

خدمات مراقبت - در - خانه برنامه (IHSS) فرم گواهی پرستاری از سلامت

A. اطلاعات درخواست کننده/گیرنده (توسط کانتی تکمیل خواهد شد)

	نام درخواست کننده/گیرنده:
	نشانی:
تاریخ تولد:	کانتی محل اقامت:
# پرونده IHSS:	نام مددکار IHSS:
# تلفن مددکار IHSS:	# فکس مددکار IHSS:

B. اجازه انتشار اطلاعات پرستاری از سلامت (توسط درخواست کننده/گیرنده تکمیل خواهد شد)

من، _____، اجازه می دهم که اطلاعات پرستاری از سلامت مربوط به _____ (اسم با حروف چاپی) وضعیت جسمانی (فیزیکی) و/یا روحی من را در اختیار برنامه خدمات مراقبت - در - خانه بگذارند که آن متعلق به احتیاج خانوادگی/ و مربوط به پرستاری سلامت شخصی من دارد.

امضاء: _____ (درخواست کننده/گیرنده یا قیم/نگهبان (محافظ))

تاریخ: _____ / _____ / _____

شاهد (اگر شخص با علامت " X " امضاء کرده است): _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

به: مجوز پروانه بهداشت و درمان مراقبت حرفه ای *

شخص ذکر شده بالا درخواست کرده است یا در حال حاضر برنامه خدمات (IHSS) In-Home Supportive Services را دریافت می کند. قانون ایالتی تقاضا می کند که برای تصویب یا ادامه خدمات IHSS یک مجوز پروانه بهداشت و درمان مراقبت حرفه ای بایستی گواهی ارائه دهد که اعلان کند این شخص ذکر شده بالا به تنهایی و مستقل قادر به انجام برخی از کارهای روزمره نیست و بدون IHSS این شخص در خطر گذاشتن مراقبت در خارج از خانه قرار خواهد گرفت. این فرم گواهی مراقبت از سلامت بایستی تکمیل و به مددکار IHSS در لیست بالا برگردانده شود. مددکار IHSS اطلاعات ارائه شده را برای ارزیابی وضعیت او مرد/ زن و احتیاج پرستاری او خارج از منزل اگر خدمات IHSS ارائه نشده بود استفاده خواهد کرد. مددکار IHSS مسؤلیت تصویب خدمات و ساعات خدمات را دارد. اطلاعاتی که در این فرم ارائه و مطرح شده بعنوان یک عامل مورد لزوم برای خدمات، و تمام اسناد مربوطه مطرح خواهد شد و برای تعیین گزینش IHSS استفاده خواهد شد.

منظور برنامه IHSS قادر ساختن سالمند، نابینا، و اشخاص معلول که بیش از همه در خطر گذاشتن مراقبت در خارج از منزل می باشند آنها را در خانه خودشان با ایمنی نگاه داشته با ارائه خدمات مراقبت شخصی/ خانوادگی. خدمات IHSS شامل: خانه داری، تهیه خوراک نظافت، لباسشویی، خرید برای خوراک لوازم مایحتاج، یاری با تنفس، بیرون روی (توالت)، تغذیه، رختخواب حمام، لباس، مراقبت ماهانه (خانمها) کمک برای گردش، انتقال دادن، نظافت و پاکیزگی، ماساژ پوست، تغییر موقعیت، جابجایی، مراقبت/ کمک با اعطای مصنوعی، همراهی در وقت ملاقات پزشکی/ منابع متناوب، مخاطره در حیاط بخاطر قوی نبودن، نظافت سنگین، مدیریت (مشاهده در اعمال غیر ارادی، گیجی، فکراً معیوب یا فکراً بیمار و محافظت و امن نگهداشتن دریافت کننده در مقابل جراحت، مخاطره یا تصادف)، و کمکهای اورژانسی (فعالیت‌های "چابکی" که الزام به داوری مبنی بر تعلیماتی که از طرف مجوز پروانه بهداشت و درمان حرفه ای داده شده، از قبیل اداره کردن داروها، سوراخ کردن پوست، غیره، که اینها کارهای معمولی هستند که یک فرد عادی مرد / زن میتواند انجام دهد اگر او مرد / زن این محدودیتهای عملکرد را نداشته، که این (هم) ناشی از وضعیت جسمی یا روحی او مرد / زن ملزم به نگر داشتن سلامتی اوست مرد / زن). برنامه IHSS کمک دستی و/یا شفاهی (بداوری یا سریع کردن) خدمات ذکر شده بالا را ارائه می دهد.

