|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01205JR (02/2017) | | **STATE OF WISCONSIN** |
| **РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ IRIS: САМОУПРАВЛЯЕМЫЙ ЛИЧНЫЙ УХОД**  **IRIS PARTICIPANT EDUCATION: SELF-DIRECTED PERSONAL CARE** | | |
| **ИНСТРУКЦИИ:** | Данная форма предназначена для подтверждения выполнения требования о разъяснительной работе с участниками Программы IRIS. Законы Wisconsin State Statute не требуют заполнения этой формы, однако форма должна быть заполнена согласно требованию программы IRIS SDPC. Медсестра IRIS SDPC также должна подтвердить рассмотрение этой формы. | |
| **ПРИМЕЧАНИЕ:** | **Вся документация должна храниться в деле участника и предоставляться для проверки по требованию DHS.** | |
| 1. Я обсудил(а) предпочитаемые мной варианты разработки "My Cares" с медсестрой SDPC и согласился(лась) с необходимостью предоставления ухода в указанных областях. Я понимаю, что буду получать новый документ "My Cares" каждый год или чаще, если дипломированная медсестра (RN) изменит оценку моих потребностей. | | |
| 1. Я понимаю, что если сейчас я направляю счета за предоставление услуг личного ухода агентству Medical Assistance Personal Care (MAPC), то я должен(на) перестать направлять счета со дня вступления в силу настоящего плана ухода. Я не могу получать услуги другого агентства по организации личного ухода, пока я получаю финансирование по программе самоуправляемого личного ухода. | | |
| 1. Я понимаю, что должен(на) уведомить свою медсестру SDPC о получении права на оказание на дому другой помощи, такой как услуги **хосписа** (программа помощи безнадежно больным), **помощи на дому** или **услуги персональной медсестры.** Я понимаю, что если мне нужен квалифицированный сестринский уход и у меня есть Medicare, я не могу одновременно предъявлять счета на оплату услуг SDPC и услуг помощи на дому / квалифицированного сестринского ухода. Оказание мне услуг SDPC будет приостановлено до тех пор, пока я не уведомлю свою медсестру SDPC о дате окончания предоставления мне услуг помощи на дому / квалифицированного сестринского ухода (Medicare). | | |
| 1. Чтобы получать SDPC, я соглашаюсь на проведение контрольных посещений, как согласовано в настоящем плане ухода. Если такие посещения не будут проводиться, оказание услуг SDPC будет приостановлено, а возможно, и прекращено. Медсестры SDPC должны посещать меня один раз в 60 дней или по графику, согласованному со мной, моей медсестрой SDPC и врачом. Медсестра SDPC может проводить посещения чаще, если это необходимо для гарантии выполнения плана. При необходимости внесения изменения в такой график:  * Я сообщу своей медсестре SDPC о любом изменении своего состояния, которое может повлиять на потребности в личном уходе. * Моей медсестре SDPC может понадобиться звонить мне раз в 60 дней, чтобы удостовериться в точности и правильности инструкций к "My Cares". | | |
| 1. Я сообщу своей медсестре SDPC об изменении адреса или номера телефона. | | |
| 1. Я понимаю, что в SDPC не предъявляются счета за услуги, полученные за пределами штата, за исключением случаев, согласованных с моей медсестрой, которые распространяются на длительный период времени, например, при рабочей поездке (уведомить за месяц до поездки). В то же время, если согласованная поездка мешает проведению моей оценки, контрольных посещений и т.д., оказание мне услуг может быть временно приостановлено. При выезде за пределы штата Wisconsin, я должен(на) уведомить об этом свою медсестру. SDPC представляет собой услуги, оказываемые по Medicaid Card в штате Wisconsin и не подлежащие оплате за пределами США. | | |
| 1. Я обязан(на) уведомить свою медсестру SDPC в течение 24 часов о факте госпитализации, приема в пансионат для проживания с уходом, заключении в тюрьму или о приеме в другое учреждение, где обеспечивается длительный уход. Я понимаю, что мои работники SDPC не могут предъявлять счета на оплату услуг, пока я нахожусь в больнице или в другом учреждении. | | |
