# 가내 지원 서비스(IHSS) 프로그램 개별 지원 (Back-Up) 계획 및 위험 평가

## 제 1 항 – 수혜자의 정보

| 수혜자의 이름: | 케이스 번호: |
|---|---|
| | |

## 개별 지원 계획

## 제 2 항 – 지원 연락처

**만일 당신이 비-긴급 상황으로 도움이 필요한 경우, 및/또는 당신의 IHSS 간병인이 일정대로 도착하지 않을 경우, 다음 연락처로 전화하십시오:**

| | 이름 | 전화 |
|---|---|---|
| 가족 구성원: | | |
| 친구/이웃: | | |
| 카운티 소셜서비스 워커: | | |
| 카운티 IHSS 소셜서비스 사무소: | | |
| 정부 당국: | | |
| 기타: | | |

**필요한 경우, 기타 당신에게 이용 가능한 중요 전화 번호 :**

| | | |
|---|---|---|
| 의사 진료소: | | |
| 옹호 단체(들): | | |
| 경찰서: | | |
| 소방서: | | |
| 기타: | | |

**만일 학대, 사기 및/또는 방치 신고를 해야 할 경우, 다음 연락처로 전화하십시오:**

| | |
|---|---|
| 성인 보호 서비스: | |
| 아동 보호 서비스: | |
| 청각 장애인 또는 난청인 자원 핫라인: | **(916) 558-5670** |
| 사기 및 노인 학대 핫라인: | **(800) 722-0432** |
| Medi-Cal 사기 핫라인: | **(800) 822-6222** |
| 사회보장국 사기 핫라인: | **(800) 269-0271** |

**만일 당신이 긴급 상황에 처한 경우, 다음 번호로 전호하십시오: 911**

긴급 상황은 당신의 건강, 복지 및/또는
안전에 즉각적인 위협을 주는 것입니다.

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient

# 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 개별 지원(BACK-UP) 계획 및 위험 평가

| 수혜자 이름: | 케이스 번호: |
|---|---|

## 위험 평가

### 제 3 항 – 일반적인 위험 평가

**A. IHSS 평가**

이 IHSS 평가를 처리하는 동안, 당신과 소셜 워커는 당신이 도움을 필요로 할 수 있는 그러한 개인 간병 및 가정 및 관련 서비스를 바탕으로한 위험들을 확인했습니다. 도움은 IHSS 를 통해 또는 다른 공식 또는 비공식 서비스들을 통해 충족시킬 수도 있습니다.

**B. 추가 위험 분야**

다음 사항은 당신과 소셜 워커가 의논했던 IHSS 프로그램의 영역 밖일 수도 있는 추가 위험 분야들입니다. (해당되는 모든 사항에 체크하십시오):

| | 주 |
|---|---|
| **B1.주거 생활 협정**<br>☐ 도움을 줄 수 있는 다른 사람과 함께 살고 있음.<br>☐ 혼자 살며, 도움을 줄 수 있는 친척/친구가 근처에 있음.<br>☐ 혼자 살며, 친척/친구가 근처에 아무도 없음. | |
| **B2. 대피/환경 요인**<br>☐ 독립적으로 대피할 수 있음<br>☐ 대피할 수 있지만, 감독/구두 지시하에서만 할 수 있음.<br>☐ 비상시 집에서 대피하는데 물리적 도움이 필요함.<br>☐ 독립적으로 음식/물 사용이 가능함.<br>☐ 긴급 상황 또는 위기에 대해 번호/연락처를 알고 있음.<br>☐ 조명, 난방, 냉방, 또는 기타 유틸리티를 통제할 수 있음. | |
| **B3. 의사 소통**<br>☐ 어려움 없이 의사 소통함.<br>☐ 청각 장애, 의사소통에 제한<br>☐ 언어 장애, 의사 소통에 제한<br>☐ 보조 장치(들)의 사용으로 말하거나 들을 수 있음:<br>보조 장치(들): _____<br>☐ 독립적으로 전화를 걸거나 받을 수 있음.<br>☐ 보조장치(들)이 있어야만 전화를 사용할 수 있음.<br>보조 장치(들): _____ | |

### 제 4 항 – 재난 대비

덥고 추운 날씨의 비상 사태, 화재, 홍수, 및 지진과 같은 재난에 대비하여, 당신과 소셜 워커가 다음 사항을 의논했습니다:

- 카운티의 재난대비 평가계획에 기재될 당신의 개인건강보조(당신의 카운티에서 활용하게 될 경우).

| 수혜자 이름: | 케이스 번호: |
|---|---|

## 동의서 및 서명

### 제 5 항 – 동의서 및 서명

아래에 서명을 함으로써, 당신과, 소셜 워커와, 이 처리 과정에 참여하도록 선택한 다른 사람(들)은, 당신이 이러한 개별 지원 계획 및 위험 평가에 포함되어 있는 정보에 대해 의논했고 동의한다는 것을 확인하게 되는 것입니다.

