برنامه خدمات مراقبت در – خانه (IHSS)
ارزیابی خطر و طرح پشتوانه - فردی

بخش 1- اطلاعات دریافت کننده

نام دریافت کننده:	شماره پرونده:

طرح پشتوانه – فردی

بخش 2 - تماس های پشتیبانی

اگر شما نیاز به کمک غیر – اضطراری دارید، و یا / اگر ارائه دهنده مراقبت های IHSS شما طبق برنامه سر کار حاضر نشده است لطفاً تماس بگیرید با:

	نام	تلفن
اعضای خانواده:		
دوست / همسایه:		
مددکار خدمات اجتماعی کانتی:		
اداره خدمات اجتماعی کانتی IHSS:		
مقامات دولتی:		
سایر:		

شماره های دیگر مهم در دسترس شما، در صورت نیاز:

مطب دکتر:		
گروه مدافع (ها):		
اداره پلیس:		
آتش نشانی:		
سایر:		

اگر شما نیاز به گزارش سوء استفاده، تقلب و / یا غفلت دارید، تماس با:

خدمات حفاظتی بزرگسالان:	
خدمات حفاظتی کودک:	
ناشنوا یا کم شنوا منابع تلفن اضطراری:	**(916) 558-5670**
تقلب و آزار سالمندان منابع تلفن اضطراری:	**(800) 722-0432**
تقلب Medi-Cal تلفن اضطراری:	**(800) 822-6222**
تقلب در اداره تامین اجتماعی تلفن اضطراری:	**(800) 269-0271**

اگر شما یک اورژانس، دارید تماس بگیرید با: 911
یک اورژانس تهدید فوری به سلامت خود،
رفاه و / یا ایمنی است.

برنامه خدمات مراقبت در – خانه (IHSS)
ارزیابی خطر و طرح پشتوانه - فردی

نام دریافت کننده::	شماره پرونده:

ارزیابی خطر

بخش 3 - ارزیابی خطر عمومی

A. ارزیابی IHSS

در طی این فرایند ارزیابی IHSS، شما و مددکار اجتماعی خود ریسک های شناسایی شده بر اساس مراقبت های شخصی و خدمات داخلی و مربوط که شما ممکن است نیاز به کمک آنها دارید. کمک ممکن است از طریق IHSS یا با دیگر خدمات رسمی یا غیر رسمی در اختیار شما قرار داده شود.

B. موارد خطر اضافی

در زیر موارد خطر اضافی که مورد بحث شما و مددکار اجتماعی خود قرار گرفت و ممکن است خارج از دامنه برنامه IHSS باشد (همه آنهایی را که شامل می شود علامت بگذارید):

	نظرات
1B. ترتیبات زندگی ☐ زندگی با دیگران که ممکن است به شما کمک کنند ☐ تنهایی زندگی می کنید، بستگان / دوستان نزدیک که ممکن است کمک کنند ☐ تنهایی زندگی می کنید، بدون بستگان / دوستان نزدیک	
2B. تخلیه / عوامل محیطی. ☐ می توانید بطور مستقل تخلیه نمائید ☐ می توانید تخلیه کنید ، تنها با نظارت / جهت کلامی ☐ برای تخلیه خانه در مواقع اضطراری بطور فیزیکی به کمک احتیاج دارید ☐ قادر به دسترسی به مواد غذایی / آب به طور مستقل می باشید ☐ آگاهی از شماره های اضطراری یا بحران / تماس ☐ قادر به کنترل روشنایی، گرمایش، سرمایش ودیگر وسایل باشید	
3B. ارتباط ☐ ارتباط بدون مشکل ☐ اختلال شنوایی، ارتباط محدود ☐ اختلال گفتار، ارتباط محدود ☐ می توانید صحبت کنید یا با استفاده از دستگاه های کمکی شنیدن) وسایل کمکی وسیله (ها) ی کمکی: _____ ☐ قادر به تماس گرفتن و دریافت تماس به طور مستقل باشید ☐ تنها می توانید با وسیله کمکی از تلفن استفاده کید وسیله (ها) ی کمکی: _____	

بخش 4 - آمادگی در برابر سوانح

آماده شدن برای یک فاجعه، مانند آب و هوای گرم و سرد اضطراری، آتش سوزی، سیل و زلزله، شما و مددکار اجتماعی خود موارد زیر را مورد بحث قرار دهید:

- نیازهای بهداشتی فردی شما که در ارزیابی آمادگی برای فاجعه کانتی ذکر شده (اگر کانتی خود در دسترس شما قرار داده است).

