

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS)
ԱՆՂԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՂԱՏՈՒՄ**

ԲԱԺԻՆ 1 - ՄՏԱՑՈՂԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ՄՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ
-------------------------	-----------

ԱՆՂԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ

ԲԱԺԻՆ 2 - ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԱՆՁԻՆՔ՝ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

Եթե ոչ շտապ օգնության կարիք ունեք եւ/կամ IHSS-ի Ձեր խնամատունն չի եկել նշանակված ժամին, ապա զանգահարեք.

	Անուն, ազգանուն	Հեռախոսահամար
Ընտանիքի անդամ		
Ընկեր/բարեկամ		
Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների աշխատակից		
Վարչաշրջանի IHSS-ի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ		
Պետական պատասխանատու մարմին		
Այլ		

Ձեր տրամադրության տակ գտնվող այլ կարելուր հեռախոսահամարներ, եթե անհրաժեշտ լինեն.

Բժշկի գրասենյակ		
Փաստաբանական խումբ (խմբեր)		
Ոստիկանական բաժանմունք		
Հրշեջ ծառայություն		
Այլ		

Եթե ցանկանում եք հայտնել չարաշահման, կեղծումների եւ/կամ անպատշաճ վերաբերմունքի մասին, ապա զանգահարեք.

Չափահասների պաշտպանության ծառայություններ	
Երեխաների պաշտպանության ծառայություններ	
Խլություն կամ ծանր լսողություն ունեցողների թեժ գիծ	(916) 558-5670
Խաբեության եւ չափահասների նկատմամբ բռնության թեժ գիծ	(800) 722-0432
Medi-Cal-ի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ	(800) 822-6222
Սոցիալական ապահովության մարմնի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ	(800) 269-0271

Արտակարգ պատահարների դեպքում՝ զանգահարեք 911

Արտակարգ պատահարը Ձեր առողջությունը, բարեկեցությունը եւ/կամ անվտանգությունը անմիջականորեն վտանգող դեպքն է:

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS)
ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ**

ՄՏԱՑՈՐԻ ԱՆՈՒՄ, ԱԶԳԱՆՈՒՄ

ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԲԱԺԻՆ 3 - ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ա. IHSS-ի գնահատում

IHSS-ի կողմից այս գնահատման ընթացքում Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը բացահայտել եք անձնական, տնային ինսամբի եւ այլ առնչվող ծառայությունների ոլորտների այն ռիսկերը, որոնց համար Դուք աշակցության կարիք ունեք: Աշակցությունը կարող է տրամադրվել IHSS-ի կամ այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների կողմից:

Բ. Հավելյալ ռիսկերի գոտիներ

Հետևյալ գոտիները հանդիսանում են հավելյալ ռիսկային գոտիներ, որոնց վերաբերյալ քննարկում եք ունեցել Ձեր սոցիալական աշխատողի հետ եւ որոշել, որ դրանք, ըստ երեւույթին, IHSS-ի ծրագրի շրջանակներից դուրս կմնան (ևչեք բոլոր անհրաժեշտ կետերը):

Նշումներ

<p>Բ1. Կենսապայմաններ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Բնակվում է այլոց հետ, որոնք կարող են օգնություն ցուցաբերել <input type="checkbox"/> Բնակվում է մենակ, ունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ, որոնք կարող են օգնել <input type="checkbox"/> Բնակվում է մենակ, չունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ 	
<p>Բ2. Դուրս գալու/շրջակա միջավայրի գործոններ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Կարող է ինքնուրույն դուրս գալ <input type="checkbox"/> Կարող է դուրս գալ, սակայն հսկողությամբ/բանավոր ուղղություն տալու դեպքում <input type="checkbox"/> Արտակարգ պատահարի դեպքում տնից դուրս գալու համար ֆիզիկական աշակցության կարիք ունի <input type="checkbox"/> Կարող է ինքնուրույն կերակրվել/խմել <input type="checkbox"/> Տեղյակ է արտակարգ պատահարների կամ ճգնաժամային իրավիճակների հեռախոսահամարներին/կոնտակտներին <input type="checkbox"/> Կարող է օգտվել էլեկտրականության, ջեռուցման, գովացման կամ այլ սարքավորումներից 	
<p>Բ3. Հաղորդակցում</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Հաղորդակցվում է առանց դժվարության <input type="checkbox"/> Լսողության խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն <input type="checkbox"/> Խոսելու խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն <input type="checkbox"/> Կարողանում է խոսել կամ լսել օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ Օժանդակ սարք(եր). _____ <input type="checkbox"/> Կարողանում է ինքնուրույն զանգել եւ զանգեր ստանալ <input type="checkbox"/> Կարողանում է օգտվել հեռախոսից օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ Օժանդակ սարք(եր). _____ 	

ԲԱԺԻՆ 4 - ԴԱՏՐԱՍՏՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԴԵՊՈՒՄ

Աղետների պատրաստվածության ուղղությամբ, ինչպիսիք են շոգ եւ ցուրտ եղանակային արտակարգ իրավիճակները, հրդեհները, ջրհեղեղները եւ երկրաշարժերը, Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը քննարկել եք հետևյալը.

