



## Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) - Chương Trình Trách Nhiệm Chung

Tên Thành Viên:	Health First Colorado ID:
<b>Trách Nhiệm của Cơ Quan IHSS</b>	
Tên Cơ Quan:	Điện Thoại Cơ Quan:
<p>Các cơ quan IHSS chịu trách nhiệm về mọi thứ trong danh sách này. Các thành viên và đại diện được ủy quyền <b>không thể cho phép IHSS bỏ qua bất kỳ trách nhiệm nào trong số này.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cung cấp dịch vụ sao lưu 24 giờ cho các chuyến thăm theo lịch trình của các thành viên bất cứ lúc nào không có người chăm sóc.</li> <li>Đảm bảo rằng có đủ nhân sự. Nhân sự phải bao gồm nhân viên dự phòng để đảm bảo các dịch vụ cần thiết sẽ được cung cấp phù hợp với Chương Trình Chăm Sóc.</li> <li>Người chăm sóc và nhân viên tư vấn cho các trường hợp khó và các tình huống nguy hiểm có thể xảy ra.</li> <li>Xác minh rằng người chăm sóc tuân theo tất cả các nhiệm vụ được quy định trong Chương Trình Chăm Sóc.</li> <li>Quản lý kiểm tra xác nhận kỹ năng cho những người chăm sóc sẽ thực hiện các Hoạt Động Duy Trì Sức Khỏe.</li> <li>Cung cấp sự giám sát tại nhà cho thành viên theo khuyến nghị của Chuyên Gia Y Tế Được Cấp Phép của họ và theo thỏa thuận của thành viên hoặc Người đại diện được ủy quyền của họ.</li> <li>Quản lý tất cả các yêu cầu, lập hóa đơn và thanh toán của người chăm sóc. IHSS là người sử dụng lao động hợp pháp của người chăm sóc.</li> <li>Cung cấp cho thành viên các Dịch Vụ Cốt Lõi Cho Việc Sống Độc Lập. Đào tạo, trông coi, và giám sát những người chăm sóc bằng cách sử dụng các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép.</li> </ul>	

<b>Dịch Vụ Do Người Tham Gia Hướng Dẫn</b>
<p>Các thành viên và đại diện được ủy quyền có thể chọn tự định hướng cho bất kỳ điều gì trong danh sách dưới đây. Vui lòng đánh dấu vào ô bên cạnh mục bạn muốn tự điều chỉnh. <b>Nếu không có ô nào được chọn, Cơ quan chấp nhận trách nhiệm giải trình và chịu trách nhiệm đối với tất cả các mục trong danh sách.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trình bày hoặc tuyển dụng người chăm sóc tiềm năng.</li> <li><input type="checkbox"/> Phỏng vấn người chăm sóc tiềm năng.</li> <li><input type="checkbox"/> Đào tạo người chăm sóc để đáp ứng nhu cầu của thành viên.</li> <li><input type="checkbox"/> Loại bỏ những người chăm sóc không đáp ứng nhu cầu của thành viên.</li> <li><input type="checkbox"/> Lên lịch cho người chăm sóc phù hợp với chương trình chăm sóc.</li> <li><input type="checkbox"/> Giám sát người chăm sóc; đảm bảo các dịch vụ được cung cấp an toàn, chính xác và hiệu quả.</li> <li><input type="checkbox"/> Yêu cầu đánh giá lại nếu mức độ chăm sóc hoặc nhu cầu dịch vụ của hội viên thay đổi.</li> </ul>

<b>Chương Trình Chăm Sóc</b>		
<p>Là một phần của Chương Trình Trách Nhiệm Chung này, hãy xác định ai sẽ tham gia vào quá trình hợp tác này với Cơ quan IHSS và Người Quản Lý Hồ Sơ. Cả hai ô có thể được đánh dấu vào cho mỗi mục.</p> <p><b>QUAN TRỌNG</b> – Nếu chuyên gia y tế điều trị của thành viên đã chỉ ra “KHÔNG” cho Câu hỏi 2 của Tuyên Bố Năng Lực Người Tiêu Dùng Trên Mẫu Chứng Nhận Của Y Sĩ Về Năng Lực Người Tiêu Dùng của Thành Viên, <b>thành viên sẽ yêu cầu một đại diện được ủy quyền chỉ đạo việc lập</b> chương trình chăm sóc.</p>		
	<b>Thành Viên/Người Giám Hộ Hợp Pháp</b>	<b>Người Đại Diện Được Ủy Quyền</b>
Phát triển một chương trình chăm sóc đáp ứng tất cả các nhu cầu về chức năng và y tế của thành viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Duy trì thông tin liên lạc thường xuyên về sự hài lòng của thành viên đối với các dịch vụ và cập nhật liên quan đến nhu cầu dịch vụ và sức khỏe của thành viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cộng tác để hòa giải các tranh chấp về chương trình chăm sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Thông Tin Đại Diện Được Ủy Quyền và Bản Tuyên Thệ

Tham khảo Chứng Nhận của Y Sĩ về Năng Lực Người Tiêu Dùng của thành viên. Nếu Chuyên Gia Y Tế Được Cấp Phép của thành viên đã xác định rằng thành viên phải có đại diện được ủy quyền, thì người đó phải được xác định và nhập thông tin liên hệ vào phần này. Nếu Chuyên Gia Y Tế Được Cấp Phép của thành viên tuyên bố rằng thành viên có thể chỉ đạo các dịch vụ của riêng họ, thì thành viên vẫn có thể chọn để có một đại diện được ủy quyền.

Tên:	Ngày Sinh:	4 chữ số cuối của SSN:
Địa Chỉ:	Thành phố:	Tiểu Bang/Số Zip:
Email:	Điện Thoại Nhà:	Điện Thoại Di Động:

Vui lòng liên hệ với tôi qua email hoặc tin nhắn văn bản với các bản cập nhật (có thể áp dụng mức phí tiêu chuẩn của nhà cung cấp dịch vụ)

Tôi đồng ý phục vụ với tư cách là Người Đại Diện Được Ủy Quyền cho thành viên nói trên và hiểu rõ trách nhiệm và nghĩa vụ của mình. Ngoài ra, tôi xác nhận rằng:

- Tôi từ mười tám tuổi trở lên;
- Tôi chưa bị kết án về bất kỳ tội nào liên quan đến bóc lột, lạm dụng hoặc hành hung người khác; và
- Tôi không có tình trạng tinh thần, xúc cảm hoặc thể chất có thể gây tổn hại cho thành viên.

Chữ Ký Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền:	Ngày:
------------------------------------------	-------

### Chữ Ký Của Thành Viên/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Người hoàn thành mẫu này:

Thành viên  Người Giám Hộ Hợp Pháp (Nếu là người giám hộ hợp pháp, vui lòng gửi tài liệu)

Chữ Ký Của Thành Viên/Người Giám Hộ Hợp Pháp:	Ngày:
-----------------------------------------------	-------

Trong trường hợp thành viên không thể ký, người khác có thể chứng kiến dấu ấn của thành viên ở trên.

Tên Nhân Chứng:	Chữ Ký Nhân Chứng:	Ngày:
-----------------	--------------------	-------

### Chữ Ký Của Cơ Quan IHSS

Tên Cơ Quan:	
Chữ Ký Của Đại Diện Cơ Quan:	Ngày:

**Nhận Xét Bổ Sung** (tùy chọn)