ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Ա. ԴԻՄՈՂԻՆ/ՍՏԱՑՈՂԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (Պետք է լրացվի վարչաշրջանի կողմից)

Դիմողի/ստացողի անունը | Ծննդյան տարեթիվը՝

Հասցեն՝

Որ վարչաշրջանում է բնակվում՝ | IHSS Գործի համարը՝

IHSS Աշխատողի անունը՝

IHSS Աշխատողի հեռախոսահամարը՝ | IHSS Աշխատողի ֆաքսի համարը՝

Բ. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՀՐԱՊԱՐԱԿԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ (Պետք է լրացվի դիմողի/ստացողի կողմից)Տo

Ես՝ _____, լիազորում եմ Տնային Աջակցության Ծառայությունների ծրագրին
(անունը տպատառ)
հրապարակել իմ ֆիզիկական և/կամ մտավոր վիճակին վերաբերող բժշկական տեղեկատվությունը, քանի որ այն առնչվում է տնային և անձնական խնամքի ծառայությունների ունեցած կարիքին:

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____
(Դիմող/Ստացող կամ Իրավական խնամակալ/Պաշտպան)

Վկա (եթե անձնավորությունը ստորագրում է) «X»-ով _____ Ամսաթիվ _____/_____/_____

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՐՏՈՆԱԳՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻՆ՝

Վերը նշված անձնավորությունը դիմել է կամ ներկայումս Տնային Աջակցության Ծառայությունների ծրագրից (IHSS) ծառայություններ է ստանում: Նահանգային օրենքը պահանջում է, որ IHSS ծառայություններ տրամադրող արտոնագրված կամ արտոնագիրը շարունակող առողջապահական խնամքի մասնագետը պետք է բժշկական վկայագիրը տրամադրի՝ հայտարարելով, որ վերը նշված անձնավորությունը ի վիճակի չէ ինքնուրույն կատարել առօրյա կյանքի մի քանի գործողություններ, և առանց IHSS-ի տվյալ անձնավորությունը տանից դուրս խնամքի վտանգի մեջ կլինի:Սույն բժշկական հաստատման ձևաթուղթը պետք է լրացվի և վերադարձվի վերը նշված սոցիալական աշխատողին: IHSS-ի սոցիալական աշխատողը կօգտագործի տրամադրված տեղեկատվությունը՝ գնահատելու անձնավորության ներկա վիճակը և նրա տանից դուրս խնամքի կարիքը, եթե IHSS-ի ծառայությունները չեն տրամադրվել: IHSS-ի աշխատողը պատասխանատվություն է կրում լիազորված ծառայությունների և ծառայությունների ժամանակի համար:Սույն ձևաթղթում տրամադրված տեղեկատվությունը հաշվի կառնվի որպես ծառայությունների կարիքի մեկ գործոն, և համապատասխան ողջ տեղեկատվությունը հաշվի կառնվի IHSS-ի որոշման ժամանակ:

IHSS-ը ծրագիր է, որը նպատակ է հետապնդում տարեց, կույր և հաշմանդամ անձանց, ովքեր ամենաշատն են վտանգված տանից դուրս խնամքի տեղափոխվելու, ապահով կերպով մնալ իրենց տներում՝ նրանց տրամադրելով տնային/կապակցված և անձնական խնամքի ծառայություններ: IHSS-ի ծառայությունները ներառում են տնավարություն, ճաշի պատրաստում,ճաշից հետո մաքրություն, ընթացիկ լվացք, սննդի գնումներ կամ այլ կարիքներ, շնչառության հետ կապված աջակցություն, աղիների և միզապարկի խնամք, կերակրելը, անկողնում լողացնելը, հագուստը հագցնելը, խնամք դաշտանի ժամանակ, աջակցություն հիվանդանոց տեղափոխման ժամանակ, փոխադրումներ, լողացնելը և մաքրելը, մաշկը մաքրելը, պրոթեզների խնամք/աջակցություն, բժշկի հետ ժամադրություններին/այլընտրանքային միջոցներին ընկերակցում, բակի վտանգի մեղմացում, շատ մաքրում, պաշտոնական վերահսկում (զննելով ոչ ինքնուրույն շարժման վարգը, շփոթված, մտավոր խանգարում կամ մտավոր հիվանդ անձնավորություն, ինչպես նաև երբ անհրաժեշտ է միջամտել խնամքն ստացողին պաշտպանելու վնասվածքից, վտանգից կամ պատահարից) և առաջին բուժօգնության ծառայություններ (գործողություններ, որոնք պահանջում են դիտողություն՝ հիմնված առողջապահական խնամքի արտոնագրված մասնագետի կողմից տրված վերապատրաստման դասընթացի վրա, ինչպես օրինակ դեղորայքները տալը, մաշկը ծակելը և այլն, որն անձնավորությունը սովորաբար կարող է ինքն իրեն համար կատարել, եթե նա չունի ֆունկցիոնալ սահմանափակումներ և որոնք կապված իր ֆիզիկական կամ մտավոր վիճցկի հետ անհրաժեշտ են՝ պահպանելու իր առողջությունը): IHSS ծրագիրը տրամադրում է առձեռն և/ կամ բանավոր աջակցություն (հիշեցում կամ մղում)՝ վերը թվարկված ծառայությունների համար:

ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (IHSS) ԾՐԱԳՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Դիմողի/Ստացողի անունը՝	IHSS Գործ թիվ՝

***ՄԻԱՅՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՐՏՈՆԱԳՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԼՐԱՑՆԵԼ ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՂԹԻ ՄՆԱՑԱԾ ՄԱՍԸ**

Գ. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ (Պետք է լրացվի առողջապահական խնամքի արտոնագրված մասնագետի կողմից)

1. Նկարագրեք այն ծարայությունների բնույթը, որոնք դուք մատուցում եք այս անձնավորությանը (օր.՝ բժշկական բուժում, բուժքույրական խնամք, հիվանդանոցից դորս գրվելու պլանավորում և այլն)

2. Որքա՞ն ժամանակ եք դուք այս անձնավորությանը ծառայություններ տրամադրել:

3. Նկարագրեք այս անձնավորության հետ ձեր կապի հաճախականությունը (օր.՝ ամսական, տարեկան և այլն).

4. Նշեք այս անձնավորությանը ձեր կողմից տրամադրված վերջին ծառայության ամսաթիվը ____ / ____ / ____

5. **Այս անձնավորությունը ի վիճակի չէ՞ ինքնուրույն կատարել առօրյա կյանքի մեկ կամ մի քանի գործողությունները (օր.՝ ուտել, լոգանք ընդունել, հագնվել, զուգարանից օգտվել, քայլել և այլն) կան առօրյա կյանքի օգտակար գործողությունները (օր.՝ տնավարությունը, ճաշ պատրաստելը, սնունդ գնելը և այլն):**	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
6. **Ձեր կարծիքով, արդյոք IHSS-ի մեկ կամ մի քանի ծառայությունները երաշխավորում են՝ կանխարգելելու տանից դուրս խնամքի կարիքը (IHSS ծառայությունների նկարագրությունը տես էջ 1-ում):**	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե դուք 5-րդ կամ 6-րդ հարցին պատասխանել եք «ՈՉ», ապա շրջանցեք ներքևի 7-րդ և 8-րդ հարցերը և ավարտեք վկայագրումը Դ ԲԱԺՆՈՒՄ՝ ձևաթղթի ամենաներքևում:

Եթե դուք 5-րդ կամ 6-րդ հարցին պատասխանել եք «ԱՅՈ», ապա պատասխանեք ներքևի 7-րդ և 8-րդ հարցերին և ավարտեք վկայագրումը Դ ԲԱԺՆՈՒՄ՝ ձևաթղթի ամենաներքևում:

7. Տրամադրեք ցանկացած ֆիզիկական և/կամ մտավոր վիճակի կամ ֆունկցիոնալ սահմանափակման նկարագրություն, որը հանգեցրել կամ նպաստել է այս անձնավորության՝ IHSS ծրագրից օգնություն ստանալու անհրաժեշտությանը.

8. Արդյո՞ք այս վիճակը(ները) կամ ֆունկցիոնալ սահմանափակում(ներ)ը ակնկալվում է, որ կշարունակվեն հաջորդող 12 ամիսների ընթացքում	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂԸ ԿԱՐՈՂ Է ԿԱՊՎԵԼ ՁԵԶ ՀԵՏ՝ ՆՇՎԱԾ ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐԸ ՊԱՐԶԱԲԱՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ:

Դ. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՐՏՈՆԱԳՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ:

Սույն ձևաթուղթն ստորագրելով ես հաստատում եմ, որ ես արտոնագրված եմ Կալիֆորնիա նահանգում, և վերը տրամադրված ողջ տեղեկատվությունը ճշգրիտ է.

Անուն՝	Պաշտոն՝
Հասցե՝	
Հեռախոսահամար՝	Ֆաքս՝
Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
Մասնագիտական արտոնագրի համարը՝	Արտոնագրող մարմին՝

Խնդրում ենք սույն ձևաթուղթը վերադարձնել էջ 1 –ում նշված սոցիալական աշխատողին: