Chinese CH/SD MOU

關於社區復健自助 / 家庭主導型方案執行與共同管理的備忘錄

本協定基於以下理解：_____
（當事人姓名）

現有並持續符合社區復健 (CH) 服務的資格。透過選擇自助 / 家庭主導型方案，當事人 / 當事人的家庭及提供者機構同意共同管理社區復健自助 / 家庭主導型 (CH/SD) 服務。在自助及家庭主導型服務中，**服務主管**可以是當事人或其指定的成年人。詳情請參閱**規則第 635-10.5** (ab)(11) 條。無論在哪種情況下，機構都將作爲**名義雇主 (Employer of Record)** 。

☐ **此計劃的自助執行人爲** _____
（當事人 / 指定成年人的姓名）

☐ **此計劃的家庭執行人爲：**

由_____**代表**_____
（父母 / 監護人/ 指定成年人的姓名）　　（當事人姓名）

服務主管同意履行以下職責：

- 本人將與名義雇主合作雇傭、培訓及監督選定的工作人員来提供這些服務。本人理解本人可推薦他人擔當工作人員，但名義雇主將根據機構的雇傭要求及對被推薦人的背景調查結果做出最終雇傭決定。
- 本人理解本人所選擇的受名義雇主雇傭的工作人員被特別指定與 CH/SD 一起協助 _____。
（當事人姓名）
- 作爲服務主管，本人將監督工作人員的出勤並隨時告知名義雇主其出勤情況。
- 本人將選擇 CH 計劃中的復健活動，讓工作人員每日參加。
- 本人負責維持本人的醫療輔助 (Medicaid) 資格或_____.的醫療輔助
（當事人姓名）

  資格。
- 本人理解 CH/SD 服務費用將由公共基金基於工作人員填寫的服務文件支付。本人同樣理解，工作人員必須遵守提供者對醫療輔助文件及責任的全部要求。如果本人發現服務文件存在問題，本人將立刻通知機構。
- 如果本人認爲工作人員需要接受任何特殊培訓，本人將告知名義雇主。如可能，本人亦將協助對工作人員進行這些培訓。

- 如果本人對工作人員的工作感到不滿，本人將與名義雇主協商此事，並嘗試解決問題。本人理解，任何有關終止工作人員雇傭的決定均由名義雇主根據機構規則作出，但本人可以決定是否與個別工作人員共同工作。

- 如果本人決定終止此協定，本人將根據「終止程序」至少提前 30 日通知名義雇主。

作爲名義雇主，機構同意履行以下職責：

- 我們將考慮選用服務主管所推薦的人選，並確保所有工作人員符合我們的雇傭要求，包括背景調查。我們保留職責，對某一個人是否符合員工雇用的要求做出最終裁決。我們將尊重服務主管做出的終止與某一雇員合作的決定。我們保留對終止或重新委任雇傭做出最終決定的權利。

- 如果我們認爲某工作人員無法勝任工作，我們將與服務主管協商此事，並嘗試解決問題。任何終止工作人員雇傭的決定均由名義雇主根據機構規則及程序做出。

- 我們將提供並協助開展規則及我機構的人事流程所要求的培訓，以及任何其他我們認爲有必要或可滿足當事人要求的培訓。如果服務主管確定需要進行針對當事人特殊需要的其他培訓，我們將竭盡所能按照要求協助提供培訓。

- 我們負責發放所有薪酬及安排人事活動。

- 我們將審閱工作人員填寫的服務文件，以便確保服務與當事人的 CH 計劃一致干部。我們將基於此文件提交支付申請。

- 我們將保留服務時間記錄，並至少每季度向服務主管報告利用率。

- 作爲名義雇主，如果我們認爲有必要終止此 備忘錄，（如「CH/SD 終止程序」所示），我們將至少提前 30 日通知當事人 / 家庭。我們將至少提前 30 日通知當事人的 MSC 與 DDSO CH 聯絡人；我們將繼續履行本協定，直至 30 日後或開始另一新的方案（以較早者爲準）。

作爲 CH 自助 / 家庭主導型服務的主管，提供者機構及 / 或當事人 / 當事人家屬已閱讀並同意此備忘錄所述之職責。

簽名：

服務主管 _____ 日期 _____

（當事人 / 指定的成年人）

名義雇主 _____ 日期 _____

（機構代表）

社區復健自助 / 家庭主導型終止程序

各方可選擇終止此協定，但需以備忘錄所允許的方式向另一方發送書面通知。如果僅是變更或解雇 CH/SD 工作人員，無需填寫此表。

本協定預期到期日：____/____/_____。

請明確以下內容：

☐ 作爲服務主管，本人希望終止此 CH / 自助 / 家庭主導協定。此終止不等於取消本人繼續參與由名義雇主提供的社區復健自助 / 家庭主導型支援服務的資格。

☐ 作爲名義雇主，我們希望終止此 CH / 自助/家庭主導協定。我們將繼續參與此協定以管理 _____ 的CH 服務，繼續服務時間爲 30 日，或直至做出其他安排（以較早者爲準）。
（當事人姓名）

CH/SD 協定終止之後，OPWDD 可采用州內的禮節，與當事人及 / 或其指定的成年人進行離職面談。

本文件必須由啓動 CH/SD 終止程序的一方簽署。

簽名：

服務主管 _____ 日期 _____
（當事人或父母 / 監護人 / 指定的成年人）

名義雇主 _____ 日期 _____
（機構代表）