

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 24-ЧАСОВОЙ ПЛАН НАБЛЮДЕНИЯ

ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ПОЖАЛУЙСТА

ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПОЛУЧАТЕЛЯ:
АДРЕС ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS:	
ИМЯ ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА:
КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ:	

Являясь основным ответственным контактным лицом для организации 24-часового плана наблюдения для вышеупомянутого получателя, я подтверждаю свое понимание следующего:

- 24-часовой план наблюдения был составлен и вступил в силу.
Непрерывный 24-часовой план наблюдения может быть выполнен вне зависимости от количества оплачиваемых часов по программе предоставления услуг на дому (In-Home Supportive Service - IHSS) наряду с различными альтернативными ресурсами (например, Центрами дневного ухода для взрослых или детей (Adult or Child Day Care Centers), общественными ресурсными центрами (community resource centers), Центрами для пожилых (Senior Centers), центрами отдыха (respite centers) и т.д.).
- 24-часовой план наблюдения будет предоставляться всегда.
- Если есть какие-либо изменения в 24-часовом плане наблюдения (например, госпитализация, участие в программах дневного ухода, поездки и т.д.), я немедленно **сообщу об этом социальному работнику IHSS.**
- Получатель с вышеуказанным именем имеет установленную потребность в 24-часовом профилактическом наблюдении для того, чтобы он/она мог(ла) находиться дома в безопасности. Социальный работник IHSS также обсудил со мной целесообразность ухода вне дома в качестве альтернативы 24-часовому профилактическому наблюдению.

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА УСЛУГ (1):	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
ИМЯ ПРОВАЙДЕРА УСЛУГ (2):	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
ИМЯ ПРОВАЙДЕРА УСЛУГ (3):	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

Опишите реализацию 24-часового плана профилактического наблюдения:

ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА:	ДАТА:
ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА IHSS:	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS)
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
24-ЧАСОВОЙ ПЛАН НАБЛЮДЕНИЯ (SOC 825)**

ИНСТРУКЦИИ

План 24-часового профилактического наблюдения IHSS (SOC 825) является дополнительной формой, используемой округом. Форма SOC 825 предназначена для обеспечения того, чтобы получатели, нуждающиеся в профилактическом наблюдении, имели 24-часовую помощь, необходимую для их здоровья и безопасности 24 часа в сутки.

Работник социального обслуживания получателя и провайдер(ы) IHSS, будь то член семьи, друг или вообще не имеющее личного отношения лицо, должны вместе обсудить план или расписание 24-часового профилактического наблюдения за получателем.

ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS: Укажите полное имя получателя IHSS.

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПОЛУЧАТЕЛЯ: Укажите контактный номер телефона получателя.

АДРЕС ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS: Укажите домашний адрес получателя, где будет осуществляться основная часть плана 24-часового профилактического наблюдения.

ИМЯ ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА: Укажите имя лица, несущего основную ответственность за координацию плана 24-часового профилактического наблюдения.

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА: Укажите номер телефона лица, несущего основную ответственность.

КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ: Укажите, кем приходится получателю лицо, несущее основную ответственность (например, член семьи, провайдер услуг IHSS, друг и т.д.).

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА(ОВ) УСЛУГ (1), (2), (3) и КОНТАКТНЫЙ НОМЕР(А) ТЕЛЕФОНА(ОВ): Укажите имя(имена) каждого провайдера услуг, ответственного за обслуживание получателя в течение 24-часового наблюдения. Укажите номер контактного телефона для каждого провайдера услуг.

Если за этого получателя несут ответственность более трех (3) провайдеров услуг, то можно приложить дополнительный лист бумаги с именем(именами) и контактным(и) номером(и) телефона.

Опишите реализацию 24-часового плана профилактического наблюдения:

Укажите запланированное расписание или объяснение плана, в котором вышеуказанный(е) провайдер(ы) будут обеспечивать уход за получателем в течение всего 24-часового периода. Дополнительный лист бумаги может быть приложен, если требуется больше места для описания 24-часового плана профилактического наблюдения.

ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО ОТВЕТСТВЕННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА и ДАТА: После того, как будет разработан 24-часовой план наблюдения, основное ответственное контактное лицо подпишет и поставит дату на форме во время обсуждения плана с социальным работником, утверждающим необходимость профилактического наблюдения.

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА IHSS и КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

Когда 24-часовой план наблюдения будет обсужден, подписан и датирован основным ответственным контактным лицом, работник социального обслуживания округа подпишет форму и укажет свой контактный номер телефона.

Копия этой формы должна быть предоставлена основному ответственному контактному лицу и сохранена в материалах дела округа.