| 1. Мне известно, что время, выделенное мне по SDPC, не будет увеличено для оказания кратковременной помощи, которая может мне понадобиться после операции или в связи с временной болезнью или травмой. Я понимаю, что часы для оказания услуг "по мере надобности" уже включены в план с учетом периодов, когда нужды в уходе возрастают. | | |
| 1. Я могу предъявлять счета на оплату только тех часов, которые были согласованы с моей дипломированной медсестрой SDPC, и только в пределах разрешенного количества. Я понимаю, что часы SDPC не переносятся на следующую неделю. Согласно правилам DHS, работающие на меня по SDPC лица не могут работать более 40 часов в неделю (в общем по всем услугам IRIS). Я отвечаю за то, чтобы ухаживающие за мной лица работали и предъявляли счета на правильное количество часов. | | |
| 1. Еженедельно мне выделяется определенное количество часов; если я захочу использовать эти часы ежедневно, я должен(на) поделить эти часы на количество дней в неделе (7). Я также могу менять количество часов, расходуемых ежедневно, если при этом не превышается время, выделенное мне на неделю. | | |
| 1. Я несу ответственность за наем, обучение и контроль за своими работниками. Я обучу своих работников оказанию услуг, перечисленных в моем плане ухода, а также стандартным мерам предосторожности, таким как мытье рук или использование перчаток. Если мне понадобится дополнительная поддержка в обучении работников, я обращусь к своей медсестре SDPC. | | |
| 1. Если в моем состоянии произойдет долгосрочное изменение, которое с высокой степенью вероятности повлияет на инструкции к "My Cares" из-за роста или сокращения моих потребностей в длительном уходе, и если моя медсестра SDPC определит, что в моем состоянии произошло долгосрочное изменение, мой план будет проанализирован, и срок его действия и выделяемые часы могут быть изменены. | | |
| 1. Если у меня есть представитель SDPC, он не может предъявлять счет на оплату услуг личного ухода. При замене представителя я обращусь к своей дипломированной медсестре SDPC. | | |
| 1. Я понимаю, что могу быть принудительно исключен(на) из программы Self-Directed Personal Cares, если:  * Под угрозу ставится мое здоровье и безопасность. * Неправильно применяется мое право на произведение закупок. Среди прочего это включает возможное мошенничество, предоставление неправильной информации, непреднамеренно неверное или ошибочное информирование. * Я переезжаю в неразрешенные жилищные условия. * Я перестаю удовлетворять критериям получения услуг по программе IRIS SDPC. | | |
| **Пожалуйста, заполните страницу с подписями.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Своей подписью ниже я удостоверяю, что моя медсестра IRIS SDPC полностью рассмотрела со мной данный документ и я имел(а) возможность задать все свои вопросы. Свой подписью я также удостоверяю, что я понимаю изложенный выше материал так, как он был мне представлен. Я также признаю, что фальсификация данных в моем Personal Cares Tool рассматривается как мошенничество согласно статье § 49.49 Wisconsin State Statute и наказывается лишением свободы сроком до 6 лет и/или штрафом до 10 000 долларов за каждый случай нарушения.  Я понимаю, что если в будущем у меня возникнут вопросы о моих обязанностях как участника программы IRIS SDPC, я могу обращаться с ними к своей медсестре IRIS SDPC. Моя подпись также удостоверяет, что я понимаю, что если я не буду соблюдать правила IRIS, меня могут исключить из этой программы. | |
| **ПОДПИСЬ** – Участник | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Опекун (если имеется) | Дата подписания |
|  |  |
| Своей подписью удостоверяю, что я лично рассмотрела данный документ с участником и/или опекуном и предоставила им возможность задать вопросы. | |
| **ПОДПИСЬ** – Медсестра IRIS SDPC | Дата подписания |
|  |  |
| Выберите один из следующих вариантов: | |
| Начальная ориентация | |
| Ежегодный визит | |
| Исправление данных в ходе пересмотра | |