نام دریافت کننده::	شماره پرونده:

توافق و امضا

بخش 5 – توافق و امضا

با امضای زیر، شما، مددکار اجتماعی خود ، و هر فرد (ها) ی دیگری را که شما انتخاب کرده اید که در این فرایند درگیر شوند، تأیید شما مورد بحث قرار گرفته و با اطلاعات موجود در این برنامه با طرح ارزیابی خطر و پشتوانه - فردی موافقت می کنید.

دریافت کننده

امضاء: _____ تاریخ: _____

کارکنان کانتی

امضاء: _____ تاریخ: _____

چاپ نام و عنوان: _____

نماینده مجاز

امضاء: _____ تاریخ: _____

چاپ نام و رابطه: _____

سایر

امضاء: _____ تاریخ: _____

چاپ نام و رابطه: _____

در صورت هیچ تغییری در برنامه طرح ارزیابی خطر و پشتوانه – فردی که از سال قبل وجود داشته است، دریافت کننده/ مددکار اجتماعی می توانند در زیر با امضای خود تائید کنند.

گیرنده / نماینده مجاز

امضاء: _____ تاریخ: _____

کارکنان کانتی

امضاء: _____ تاریخ: _____

چاپ نام و عنوان: _____

برنامه خدمات مراقبت در – خانه (IHSS)
ارزیابی خطر و طرح پشتوانه - فردی

نام دریافت کننده::	شماره پرونده:

دستورالعمل ها

با استفاده از این فرم برای همکاری با گیرنده اجازه / استقلال و انتخاب او در تصمیم گیری های مربوط به ارزیابی خطر و برنامه طرح پشتوانه – فردی برای او را می دهد.

اطمینان حاصل شود که بحث و مذاکره بین مددکار اجتماعی، دریافت کننده، و هر کس دیگری که دریافت کننده می خواهد در حالی که کار از طریق این فرایند رخ می دهد درگیر باشد. **پس از اتمام، یک کپی از برنامه و ارزیابی خطر فردی به گیرنده ارائه داده شده است. شکل اصلی باید در پرونده گیرنده فایل شود. مددکار اجتماعی باید دریافت کننده را تشویق نماید که صفحه 1 را در مکانی قرار دهد که به راحتی دردسترس باشد.**

بخش 1: نام گیرنده و شماره پرونده را تکمیل کنید. این اطلاعات باید به هر صفحه اضافه شود تا CMIPS II بتواند یطور - خودکار آن را کامل کند.

بخش 2: از طریق بحث با گیرنده / و دیگران درگیر در توسعه این طرح، انتخاب های گیرنده و تنظیمات تماس های پشتوانه را کامل کنید، و همچنین سایر شماره های مهم شناسایی شده، در صورت نیاز. روند تقلب و بی توجهی با دریافت کننده، را گزارش دهید، تقلب و بی توجهی، و شامل شماره های محلی CPS / APS در منطقه خود را مورد بحث قرار دهید. دریافت کننده را تشویق نمائید که اگر او یک اورژانس دارد با شماره 911 تماس بگیرد.

بخش A3: اگر از طریق سایر خدمات رسمی یا غیر رسمی کمک دریافت خواهد شد ، فرم SOC 450، گواهینامه خدمات داوطلبانه ، را که مورد نیاز می باشد تکمیل کنید. خطرات مشخص شده ممکن است از طریق مجوز از ساعت در طرح کاهش خدمات روبرو شود. اگر دریافت کننده از هر یک از خدمات امتناع ورزد، به وضوح خدمات و ریسک های شناسایی خودداری شده را مستند کنید ، و دریافت کننده تصمیم به فرض خطرات مرتبط با خدمات دریافت نمی کند.

بخش B3: همچنین، برای کاهش یا بهبود یافتن مواردی را که خطر اضافی دارند با دریافت کننده خود بحث و برنامه ریزی کنید (طرح یک پشتوانه).

بخش 4: گفتگو و بحث برای آمادگی در برابر سوانح با گیرنده / و دیگران که درگیر در توسعه برنامه هستند. شامل بحث در مورد چگونگی نیازهای بهداشتی فرد که ممکن است در صورت بروز فاجعه اشاره و خطاب شود.

بخش 5: با مشارکت گیرنده / دیگران، بررسی تمام بخش هر منطقه در طول فرآیند مورد بحث قرار داده وتایید کنید . اطمینان حاصل کنید که همه افراد مناسب فرم اطلاعات توافق اعلام را امضاء نمایند.

نظرات / یادداشت: