

ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES, IHSS) ԾՐԱԳԻՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՎԿԱՅԱԳՐՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

A. ԴԻՄՈՐԴԻ/ՍՍԱՑՈՂԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ (պետք է լրացվի վարչաշրջանի կողմից)

Դիմորդի/ստացողի անունը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Հասցեն՝ _____

Բնակվելու վարչաշրջանը՝ _____ IHSS գործի համարը՝ _____

IHSS աշխատողի անունը՝ _____

IHSS աշխատողի հեռախոսահամարը՝ _____ IHSS աշխատողի ֆաքսի համարը՝ _____

B. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ԲԱՅԱՀԱՅՏԵԼՈՒ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ (պետք է լրացվի դիմորդի/ստացողի կողմից)

Ես՝ _____, թույլ եմ տալիս, որ իմ առողջապահական խնամքի (ԱՆՈՒՆԸ՝ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ)

տվյալները, որոնք վերաբերվում են իմ ֆիզիկական և/կամ հոգեկան վիճակին, բացահայտվեն Տնային աջակցության ծառայությունների ծրագրին՝ ինչպես հարկավոր է տնային/առնչվող ու անձնական խնամքի ծառայությունների իմ կարիքների համար:

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ ____/____/____
(ԴԻՄՈՐԴ/ՍՍԱՑՈՂ ՎԱՄ ՕՐԻՆԱԿԱՆ ԽՆԱՄԱՏԱՐ/ԽՆԱՄԱԿԱՆ)

Վկա (եթե անհատը ստորագրում է «X» նշանով)՝ _____ Ամսաթիվ՝ ____/____/____

ՈՒՄ՝ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՎԿԱՅԱԳՐՎԱԾ ՍԱՄՆԱԳԵՏԻՆ՝

Վերոնշյալ անհատը դիմել է կամ ներկայումս ծառայություններ է ստանում Տնային աջակցության ծառայությունների (IHSS) ծրագրից: Նահանգային օրենքը պահանջում է, որ որպեսզի IHSS ծառայությունները հաստատվեն կամ շարունակվեն, առողջապահական խնամքի վկայագրված մասնագետը պետք է առողջապահական խնամքի վկայագրում տրամադրի՝ հայտարարելով, որ վերոնշյալ անհատն ի վիճակի չէ կատարել առօրյա անկախ ապրելու որոշ գործողություններ, և որ առանց IHSS-ի, այդ անհատը տնից դուրս խնամքի համար տեղափոխվելու վտանգի տակ է: Այս առողջապահական խնամքի վկայագրման ձևաթուղթը պետք է լրացվի ու վերադարձվի վերոնշյալ IHSS աշխատողին: IHSS աշխատողը կօգտագործի տրամադրված տվյալները՝ գնահատելու համար անհատի ներկա վիճակը և տնից դուրս խնամքի անհրաժեշտությունը, եթե նրան IHSS ծառայություններ չմատուցվեն: IHSS աշխատողը պատասխանատու է ծառայությունների ու ծառայությունների ժամերի հաստատման համար: Այս ձևաթղթում տրամադրված տվյալները կհամարվեն ծառայությունների անհրաժեշտության մեկ գործոն, և IHSS որոշումը կայացնելիս հաշվի են առնվելու համապատասխան բոլոր փաստաթղթերը:

**Առողջապահական խնամքի վկայագրված մասնագետ նշանակում է, որ անձը California-ում վկայագրված է California-ի համապատասխան կանոնակարգող գործակալության կողմից, գործում է իր արտոնագրի կամ վկայագրի շրջանակներում՝ ինչպես սահմանված է Բիզնեսի և մասնագիտությունների կողով: Սա ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում՝ բժիշկներ, բժշկի օգնականներ, տարածաշրջանային կենտրոնների կլինիկական մասնագետներ ու կլինիկական վերահսկիչներ, աշխատանքային թերապևտներ, ֆիզիկական թերապևտներ, հոգեբույժներ, հոգեբաններ, օպտոմետրիստներ, ակնաբաններ և հանրային առողջություն բուժքույրեր:*

IHSS-ը մի ծրագիր է, որը թույլ է տալիս տարեց, կույր կամ հաշմանդամ անհատներին, որոնք տնից դուրս խնամքի համար տեղափոխվելու բարձր վտանգի տակ են, ապահով կերպով մնալ իրենց սեփական տանը՝ տրամադրելով նրանց տնային/առչնվող և անձնական խնամքի ծառայություններ: **IHSS** ծառայությունները ներառում են. տան գործեր, կերակրի պատրաստում, ուտելուց հետո մաքրում, սովորական լվացք, սննդի ու այլ անհրաժեշտ պարագաների առևտուր, շնչառության օգնություն, աղիքների և միզապարկի խնամք, կերակրում, անկողնային լոգարաններ, հագնվելը, դաշտանային խնամք, վիրահատությունից հետո շարժվելը, տեղափոխում, լողանալը և մազերի խնամք, մաշկի մերսում և դիրքի փոփոխում, պրոթեզների հետ կապված խնամք/օգնություն, ուղեկցում բժշկական այցելությունների/այլընտրանքային ռեսուրսների, բակի վտանգների նվազեցում, մանրակրկիտ մաքրում, պաշտպանիչ վերահսկում (վերահսկել ինքնուրույն չուղորդվող, շփոթված, հոգական խանգարված կամ հոգեկան հիվանդ անհատի վարքը և միջամտել, ըստ անհրաժեշտության, պաշտպանելու համար ստացողին վնասվածքից, վտանգից կամ միջադեպից), և պարաբժշկական ծառայություններ (գործողություններ, որոնք պահանջում են պատրաստվածության վրա հիմնված դատումներ առողջապահական խնամքի վկայագրված մասնագետի կողմից, ինչպես օրինակ՝ դեղորայքի ընդունում, մաշկի ծակում և այլն, որոնք անհատը սովորաբար ինքնուրույն կաներ, եթե չունենար ֆունկցիոնալ սահմանափակումներ, և որոնք, նրա ֆիզիկական կամ հոգեկան վիճակի պատճառով, անհրաժեշտ են նրա առողջությունը պահպանելու համար): **IHSS** ծրագիրը տրամադրում է վերոնշյալ ծառայությունները և/կամ դրանց բանավոր աջակցություն (հիշեցում կամ հուշում):

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
(IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES, IHSS) ԾՐԱԳԻՐ**

Դիմորդի/ստացողի անունը՝	IHSS գործի համարը՝
-------------------------	--------------------

C. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՍՔԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ (պետք է լրացվի միայն առողջապահական խնամքի արտոնագրված մասնագետի կողմից)

ՆՇՈՒՄ. ԿԵՏԵՐ 1 և 2 (ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ 3 ԵՎ 4, ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է) ՊԵՏՔ Է ԼՐԱՑՎԵՆ ՈՐՊԵՍ IHSS ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆ:

1. Այս անհատն ի վիճակի չէ՞ անկախ կատարել առօրյա կյանքի մեկ կամ ավելի գործողություններ (օրինակ՝ ուտել, լողանալ, հագնվել, գուգարանից օգտվել, քայլել և այլն) կամ առօրյա կյանքի գործիական գործողություններ (օրինակ՝ տան գործեր, կերակրի պատրաստում, սննդի առևտուր և այլն):	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
2. Ձեր կարծիքով, խորհուրդ է տրվում մե՞կ կամ ավելի՞ IHSS ծառայություններ, որպեսզի կանխվի տնից դուրս խնամքի անհրաժեշտությունը (տե՛ս IHSS ծառայությունների նկարագիրը 1-ին էջում):	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
<p><i>Եթե պատասխանել էք «ՈՉ» հարց 1-ին ԿԱՍ 2-ին, անցեք հարց 3-ին ու 4-ին՝ ներքևում և լրացրեք ձևաթղթի մնացած մասը, ներառյալ վկայագրումը ՄԱՍ Դ-ում՝ ձևաթղթի ներքևում:</i></p> <p><i>Եթե պատասխանել էք «ԱՅՈ» հարց 1-ին ԵՎ 2-ին, պատասխանեք հարց 3-ին ու 4-ին՝ ներքևում, և լրացրեք ձևաթղթի վկայագրումը ՄԱՍ Դ-ում՝ ձևաթղթի ներքևում:</i></p>	
3. Նկարագրեք որևէ ֆիզիկական և/կամ հոգեկան վիճակ կամ ֆունկցիոնալ սահմանափակում, որի հետևանքով այս անհատին անհրաժեշտ է IHSS ծրագրի օգնությունը:	
4. Ակնկալվո՞ւմ է արոյոք, որ այս անհատի վիճակ(ներ)ը կամ ֆիզիկական սահմանափակում(ներ)ը տևելու է առնվազն 12 շաբաթանակական ամիս ԿԱՍ 12 ամսվա ընթացքում բերելու է մահվան:	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

Խնդրում ենք լրացնել 5-ից 8 կետերը, որքան կարող եք, որպեսզի օգնեք IHSS աշխատողին այս անհատի հրավասությունը որոշելու հարցում:

- 5. Նկարագրեք, թե ինչ բնույթի ծառայություններ եք դուք տրամադրում այս անհատին (օրինակ՝ բժշկական բուժում, բուժքույրական խնամք, դուրս գրման պլանավորում և այլն):
- 6. Ինչքա՞ն ժամանակ է, որ ծառայություններ եք տրամադրում այս անհատին:
- 7. Նկարագրեք այս անհատի հետ ձեր շփման հաճախականությունը (օրինակ՝ ամեն ամիս, ամեն տարի և այլն):
- 8. Նշեք, թե որ ամսաթվին եք վերջին անգամ ծառայություններ տրամադրել այս անհատին _____ / _____ / _____

ՆՇՈՒՄ. IHSS ԱՇԽԱՏՈՂԸ ԿԱՐՈՂ Է ԿԱՊԵՎԵԼ ՁԵՁ ՀԵՏ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՍ ՁԵՐ ՎԵՐՈՆՇԱՅԼ ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐԸ ՊԱՐԶԱԲԱՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ:

D. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՐՏՈՆԱԳՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝ ես հաստատում եմ, որ ես արտոնագրված եմ California նահանգում, և վերևում տրամադրված բոլոր տվյալները ճիշտ են:

Անուն՝	Պաշտոն՝
--------	---------

Հասցե՝

Հեռախոսահամար՝	Ֆաքս համար՝
----------------	-------------

Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
-----------------	----------

Մասնագիտական արտոնագրի համար՝	Արտոնագրող մարմին՝
-------------------------------	--------------------

Խնդրում ենք վերադարձնել այս ձևաթուղթը 1-ին էջում նշված IHSS աշխատողին: