DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ПЛАН ОБСЛУЖИВАНИЯ

PLAN OF CARE

☐ Первоначальный план ☐ Базовый ☐ Ежегодный план ☐ Базовый плюс ☐ Основные услуги ☐ Общественная защита

РАЗДЕЛ 1 – ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

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.

ИМЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ
АДРЕС		
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	НОМЕР ОТДЕЛА **CSO**	НОМЕР ОТДЕЛА **DDD**
ИМЯ КОГО-ЛИБО ИЗ Б ЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
☐ Родитель/Член семьи ☐ Опекун ☐ Адвокат ☐ Другое лицо (укажите кто)		
ИМЯ КОНТАКТНОГО ЛИЦА В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ДАТА ВСТРЕЧИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ	**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ ПЛАНА В ДЕЙСТВИЕ**	

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

На встрече присутствовали:

ИМЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	ИМЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

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

Принимали участие в составлении плана, но на встрече не присутствовали:

ИМЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	ИМЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

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.

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА **DDD**:

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.	Краткое описание участника и его жизненной ситуации

РАЗДЕЛ 2 – ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

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.

Медицинское обслуживание

Основной лечащий врач

Имя: _____

Номер телефона: _____

Дата последнего медосмотра:

_____

Состояние существующих проблем со здоровьем:

Недавно возникшие проблемы со здоровьем:

Если после беседы о важности ежегодного прохождения медосмотров участник/семья/опекун отказывается проходить медосмотры, попросите данное лицо поставить свои инициалы здесь:

_____

Стоматологическое обслуживание

Стоматолог

Имя: _____

Номер телефона: _____

Дата последнего стоматологического осмотра:

_____

Состояние существующих проблем:

Если после беседы участник/семья/опекун решает посещать стоматолога только один раз в год, попросите данное лицо поставить свои инициалы здесь: _____

Если после беседы о важности ежегодного посещения стоматолога участник/семья/ опекун отказывается посещать стоматолога, попросите данное лицо поставить свои инициалы здесь: _____

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

Другие медицинские услуги
(Дополнительные врачи, коррекция поведения, трудотерапия, физиотерапия и т.д.)

Имя: _____

Вид услуги: _____

Состояние существующих проблем со здоровьем:

Имя: _____

Вид услуги: _____

Состояние существующих проблем со здоровьем:

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА DDD

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.

Организация приема лекарственных препаратов:

Пожалуйста, перечислите все лекарственные препараты, которые вы принимаете в настоящий момент, и укажите, в связи с какими заболеваниями вы их принимаете:

Кто выписывает вам рецепты на эти лекарства, и как часто проводится пересмотр необходимости приема данных лекарств?

Требуется ли вам какая-либо помощь при приеме ваших лекарственных препаратов? Пожалуйста, укажите, какая помощь вам требуется:

Беспокоит ли вас что-либо в связи с приемом ваших лекарств?

РАЗДЕЛ 3 – ИМЕЮЩИЕСЯ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ СРЕДСТВА ПОДДЕРЖКИ И РЕСУРСЫ

Информация, которая вносится в Раздел **3**, помогает лучше понять имеющиеся у данного лица в наличии средства поддержки и ресурсы в процессе вашей совместной работы по составлению плана для удовлетворения их потребностей в отношении медицинского обслуживания и условий жизни.

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.

ТЕКУЩАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ

ДРУГИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ (НЕ ФИНАНСИРУЕМЫЕ ОТДЕЛОМ DDD) (УСЛУГИ ОТДЕЛА DVR, ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИЛИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, УСЛУГИ ШКОЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И Т.Д.)

ПОСТАВЩИК УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ ДНЕВНОГО УХОДА	ВИД ПРОГРАММЫ ДНЕВНОГО УХОДА
ПРОГРАММА MEDICARE	ДРУГАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА (УКАЗАТЬ КАКАЯ)

These dollar figures are based on client report at the time of the planning meeting.

Ежемесячные пособия и доход

☐ Пособия программы Basic Food (“Основное питание“) _____ долларов

☐ Пособия на аренду жилья по программе Section 8 _____ долларов

Итого в месяц: _____ долларов

☐ Пособия SSP _____ долларов

☐ Зарплата _____ долларов

☐ Другие источники дохода _____ долларов

Пособия SSA/SSDI/DAC _____ долларов

Пособия SSI _____ долларов

Итого в месяц: _____ долларов

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА DDD:

РАЗДЕЛ 4 – ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОТНОШЕНИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И УСЛОВИЙ ЖИЗНИ

	Пересмотр действующего плана
If this is an initial plan this section does not have to be completed.	Какие услуги и средства поддержки соответствуют потребностям клиента? Следует ли продолжить их предоставление? Требуются ли какие-либо изменения?
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.	Какие услуги и средства поддержки не соответствуют потребностям клиента надлежащим образом или требуют каких-либо изменений?
	Существуют ли какие-либо новые потребности, которые необходимо учесть в данном плане?
The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.	Существуют ли какие-либо проблемы относительно поиска или сохранения поставщика услуг?

