ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS) ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԲԱԺԻՆ 1 - ՍՏԱՑՈՂԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ

ԲԱԺԻՆ 2 - ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԱՆՁԻՆՔ՝ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

Եթե ոչ շտապ օգնության կարիք ունեք եւ/կամ IHSS-ի Ձեր խնամատուն չի եկել նշանակված ժամին, ապա զանգահարեք.

	Անուն, ազգանուն	Հեռախոսահամար
Ընտանիքի անդամ		
Ընկեր/բարեկամ		
Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների աշխատակից		
Վարչաշրջանի IHSS-ի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ		
Պետական պատասխանատու մարմին		
Այլ		
Ձեր տրամադրության տակ գտնվող այլ կարեւոր հեռախոսահամարներ, եթե անհրաժեշտ լինեն.		
Բժշկի գրասենյակ		
Փաստաբանական խումբ (խմբեր)		
Ոստիկանական բաժանմունք		
Հրշեջ ծառայություն		
Այլ		

Եթե ցանկանում եք հայտնել չարաշահման, կեղծումների եւ/կամ անպատշաճ վերաբերմունքի մասին, ապա զանգահարեք.

Չափահասների պաշտպանության ծառայություններ	
Երեխաների պաշտպանության ծառայություններ	
Խլություն կամ ծանր լսողություն ունեցողների թեժ գիծ	**(916) 558-5670**
Խաբեության եւ չափահասների նկատմամբ բռնության թեժ գիծ	**(800) 722-0432**
Medi-Cal-ի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ	**(800) 822-6222**
Սոցիալական ապահովության մարմնի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ	**(800) 269-0271**

Արտակարգ պատահարների դեպքում՝ զանգահարեք 911

Արտակարգ պատահարը Ձեր առողջությունը, բարեկեցությունը եւ/կամ անվտանգությունը անմիջականորեն վտանգող դեպքն է:

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient

ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS) ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԲԱԺԻՆ 3 - ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ա. IHSS-ի գնահատում

IHSS-ի կողմից այս գնահատման ընթացքում Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը բացահայտել եք անձնական, տնային խնամքի եւ այլ առնչվող ծառայությունների ոլորտների այն ռիսկերը, որոնց համար Դուք աջակցության կարիք ունեք: Աջակցությունը կարող է տրամադրվել IHSS-ի կամ այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների կողմից:

Բ. Հավելյալ ռիսկերի գոտիներ

Հետեւյալ գոտիները հանդիսանում են հավելյալ ռիսկային գոտիներ, որոնց վերաբերյալ քննարկում եք ունեցել Ձեր սոցիալական աշխատողի հետ եւ որոշել, որ դրանք, ըստ երեւույթին, IHSS-ի ծրագրի շրջանակներից դուրս կմնան (նշեք բոլոր անհրաժեշտ կետերը):

	Նշումներ
Բ1. Կենսապայմաններ ☐ Բնակվում է այլոց հետ, որոնք կարող են օգնություն ցուցաբերել ☐ Բնակվում է մենակ, ունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ, որոնք կարող են օգնել ☐ Բնակվում է մենակ, չունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ	
Բ2. Դուրս գալու/շրջակա միջավայրի գործոններ ☐ Կարող է ինքնուրույն դուրս գալ ☐ Կարող է դուրս գալ, սակայն հսկողությամբ/բանավոր ուղղություն տալու դեպքում ☐ Արտակարգ պատահարի դեպքում տնից դուրս գալու համար ֆիզիկական աջակցության կարիք ունի ☐ Կարող է ինքնուրույն կերակրվել/խմել ☐ Տեղյակ է արտակարգ պատահարների կամ ճգնաժամային իրավիճակների հեռախոսահամարներին/կոնտակտներին ☐ Կարող է օգտվել էլեկտրականության, ջեռուցման, զովացման կամ այլ սարքավորումներից	
Բ3. Հաղորդակցում ☐ Հաղորդակցվում է առանց դժվարության ☐ Լսողության խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն ☐ Խոսելու խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն ☐ Կարողանում է խոսել կամ լսել օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ Օժանդակ սարք(եր). _____ ☐ Կարողանում է ինքնուրույն զանգել եւ զանգեր ստանալ ☐ Կարողանում է օգտվել հեռախոսից օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ Օժանդակ սարք(եր). _____	

ԲԱԺԻՆ 4 - ՊԱՏՐԱՍՏՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Աղետների պատրաստվածության ուղղությամբ, ինչպիսիք են շոգ եւ ցուրտ եղանակային արտակարգ իրավիճակները, հրդեհները, ջրհեղեղները եւ երկրաշարժերը, Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը քննարկել եք հետեւյալը.

