Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINSTRATION (DDA)

Подтверждение ознакомления с правилами предоставления услуг вне дома

Out-of-Home Services Acknowledgement

Этот документ, подписанный родителем или законным опекуном, подтверждает их ответственность за опеку над ребенком и право на принятие решений, пока ребенок будет получать услуги вне дома (Out-of-Home services) от лицензированного или сертифицированного поставщика.

ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ/ ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ADSA

Подписывая этот документ, я, _____, **как родитель (-и) / законный опекун следующего ребенка:**

_____ **подтверждаю, что принял к сведению следующее:**

a. DSHS/DDA предлагают услуги в рамках Альтернативных услуг Medicaid на дому и по месту проживания (Medicaid Home and Community-Based Waiver Services);
b. Услуги, которые предоставляются в рамках персонально-ориентированного плана услуг DDA, носят добровольный характер и я могу в любое врем отказаться от их получения;
c. Регистрация и участие в программе услуг вне дома не влияют на мои законные права и обязанности как родителя или законного опекуна;
d. Мой ребенок в настоящее время не находится под надзором Департамента по делам детей, молодежи и семей (Department of Children, Youth, and Families) в соответствии с RCW 13-34-050 или 26.44.050, не помещен в приют в соответствии с RCW 13-34-060 или временно в приемную семью в соответствии с RCW 13.34.130;
e. Я сохраняю следующие полномочия:
   i. Разрешать оказание медицинских услуг для моего ребенка и
   ii. Принимать все юридически значимые решения за моего ребенка.
f. Я продолжаю выполнять следующие юридически значимые обязанности:
   i. Уход за моим ребенком;
   ii. Нести ответственность за моего ребенка, если услуги вне дома будут прекращены или приостановлены, и
   iii. Уплату расходов на уход за моим ребенком, включая расходы на проживание и питание и основные расходы, которые не покрываются частной страховкой, Medicare, планом программы Medicaid на уровне штата или из других источников финансирования.

<u>Родитель / законный опекун соглашается</u>:

Я соглашаюсь выполнять следующие обязательства, пока мой ребенок будет получать услуги вне дома:

1. Я обязан (-а) информировать своего курирующего менеджера из DDA о своем текущем адресе и номере телефона и в течение семи дней уведомлять курирующего менеджера об изменениях моей контактной информации.
2. Я обязан (-а) еженедельно встречаться со своим ребенком и активно участвовать в планировании ухода за моим ребенком.
3. Я обязан (-а) участвовать в текущей или ежегодной оценке индивидуального образовательного плана моего ребенка и в разработке такого плана, а также поддерживать регулярное общение с лицензированным или сертифицированным поставщиком услуг и представителями школы.
4. Я обязан (-а) координировать все необходимые с медицинской точки зрения льготы и выплаты на поддержание физического или поведенческого здоровья, доступные в рамках частного страхования, Medicare или плана Medicaid на уровне штата и сообщать о таких льготах и выплатах, а также координировать их получение с лицензированным или сертифицированным поставщиком услуг.
5. Я обязан (-а) подавать заявку на получение дохода, льгот или выплат, доступных для моего ребенка, и предоставлять всю необходимую информацию для их успешного получения.
6. Я обязан (а) принимать участие в:
   a) Разработке и реализации плана по вовлечению ребенка и семьи (child and family engagement plan);
   b) Совещаниях команды и
   c) Ежегодно проводимой DDA оценке, включая персонально-ориентированный план предоставления услуг.
7. Я обязан (-а) назначить представителя для получения платежей, чтобы управлять пособием по социальному обеспечению (social security income) или дополнительным пособием по социальному обеспечению (supplemental security income) и выполнять требования, которые касаются финансовых обязательств клиента и несения основных расходов.
8. Я обязан (-а) обеспечивать выплату финансовых обязательств клиента или покрытие основных расходов. Невыплата таких средств может поставить под угрозу оказание услуг клиенту со стороны поставщика.
9. Я обязан (-а) предоставить DDA копию утвержденного судом плана по совместному исполнению родительских обязанностей и/или судебного решения о разводе, если это применимо.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА	ДАТА
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА	ДАТА
ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕР ПО УХОДУ И РЕСУРСАМ АДМИНИСТРАЦИИ DDA	ДАТА

Я, _____, (ВПИШИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ РОДИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) под страхом наказания за лжесвидетельство подтверждаю, что нижеуказанные сведения являются правдивыми и точными, что я являюсь официальным опекуном ребенка или что ребенок проживает со мной большую часть времени, как указано в родительском плане, или что в соответствии с родительским планом я имею право согласиться на условия настоящего договора.

_____ дата: _____ в _____

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | ДАТА | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД, ШТАТ)