- Ձեր անհատական առողջական կարիքները, որոնք նշված կլինեն Վարչաշրջանի աղետների պատրաստվածության գնահատման պլանում (եթե գործածվում է Ձեր վարչաշրջանի կողմից):

Distribution:

Original/Case File

Copy/Recipient

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS)
ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՅՎԱԾ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ**

ՍՏԱՑՈՒԻ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ

ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԲԱԺԻՆ 5 - ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ստորել ստորագրելով՝ Դուք, Ձեր սոցիալական աշխատողը եւ այս գործընթացում ընդգրկված Ձեր կողմից ընտրված ցանկացած անձ (անձինք) հաստատում են, որ դուք քննարկել եւ համաձայնության եք եկել այս Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվության վերաբերյալ:

Ստացող

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Վարչաշրջանի աշխատակից

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ պաշտոն _____

Լիազորված ներկայացուցիչ

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ կապը/ազգակցությունը ստացողի հետ. _____

Այլ

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ կապը/ազգակցությունը ստացողի հետ. _____

Այն դեպքում, երբ փոփոխություններ չկան նախորդ տարվա Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի մեջ, ապա ստացողը/սոցիալական աշխատողը կարող են ստորագրել ստորել՝ հաստատելով, որ փոփոխություն չկա:

Ստացող/Լիազորված ներկայացուցիչ

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Վարչաշրջանի աշխատակից

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

Տպագիր անուն, ազգանուն եւ պաշտոն _____

Distribution:

Original/Case File

Copy/Recipient

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS)
ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ**

ՍՏԱՑՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆ, ԱԶԳԱՆՈՒՆ

ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Այս ձեռն օգտագործեք ստացողի հետ աշխատելու ժամանակ, որպեսզի ապահովվի նրա որոշումների անկախ կայացման եւ ընտրության հնարավորությունը՝ իր Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման վերաբերյալ:

Ապահովեք, որ այս գործընթացի ժամանակ քննարկում եւ բանակցություններ կայանան սոցիալական աշխատողի, ստացողի եւ ստացողի ցանկությամբ ընդգրկված այլ անձանց միջև: **Լրացվելուց հետո, Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի պատճենը պետք է տրամադրվի ստացողին: Բնագիր օրինակը պետք է պահպանվի ստացողի գործի թղթապանակում: Սոցիալական աշխատողը պետք է քաջալերի ստացողին պահել 1-ին էջը մատչելի տեղում:**

ԲԱԺԻՆ 1. Լրացրեք ստացողի անուն, ազգանունը եւ գործի թիվը: Այս տեղեկատվությունը անհրաժեշտ է լրացնել յուրաքանչյուր էջում, մինչ CMIPS II-ը կարողանա ինքնիրեն լրացնել այն:

ԲԱԺԻՆ 2. Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկումների միջոցով լրացրեք ստացողի ընտրությունները եւ նախապատվությունները՝ օգնության համար նախատեսված կոնտակտային անձանց վերաբերյալ, ինչպես նաեւ, անհրաժեշտության դեպքում, այլ կարեւոր հեռախոսահամարներ: Ստացողի հետ քննարկեք չարաշահման, կեղծումների կամ անպատշաճ վերաբերմունքի հարցերը, դրանց մասին հաղորդելու ընթացքը եւ հայտնեք տվյալ տարածքի APS/CPS-ի տեղական հեռախոսահամարները: Զաջալերեք ստացողին գանգահարել 911, եթե նա գտնվում է արտակարգ իրավիճակում:

ԲԱԺԻՆ 3Ա. Եթե աջակցությունը տրամադրվելու է այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների միջոցով, ապա տվյալ դեպքում լրացրեք SOC 450-ը՝ Կամավոր ծառայությունների վկայագիրը: Բացահայտված ռիսկերը կնվազեցվեն ծառայությունների ծրագրով ժամերի տրամադրման միջոցով: Եթե ստացողը հրաժարվում է որեւէ ծառայությունից, ապա հստակորեն փաստեք հրաժարված ծառայությունը եւ բացահայտված ռիսկերը, եւ որ ստացողը որոշել է իր վրա վերցնել ծառայությունը չստանալու հետ կապված ռիսկերը:

ԲԱԺԻՆ 3Բ. Բացի այդ, ստացողի հետ քննարկեք հավելյալ ռիսկերի գոտիները, որոնք կարող են նվազեցվել կամ բարելավվել քննարկումների եւ պլանավորման միջոցով (Աջակցության ծրագիր):

ԲԱԺԻՆ 4. Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկեք աղետների պատրաստվածության հարցը: Անցկացրեք քննարկում այն մասին, թե ինչպես կարող են բավարարվել անհատական առողջական կարիքները աղետի դեպքում:

Բաժին 5. Ստացողի/այլոց մասնակցությամբ վերանայեք բոլոր բաժինները՝ ստուգելու համար, որ բոլոր բաժինները քննարկված լինեն այս գործընթացի ժամանակ: Ապահովեք, որ բոլոր համապատասխան անձինք ստորագրեն ձեռը՝ իրենց համաձայնությունը տալով ձեռում պարունակվող տեղեկատվությանը:

Դիտողություններ/Նշումներ