- Ձեր անհատական առողջական կարիքները, որոնք նշված կլինեն Վարչաշրջանի աղետների պատրաստվածության գնահատման պլանում (եթե գործածվում է Ձեր վարչաշրջանի կողմից):

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԲԱԺԻՆ 5 - ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ստորեւ ստորագրելով՝ Դուք, Ձեր սոցիալական աշխատողը եւ այս գործընթացում ընդգրկված Ձեր կողմից ընտրված ցանկացած անձ (անձինք) հաստատում են, որ դուք քննարկել եւ համաձայնության եք եկել այս Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվության վերաբերյալ:

Ստացող

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Վարչաշրջանի աշխատակից

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ պաշտոն_____

Լիազորված ներկայացուցիչ

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ կապը/ազգակցությունը ստացողի հետ. _____

Այլ

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ կապը/ազգակցությունը ստացողի հետ. _____

Այն դեպքում, երբ փոփոխություններ չկան նախորդ տարվա Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի մեջ, ապա ստացողը/սոցիալական աշխատողը կարող են ստորագրել ստորեւ՝ հաստատելով, որ փոփոխություն չկա:

Ստացող/Լիազորված ներկայացուցիչ

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Վարչաշրջանի աշխատակից

Ստորագրություն._____ Ամսաթիվ._____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ պաշտոն _____

ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS) ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ

ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Այս ձեւը օգտագործեք ստացողի հետ աշխատելու ժամանակ, որպեսզի ապահովվի նրա որոշումների անկախ կայացման եւ ընտրության հնարավորությունը՝ իր Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման վերաբերյալ:

Ապահովեք, որ այս գործընթացի ժամանակ քննարկում եւ բանակցություններ կայանան սոցիալական աշխատողի, ստացողի եւ ստացողի ցանկությամբ ընդգրկված այլ անձանց միջեւ: **Լրացվելուց հետո, Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի պատճենը պետք է տրամադրվի ստացողին: Բնագիր օրինակը պետք է պահպանվի ստացողի գործի թղթապանակում: Սոցիալական աշխատողը պետք է քաջալերի ստացողին պահել 1-ին էջը մատչելի տեղում:**

ԲԱԺԻՆ 1. Լրացրեք ստացողի անուն, ազգանունը եւ գործի թիվը: Այս տեղեկատվությունը անհրաժեշտ է լրացնել յուրաքանչյուր էջում, մինչ CMIPS II-ը կարողանա ինքնիրեն լրացնել այն:

ԲԱԺԻՆ 2. Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկումների միջոցով լրացրեք ստացողի ընտրությունները եւ նախապատվությունները՝ օգնության համար նախատեսված կոնտակտային անձանց վերաբերյալ, ինչպես նաեւ, անհրաժեշտության դեպքում, այլ կարեւոր հեռախոսահամարներ: Ստացողի հետ քննարկեք չարաշահման, կեղծումների կամ անպատշաճ վերաբերմունքի հարցերը, դրանց մասին հաղորդելու ընթացքը եւ հայտնեք տվյալ տարածքի APS/CPS-ի տեղական հեռախոսահամարները: Քաջալերեք ստացողին զանգահարել 911, եթե նա գտնվում է արտակարգ իրավիճակում:

ԲԱԺԻՆ 3Ա. Եթե աջակցությունը տրամադրվելու է այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների միջոցով, ապա տվյալ դեպքում լրացրեք SOC 450-ը՝ Կամավոր ծառայությունների վկայագիրը: Բացահայտված ռիսկերը կնվազեցվեն ծառայությունների ծրագրով ժամերի տրամադրման միջոցով: Եթե ստացողը հրաժարվում է որեւէ ծառայությունից, ապա հստակորեն փաստեք հրաժարված ծառայությունը եւ բացահայտված ռիսկերը, եւ որ ստացողը որոշել է իր վրա վերցնել ծառայությունը չստանալու հետ կապված ռիսկերը:

ԲԱԺԻՆ 3Բ. Բացի այդ, ստացողի հետ քննարկեք հավելյալ ռիսկերի գոտիները, որոնք <u>կարող են նվազեցվել կամ բարելավվել քննարկումների եւ պլանավորման միջոցով</u> (Աջակցության ծրագիր):

ԲԱԺԻՆ 4. Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկեք աղետների պատրաստվածության հարցը: Անցկացրեք քննարկում այն մասին, թե ինչպես կարող են բավարարվել անհատական առողջական կարիքները աղետի դեպքում:

Բաժին 5. Ստացողի/այլոց մասնակցությամբ վերանայեք բոլոր բաժինները՝ ստուգելու համար, որ բոլոր բաժինները քննարկված լինեն այս գործընթացի ժամանակ: Ապահովեք, որ բոլոր համապատասխան անձինք ստորագրեն ձեւը՝ իրենց համաձայնությունը տալով ձեւում պարունակվող տեղեկատվությանը:

Դիտողություններ/Նշումներ

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient