는 정중하고 예의바르게 행동하였습니까?			
2.	귀하의 케이스 매니저는 귀하가 현재 받고 있는 서비스에 대해 어떤 문제가 없는지 귀하에게 질문하였습니까?			
3.	귀하의 문제를 의논한 후 치료계획 과정에 포함시켰습니까?			
4.	귀하는 자신의 새 치료계획서(Plan of Care) 계발을 도왔습니까?			
5.	평가해서 나온 귀하의 필요성을 충족할 수 있도록 귀하의 웨이버 프로그램에서 어떤 서비스를 사용할 수 있는지에 관해 정보를 받았습니까?			
6.	평가해서 나온 귀하의 필요성을 충족할 수 있도록 귀하의 웨이버 프로그램에서 사용할 수 있는 서비스의 선택 범위에 관해 알려주었습니까?			
7.	선택할 수 있는 해당 서비스 제공자의 범위를 알려주었습니까?			
8.	웨이버 및 비웨이버 서비스 모두에 따른 귀하의 필요와 목적을 충족시키기 위한 계획을 세웠습니까?			
9.	필요로 하는 건강과 안전에 관해 의논하였습니까?			
10.	필요로 하는 건강문제와 안전에 부합하기 위해 어떤 계획들이 구성되었습니까?			
11.	지진 또는 귀하의 정규 서비스 제공자를 사용할 수 없을 경우와 같이 비상시를 대비한 어떤 계획을 세웠습니까?			
12.	귀하의 다음 연간 계획서 계발 회의 이전에 귀하의 필요를 변경해야 할 경우에 자신이 해야 할 일이 무엇인지에 관해 정보를 받았습니까?			
13.	이의제기나 공정 심의회 개최 요청 방법에 관한 정보를 받았습니까?			

14. 추가로 제시할 의견이나 본 치료계획서 작성 과정을 개선하는 데 어떤 제안사항이 있으시면 아래 빈칸에 기입해 주시기 바랍니다.

DSHS 15-272 KO (REV. 01/2005)

우표와 발송 주소가 적혀져 있는 동봉 봉투에 넣어 아래 주소로 보내 주시기 바랍니다.

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310