**수혜자**

서명:_____ 날짜:_____

**카운티 직원**

서명:_____ 날짜:_____

이름 및 직위를 인쇄체로 쓰십시오:_____

**권한 대리인**

서명:_____ 날짜:_____

이름 및 직위를 인쇄체로 쓰십시오:_____

**기타**

서명:_____ 날짜:_____

이름 및 직위를 인쇄체로 쓰십시오:_____

만일 전년도부터 개별 지원 계획 및 위험 평가에 대한 변경이 없었다면, 수혜자/소셜 워커는 아래에 변동 없음을 확인하는 서명을 할 수 있습니다.

**수혜자/권한 대리인**

서명:_____ 날짜:_____

**카운티 직원**

서명:_____ 날짜:_____

이름 및 직위를 인쇄체로 쓰십시오:_____

## 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 개별 지원(BACK-UP) 계획 및 위험 평가

| 수혜자 이름: | 케이스 번호: |
|---|---|
| | |

### 지침서

수혜자가 그/그녀의 개별 지원 계획 및 위험 평가와 관련된 결정에 그/그녀가 독립적으로 선택을 할 수 있는지 수혜자와 함께 알아보는데 이 양식을 사용하십시오.

이 과정을 통해 일하는 동안 소셜워커, 수혜자, 및 수혜자가 포함시키길 원하는 다른 사람들 사이에 의논 및 협상이 이루어질 수 있도록 해야 합니다. **완료 후, 개별 지원 계획 및 위험 평가 사본을 수혜자에게 제공해야 할 것입니다. 원본 양식은 수혜자의 케이스 파일에 보관해야 할 것입니다. 소셜워커는 수혜자가 쉽게 접근할 수 있는 곳에 1 페이지를 붙여놓도록 권장해야 할 것입니다.**

**제 1 항:** 이름과 케이스 번호를 기재하십시오. CMIPS II 가 자동으로 입력할 수 있을 때까지 이 정보를 각 페이지에 추가해야 합니다.

**제 2 항:** 이 계획 개발에 참여한 수혜자/다른 사람들과의 의논을 통해, 지원 연락처에 대한 수혜자의 선택 및 선호 사항뿐만 아니라 필요한 경우 다른 중요한 번호를 기재하십시오. 수혜자와 함께 학대, 사기 및 방치, 그것들에 대한 신고 절차에 대해 의논하고 그들의 해당 지역 APS/CPS 번호를 포함하십시오. 수혜자에게 긴급 상황이 발생하면 반드시 911 에 전화해야 한다는 것을 강조하십시오.

**제 3A 항:** 다른 공식 또는 비공식 서비스를 통해 지원이 충족될 경우, 필요에 따라 자원 봉사 활동 인증서인 SOC450 을 작성 완료 하십시오. 확인된 위험 요소는 서비스 계획에 따른 승인 시간을 통해 완화될 수 있습니다. 수혜자가 어떤 서비스든 거부할 경우, 거부한 서비스와 확인된 위험, 그리고 받지 않겠다고 한 서비스와 관련된 위험을 수혜자가 감수하겠다고 선택한 것에 대한 기록을 명확하게 문서로 남기십시오.

**제 3B 항:** 또한, <u>의논 및 계획(지원 계획)을 통해 완화 또는 향상될 수 있는</u> 추가 위험 분야에 대해 수혜자와 의논하십시오.

**제 4 항:** 계획 개발에 참여한 수혜자/다른 사람들과 재난 방지에 대해 논의하십시오. 재난 발생시 개인 건강 보조를 어떻게 다루어야 하는지에 대한 논의를 포함하십시오.

**제 5 항:** 수혜자/다른 사람들의 참여와 함께 이 처리 과정에서 각 영역에 대해 의논했다는 것을 확인하는 모든 항목을 검토하십시오. 모든 해당하는 사람들이 이 양식의 모든 정보에 동의한다는 것을 확인하는 양식에 서명했는지 확인하십시오.

| **주/메모:** |
|---|
| |

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient