

Меморандум о взаимопонимании в отношении оказания и совместного управления услугами социальной адаптации (совместно с участником/семьей)

Настоящее соглашение основано на понимании того факта, что _____
(имя, фамилия участника)

имеет (и сохраняет за собой) право на получение услуг социальной адаптации (Community Habilitation, CH). Выбрав вариант самостоятельного управления услугами социальной адаптации участником/семьей (self/family-directed, SD), участник/семья и агентство-поставщик услуг соглашаются совместно (как партнеры) управлять услугами социальной адаптации. При получении самостоятельно управляемых услуг и услуг, управляемых семьей, **менеджером услуг** является либо участник, либо его/ее совершеннолетний родственник. Дополнительную информацию см. в **Постановлении 635-10.5 (ab)(11)**. В обоих случаях Агентство действует в качестве **основного работодателя**.

Данный план самостоятельно управляется _____
(имя, фамилия участника/совершеннолетнего родственника)

Данный план управляется семьей:
_____ от имени _____
(имя, фамилия родителя/опекуна/совершеннолетнего родственника) (имя, фамилия участника)

Менеджер услуг соглашается со следующими обязательствами:

- Я обязуюсь совместно с основным работодателем нанимать, обучать и контролировать сотрудников, выбранных для оказания данных услуг. Я понимаю, что могу рекомендовать известных мне людей в качестве потенциальных сотрудников, однако окончательное решение о приеме на работу принимает основной работодатель на основании требований агентства к трудоустройству и результатов проверки сведений о соискателе.
- Я понимаю, что выбранной мною персонал, нанятый основным работодателем, должен направленнно помогать _____ в получении услуг CH/SD.
(имя, фамилия участника)
- Как менеджер услуг я должен (должна) контролировать график работы персонала и информировать основного работодателя о графике работы.
- Я должен (должна) выбирать, какие действия по адаптации в рамках плана CH должны выполнять сотрудники каждый день.
- Я несу ответственность за сохранение своего права на участие в программе Medicaid или права _____ на участие в программе Medicaid.
(имя, фамилия участника)
- Я понимаю, что услуги CH/SD должны оплачиваться из государственных фондов согласно документации по оказываемым услугам, которая должна быть оформлена сотрудниками. Я также понимаю, что сотрудники должны соответствовать всем требованиям поставщика услуг в отношении учета и ведения документации Medicaid. Я должен (должна) незамедлительно уведомлять агентство о возникших проблемах с документацией по оказываемым услугам.
- Я должен (должна) уведомлять основного работодателя о специализированном обучении, которое, по моему мнению, требуется сотрудникам. По возможности я обязан (обязана) помогать сотрудникам в данных сферах.

- Если я буду не удовлетворен (не удовлетворена) работой сотрудников, я должен (должна) обсудить эти вопросы с основным работодателем и попытаться разрешить проблемы. Я понимаю, что решение об увольнении сотрудников принимает основной работодатель согласно правилам агентства, однако я могу решать, с каким именно сотрудником я буду работать.
- Если я решу аннулировать данное соглашение, я должен (должна) уведомить основного работодателя не позднее чем за 30 дней согласно требованиям процедуры прекращения предоставления услуг.

Агентство, как основной работодатель, соглашается со следующими обязательствами:

- Мы обязуемся рассматривать лиц, рекомендованных менеджером услуг, в качестве потенциальных сотрудников и обеспечивать соответствие всего персонала нашим требованиям к трудоустройству, включая проверку сведений о соискателях. Мы обязаны принимать окончательное решение о соответствии соискателя требованиям при его/ее найме на работу. Мы обязуемся поддержать любое решение менеджера в отношении его/ее нежелания работать с конкретным сотрудником. Мы имеем право принять окончательное решение относительно увольнения или изменения обязанностей сотрудников.
- Если мы будем не удовлетворены работой сотрудника, мы должны обсудить эту проблему с менеджером услуг и постараться разрешить проблемы. Любое решение об увольнении сотрудника принимается основным работодателем согласно правилам и процедурам агентства.
- Мы обязуемся обеспечивать обучение сотрудников согласно законодательству и процедурам нашего агентства, а также дополнительное обучение, которое мы сочтем необходимым или целесообразным в интересах участника. Если менеджер услуг запросит предоставление дополнительного обучения для удовлетворения потребностей участника, мы обязуемся сделать все возможное для организации данного обучения.
- Мы несем ответственность за начисление заработной платы и действия персонала.
- Мы обязуемся проверять документацию по услугам, оформленную сотрудниками, и обеспечивать соответствие услуг плану CH. Мы обязуемся подавать требования об оплате согласно данной документации.
- Мы обязуемся вести учет отработанных часов и не реже одного раза в квартал сообщать менеджеру услуг данные о частоте предоставления услуг.
- Если мы как основной работодатель сочтем необходимым аннулировать данный меморандум о взаимопонимании согласно требованиям процедуры прекращения услуг CH/SD, мы обязуемся уведомить участника/семью не позднее чем за 30 дней. Мы также обязаны уведомить куратора участника по программе MSC и DDSO CH не позднее чем за 30 дней. Мы обязуемся оставаться стороной данного соглашения до окончания 30-дневного периода или пока не начнется действие альтернативных соглашений, в зависимости от того, что произойдет ранее.

Агентство-поставщик услуг и/или участник/семья как менеджеры услуг социальной адаптации, управляемых самостоятельно участником/семьей, прочитали и согласны с обязательствами, описанными в данном меморандуме.

Подписи:

Менеджер услуг _____ Дата _____
(участник/совершеннолетний родственник)

Основной работодатель _____ Дата _____
(представитель агентства)

ПРОЦЕДУРА ПРЕКРАЩЕНИЯ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ, УПРАВЛЯЕМЫХ САМОСТОЯТЕЛЬНО УЧАСТНИКОМ/СЕМЬЕЙ

Любая сторона может прекратить действие настоящего соглашения, предоставив письменное уведомление о намерении подобного прекращения другой стороне, согласно требованиям данного меморандума. Данная форма не является обязательной для заполнения при смене или увольнении сотрудника, предоставляющего услуги CH/SD.

ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО СОГЛАШЕНИЯ: ____/____/____.

Поставьте отметку ниже:

- Как менеджер услуг я хочу прекратить действие данного соглашения о предоставлении услуг CH, управляемых самостоятельно участником/семьей. Данное аннулирование не лишит меня моих прав на участие в программе социальной адаптации/оказания услуг непосредственной помощи, предлагаемых основным работодателем.
- Как основной работодатель мы хотим прекратить действие данного соглашения о предоставлении услуг CH, управляемых самостоятельно участником/семьей. Мы продолжим участвовать в данном соглашении с целью управления услугами CH, оказываемыми _____, в течение 30 дней или пока
(имя, фамилия участника)
- не начнется действие альтернативных соглашений, в зависимости от того, что произойдет ранее.

После прекращения действия соглашения о CH/SD, OPWDD может провести собеседование о причинах прекращения предоставления услуг с участником и/или его/ее совершеннолетним родственником согласно протоколу штата.

Данный документ должен быть подписан стороной, инициировавшей процедуру прекращения предоставления услуг CH/SD, как указано выше.

Подписи:

Менеджер услуг _____ Дата _____
(участник **или** родитель/опекун/
совершеннолетний родственник)

Основной работодатель _____ Дата _____
(представитель агентства)