مجوز بهداشت و درمان مراقبت حرفه ای یعنی یک شخصی که دارای جواز در کالیفرنیا توسط نماینده مناسب تنظیمی میباشد، فعال یا متصدی مطابق با حوزه یا وسعت جواز یا گواهی نامه خودش است بطوریکه تعریف شده در کد شغل و حرفه اینها شامل، ولی نه منحصر به: پزشکان، پزشکیار، آموزنده بالینی مرکز منطقه ای یا ناظر سر پرست آموزنده بالینی، شخص درمان بوسیله اشتغال کار (کار درمانی)، روانپزشک، روانشناس، چشم پزشک، ویژه گر چشم پزشکی، و پرستار سلامت عمومی.

خدمات مراقبت - در - خانه برنامه (IHSS) فرم صدور گواهینامه درمان و بهداشت

نام دریافت کننده/گیرنده:

پرونده IHSS:

C. اطلاعات پرستاری از سلامت (فقط توسط مجوز پروانه بهداشت و درمان مراقبت حرفه ای تکمیل شود)

یادداشت: ارقام # 1 & 2 (و 3 & 4، اگر قابل اجراء هستند) بایستی تکمیل شوند به شرط واجد شرایط بودن IHSS.

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>1. آیا این شخص بطور مستقل و به تنهایی قادر نیست یک یا بیشتر از کارهای روزمره زندگی را انجام دهد (از قبیل، خوردن، حمام، پوشیدن، استفاده از توالت، راه رفتن، غیره)، یا کارهای سودمند زندگی روزانه (از قبیل، خانه داری، آماده کردن غذا، خرید خوراک، غیره)؟</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>2. بنظر شما، یک یا بیشتر از خدمات توصیه شده IHSS مورد لزوم است که از الزام به گذاشتن پرستاری خارج از خانه (به توصیه خدمات IHSS در صفحه 1 نگاه کنید) جلوگیری کند؟</p>
<p>اگر به هر کدام از سوالهای #1 یا #2 جواب "خیر" دادید، سوالهای #3 و #4 را در زیر نادیده بگیرید، مابقی فرم را که شامل گواهی قسمت D در آخر این فرم می باشد تکمیل کنید.</p> <p>اگر به هر دو سوال #1 و #2 جواب "بله" دادید، به سوالهای #3 و #4 در زیر پاسخ داده، و در آخر این فرم گواهی قسمت D را تکمیل کنید.</p>	
<p>3. محدودیتهای وظائف فیزیکی (جسمانی) و/یا روحی این شخص که منجر به لزوم کمک دریافتی برنامه IHSS شده است را ارائه دهید و توصیف کنید.</p>	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>4. آیا انتظار می رود که محدودیت (ها)ی وظائف کاری این شخص حد اقل تا 12 ماه پی در پی ادامه پیدا کند و یا انتظار می رود در مدت 12 ماه منجر به مرگ او شود؟</p>

لطفاً تا اندازه ای که می توانید ارقام #5 - 8 را تکمیل کنید، تا بیشتر به مددکار IHSS برای واجد شرایط بودن این شخص کمک نمائید.

5. لطفاً نوع خدماتی را که برای این شخص ارائه میشود تشریح کنید (برای مثال، درمان پزشکی، مراقبت سالمندان، برنامه ریزی ترخیص، غیره):

6. چه مدت زمانی شما خدمات را به این شخص ارائه داده اید؟

7. فرکانس (تکرار) تماس شما را با این شخص توصیف کنید (برای مثال ماهیانه، سالانه، غیره):

8. تاریخ آخرین خدماتی که به این شخص ارائه داده اید: _____ / _____ / _____

یادداشت: مددکار IHSS امکان دارد برای اطلاعات بیشتر یا برای توضیح جوابهایی را که در بالا ارائه داده اید با شما تماس بگیرد.

D. گواهی مجوز پروانه بهداشت و درمان مراقبت حرفه ای

با امضای این فرم، من شهادت می دهم که من دارای پروانه یا جواز در ایالت کالیفرنیا هستم و تمام اطلاعات ارائه داده شده بالا صحیح می باشد.

نام:	سمت:
نشانی:	
# تلفن:	# فکس:
امضاء:	تاریخ:
شماره جواز حرفه ای:	اعتبار پروانه:

لطفاً این فرم را به مددکار ذکر شده صفحه 1 برگردانید.