

**자택 외 서비스 인정**  
**Out-of-Home Services Acknowledgement**

부모 또는 법적 보호자가 서명한 본 문서는 아동이 면허를 소지한 서비스 제공자 또는 공인 서비스 제공자로부터 자택 외 서비스를 받는 동안 보호자의 양육 책임 및 결정 권한을 인정합니다.

아동의 성명(이름, 중간이름, 성)	생년월일	ADSA ID 번호
---------------------	------	------------

\_\_\_\_\_ **본인은**  
\_\_\_\_\_ **의 부모 / 법적 보호자로서 본 문서에 서명하여 다음을 인정합니다.**

- a. DSHS/DDA는 Medicaid 및 커뮤니티 기반 웨이버 서비스(Home and Community Based Waiver Services) 또는 로드 투 커뮤니티 리빙을 통해 서비스를 제공합니다.
- b. DDA 개인 중심 서비스 계획에서 제공하는 서비스는 자발적으로 참여하며 본인은 언제든지 서비스를 종료할 수 있습니다.
- c. 자택 외 서비스 가입은 부모 또는 법적 보호자로서 본인의 법적 권리와 책임에 영향을 미치지 않습니다.
- d. 본인의 아동은 현재 RCW 13-34-050 또는 26.44.050에 따른 아동청소년가족부 (Department of Children, Youth and Families, DCYF)의 보호 관리, RCW 13-34-060에 따른 쉼터 보호, RCW 13.34.130에 따른 위탁 양육 상태가 아닙니다.
- e. 본인은 다음의 권리를 유지합니다.
  - i. 아동에 대한 의료 제공 승인
  - ii. 아동을 위한 모든 법적 결정
- f. 본인은 다음에 대한 법적 책임을 유지합니다.
  - i. 아동의 양육
  - ii. 자택 외 서비스가 중단된 경우 아동에 대한 책임
  - iii. 민간 보험, Medicare, Medicaid 주 플랜 또는 기타 재원에서 보장하지 않는 숙식 및 기본 지출을 포함한 아동의 양육 비용.

**부모 / 법적 보호자는 다음에 동의합니다.**

본인은 아동이 자택 외 서비스를 받는 동안 다음의 책임을 이행할 것에 동의합니다.

- 1. 본인은 DDA 사례 관리자에게 본인의 현재 주소와 전화번호를 알려야 하며 연락처 정보가 변경된 경우 사례 관리자에게 7일 이내에 알려야 합니다.
- 2. 본인은 아동과 매주 연락을 유지해야 하며 아동의 양육 계획에 적극적으로 참여해야 합니다.
- 3. 본인은 아동의 교육 계획 개발 및 계속 평가와 연례 평가에 참여해야 하며 면허 소지 서비스 제공자 또는 공인 서비스 제공자 및 학교 담당자와 정기적으로 소통해야 합니다.
- 4. 본인은 민간 보험, Medicare, Medicaid 주 플랜을 통해 이용할 수 있는 필요한 모든 신체, 행동 건강 혜택을 조율해야 하며 이를 면허 소지 서비스 제공자 또는 공인 서비스 제공자와 조율해야 합니다.
- 5. 본인은 아동이 이용할 수 있는 수당과 혜택을 신청해야 하며 이를 유지하는데 필요한 정보를 제공해야 합니다.
- 6. 본인은 다음에 참여해야 합니다.
  - a) 아동 및 가족 참여 계획의 개발 및 이행
  - b) 팀 회의
  - c) 개인 중심 서비스 계획을 포함한 DDA 연례 평가
- 7. 본인은 수혜자의 사회보장소득 또는 보조금을 관리하는 대표 수취인을 정해야 하며 수혜자의 책임 및 기본 지출을 준수해야 합니다.
- 8. 본인은 수혜자의 책임 또는 기본 지출 지급을 확인해야 합니다. 미지급 시 제공자의 수혜자 서비스가 곤란해질 수 있습니다.
- 9. 필요한 경우, 법원이 지시한 공동 부양 계획서 및/또는 이혼 판결서 사본을 DDA에 제출해야 합니다.

부모 / 법적 보호자 서명	날짜
부모 / 법적 보호자 서명	날짜
DDA 사례 자원 관리자 서명	날짜

\_\_\_\_\_ 본인, (부모의 이름을 정자로 기입할 것)은(는) 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본인이 이 아이의 법적 보호자 또는 양육계획서에 설명한 대로 아동이 대부분의 시간을 저와 함께 살고 있거나 이 합의서에 동의한 양육 계획서를 준수할 권한이 있는 사람이라는 진술 내용의 사실성과 정확성을 증명합니다.

\_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ 장소 \_\_\_\_\_  
부모 / 법적 대리인 서명 날짜 장소 (시, 주)