Если у клиента имеются другие планы обслуживания, такие как план IEP, план 504, план IFSP, план отдела DVR и т.д., необходимо проверить эти планы и включить в данный план всю полученную из них информацию о дополнительных потребностях.

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА **DDD**:

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.	Любые другие проблемы в отношении здоровья и условий жизни, которые были определены клиентом/семьей/опекуном, но на настоящий момент не были документально зафиксированы.

СТОП

Группа разработки плана должна провести обсуждение всех выявленных потребностей и определить, какие из них необходимы для обеспечения здоровья и нормальных жизненных условий участника исключительной программы. Эти потребности должны быть включены в данный план. В случае если имеются какие-либо неудовлетворенные потребности в отношении медицинского обслуживания и условий жизни, которые не будут включены в данный план, следует указать ниже причину такого решения.

Далее, следует обсудить услуги и средства поддержки, которые могут способствовать удовлетворению согласованных потребностей. При обсуждении должны фигурировать предложения относительно как неоплачиваемых, так и оплачиваемых средств поддержки; как услуг плана штата, так и услуг исключительной программы. Каждому участнику исключительной программы ДОЛЖНА быть предоставлена возможность выбора квалифицированных поставщиков услуг, работающих в рамках исключительной программы. Если клиент не доволен каким-либо поставщиком услуг, обслуживающим его в настоящий момент, то эту проблему необходимо решить, составив план действий, который удовлетворяет все заинтересованные стороны.

После того как члены группы достигнут общего понимания того, каким образом следует удовлетворять согласованные потребности, необходимо перейти к документальному оформлению действий, которые необходимы для реализации составленного плана.

Разъяснение каких-либо потребностей в отношении медицинского обслуживания и условий жизни, которые не будут включены в данный план:

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА DDD:

РАЗДЕЛ 5 – ПЛАН ПО УДОВЛЕТВОРЕНИЮ СОГЛАСОВАННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И УСЛОВИЙ ЖИЗНИ

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

ИМЯ:	НОМЕР ОТДЕЛА **DDD**:

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

Номер оценки потребностей _____

Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?

NAME:	DDD NUMBER:

РАЗДЕЛ 6 – ОБОБЩЕНИЕ РЕШЕНИЙ ПО ПЛАНУ И ПОДПИСИ

Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)

Пересмотр плана

После того как план по удовлетворению потребностей в отношении медицинского обслуживания и условий жизни будет составлен, необходимо определить периодичность, с которой будет проводиться контроль исполнения данного плана. Это решение должно приниматься с учетом сложности плана и состояния здоровья клиента и (или) имеющихся в его/ее распоряжении средств поддержки. Сделайте отметку в одном из следующих квадратов:

Данный план должен пересматриваться: ☐ ежемесячно ☐ ежеквартально ☐ раз в полгода ☐ ежегодно

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.

Пожалуйста, поставьте отметку напротив следующих пунктов, чтобы подтвердить, что они имели место. Составление плана не будет завершено до тех пор, пока клиент/законный представитель не поставит отметки во всех квадратах. К = Клиент, П = Законный представитель

К	П	
☐	☐	Мною была получена информация об услугах и поставщиках услуг исключительной программы, которая была необходима мне для составления плана.
☐	☐	Мне была предоставлена возможность выбора квалифицированных поставщиков услуг, которые могут удовлетворить мои потребности в отношении медицинского обслуживания и условий жизни.
☐	☐	На тот случай, если кто-либо из обслуживающих меня в настоящее время поставщиков услуг меня не устраивает, мне была предоставлена возможность составить план таким образом, чтобы он соответствовал моим потребностям.
☐	☐	Мои потребности в отношении медицинского обслуживания и условий жизни либо удовлетворяются в настоящий момент, либо был составлен соответствующий план, позволяющий своевременно удовлетворить их.
☐	☐	Все проблемы или беспокоящие меня вопросы, касающиеся этого плана ухода, о которых я сообщил (а), были рассмотрены или рассматриваются в настоящий момент.
☐	☐	Мои поставщики услуг проявляют ко мне уважительное отношение.
☐	☐	Я знаю о своем праве в любой момент потребовать пересмотра данного плана.
☐	☐	Мне были разъяснены мои права в отношении обжалования решений, принятых отделом DDD. Мне были также разъяснены процедуры обжалования решений.

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.

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.**

Я участвовал (а) в составлении данного плана обслуживания и/или проверил (а) его и **СОГЛАШАЮСЬ** с описанными в нем услугами и средствами поддержки.

Участник Исключительной программы: _____ Дата: _____

Законный представитель: _____ Дата: _____

Менеджер по делу/ распорядитель ресурсов: _____ Дата: _____

Я участвовал (а) в составлении данного плана обслуживания и/или проверил (а) его и **НЕ СОГЛАШАЮСЬ** с описанными в нем услугами и средствами поддержки. Мне были разъяснены мои права в отношении обжалования. Я понимаю, что в случае если я не подпишу план и не направлю ходатайство о рассмотрении моей жалобы, касающейся решения, в течение 28 дней, это будет означать мое согласие, и план будет выполняться в том виде, в котором он был составлен

Участник Исключительной программы: _____ Дата: _____

Законный представитель: _____ Дата: _____

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛА DDD
ХОДАТАЙСТВО О РАССМОТРЕНИИ ЖАЛОБЫ,
КАСАЮЩЕЙСЯ РЕШЕНИЯ

Согласно главе 388-02 правил проведения справедливого слушания департамента DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

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

ФАКС: 360-586-6563

Я подаю ходатайство о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен (на) со следующим решением Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS):

- Кратко объясните, что департамент DSHS сделал или не сделал (добавьте дополнительные листы, если вам требуется больше места); и
- Приложите копию уведомления, которое вы обжалуете, если это возможно.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ	НОМЕР КАРТОЧКИ-УДОСТОВЕРЕНИЯ КЛИЕНТА	
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЗАТЬ КОД РАЙОНА) ☐ ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	

Меня уведомили о решении: _____ : _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОТДЕЛЕНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

Я хочу продолжать получать услуги, если я имею на это право: ☐ Да ☐ Нет Программа: _____

Меня представляет (если вы собираетесь представлять себя сами, не заполняйте две следующие строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС УЛИЦА	ГОРОД ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

☐ **Я разрешаю предоставлять информацию о моем слушании моему представителю.**

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА

Требуется ли вам переводчик или другая помощь или условия во время проведения слушания? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то переводчик какого языка или какая помощь требуется? _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы хотите проведения личного слушания, следуйте инструкциям, приведенным в Уведомлении о проведении слушания (Notice of Hearing), которое будет направлено вам вашим управлением OAH.

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

ОПРОС О ВСТРЕЧЕ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ ПЛАНА УХОДА
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

Данный опрос является добровольным и конфиденциальным. Ваше решение об участии в опросе не повлияет на предоставляемые вам услуги. Этот опрос поможет нам улучшить процесс составления плана ухода.

В каких отношениях вы находитесь с лицом, получающим услуги?

☐ Я являюсь лицом, получающим услуги. ☐ Член семьи/опекун ☐ Оплачиваемый работник ☐ Друг/адвокат

ОПРОС

№	ВОПРОС	(1) ДА	(2) НЕ УВЕРЕН	(3) НЕТ
1.	Был ли ваш менеджер по делу вежливым и обходительным в процессе составления плана ухода?			
2.	Спрашивал ли менеджер по делу о том, беспокоит ли вас что-либо в отношении предоставляемых вам в настоящее время услуг?			
3.	Были ли обсуждены и включены в процесс составления плана беспокоящие вас вопросы?			
4.	Помогали ли вы разрабатывать ваш новый план ухода?			
5.	Получили ли вы информацию о том, какие услуги могут быть вам предоставлены по вашей исключительной программе для удовлетворения ваших установленных потребностей?			
6.	Могли ли вы выбрать услуги, предоставляемые по вашей исключительной программе, для удовлетворения ваших установленных потребностей?			
7.	Был ли вам предоставлен выбор среди поставщиков услуг?			
8.	Планировали ли вы удовлетворение ваших потребностей и достижение целей при помощи как исключительных, так и неисключительных услуг?			
9.	Обсуждались ли ваши потребности в плане здоровья и безопасности?			
10.	Составлялись ли планы для удовлетворения ваших потребностей в плане здоровья и безопасности?			
11.	Составляли ли вы план на случай чрезвычайной ситуации, такой как землетрясение или отсутствие вашего лечащего врача?			
12.	Получили ли вы информацию о том, что необходимо делать в случае, если ваши потребности изменятся до проведения следующего ежегодного составления плана ухода?			
13.	Получили ли вы информацию о том, как подать жалобу или потребовать проведения справедливого слушания дела?			

14. Используйте, пожалуйста, отведенное ниже место для дополнительных комментариев; или изложите свои предложения по улучшению процесса составления плана ухода.

Вышлите, пожалуйста, эту форму в прилагающемся конверте с обратным адресом и маркой или направьте по адресу:

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