紐約州發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC5 – MSCA
2012 年 10 月 1 日

醫療補助 (Medicaid) 服務協調合約
權利與責任聲明

個人姓名：

醫療補助編號 (CIN#)：

本合約概要說明醫療補助協調 (MSC) 計劃所賦予您的權利與責任，以及您的服務協調人的職責。在註冊 MSC 並簽署時，您必須審閱此文件。本文件只需簽名一次，但必須和您的服務協調人一起每年審閱一次。每當您變更 MSC 提供者時，必須將此文件轉交至被選的提供者。

權利與責任

知情選擇

您與您的服務協調人將共同探討知情選擇。您的服務協調人將協助您做出知情選擇。

知情選擇

服務協調人協助當事人理解並做出知情選擇。

當個人充分理解各適用選項以及此選擇對其生活所產生的影響後，即表示其已做出知情選擇。

個人可自行做出知情選擇，當個人需要幫助時，亦可徵詢家屬、朋友或他人的意見以做出知情選擇。知情選擇涉及日常瑣事（例如穿衣）或重大生活變遷（例如在何處生活、做何種工作或與何人結交朋友）。這些決定也可能涉及所需要的服務與支援類型，以及在何處或如何獲得它們。

當做出知情選擇時，個人應理解其中存在的風險以及如何降低風險。個人應明白，其能力或對選擇的期望可能隨時間而改變，或在面臨不同情況時做出不同選擇。

個人選擇應得到其生活相關人士的尊重與支持。

對 MSC 提供者與服務協調人的選擇純屬自願：

您有權就服務協調提供者與服務協調人做出知情選擇。

如果您認爲其他服務協調提供者可爲您提供更好的服務，可向您的服務協調人或 OPWDD 地方辦事處詢問其他服務提供者的資訊。

如果您認爲其他服務協調人可爲您提供更好的服務，可向您當前的服務協調人詢問機構內其他服務協調人的資訊，或至 OPWDD 地方辦事處查詢其他服務協調人的資訊。

HCB 豁免服務提供者的選擇純屬自願：

您有權選擇任何合格且可用的 HCB 豁免服務提供者。如果您認爲其他合格的豁免提供者可爲您提供更好的服務，您可請求變更服務提供者。

綜合評估

您與您的服務協調人將透過個人中心規劃流程確定您個人有價值的評估結果以及必要的支援與服務。

制定特別護理規劃與定期檢查

您與您的服務協調人將制定一套個人化服務規劃 (ISP)，并定期評估您的 ISP 以確保其能夠正確處理您的評估結果和支援與服務。

服務協調人以及您本人及必要的或根據約定指定的其他人，至少需每半年對 ISP 審核一次（一年兩次）。ISP 審核要求，您至少需要與服務協調人、權益代言人（如適用）以及所有主要服務提供者和相關他人或指定人選每年進行一次面對面交談。

調解、聯絡、推薦與相關活動

您與您的服務協調人將與他人合作確定您需要的服務與支援，以及您希望實現的評估結果。

您的服務協調人將協助您填寫所有必要的表格，以便推薦指定的服務。

如果您選擇使用活動計劃 (Activity Plan)，您與您的服務協調人將負責制定一套活動計劃。活動計劃需說明對您最重要的短期服務協助計劃。活動計劃將幫助您獲得 ISP 中指定的評估結果。活動計劃詳細列明了您想要完成的任務以及每項任務的負責人。您的服務協調人有責任幫助您獲得所需的服務。您的服務協調人將幫助您獲得這些服務，無論您是否選擇使用活動計劃。 **注：所有 Willowbrook 集體訴訟案成員均需要使用活動計劃。**

如果您不再需要服務協調，您的服務協調人將幫助您填寫 MSC 退出申請表。如果您登記加入 HCBS 豁免服務，且選擇終止 MSC，您將立刻被納入護理支援服務計劃 (PCSS)。如果可行，您將繼續獲得當前服務協調人提供的 PCSS。

如果需要，您的服務協調人將向您介紹其他服務協調人或服務協調機構提供的服務。如果您想要變更您的服務協調提供者，您的服務協調人將向 OPWDD 地方辦事處彙報您的請求。

您同意告知服務協調人您的個人變更（例如健康狀況、醫療補助狀況、地址、電話號碼）、計劃或服務變更（例如新的服務需求或對變更計劃或機構的期望）以及緊急情況報告。

監督與跟進

- 您與您的服務協調人將保持聯絡以隨時討論生活中發生的情況。
- 您與您的服務協調人將在您家中會面，以便確定及解決任何健康與安全問題。
- 您的服務協調人將盡其所能聯絡適當人士、計劃與提供者以便確保跟進您的服務計劃。
- 您的服務協調人將與您討論您所獲得的支援與服務，並且確保服務人員可滿足您的需求與願望。
- 您的服務協調人將詢問您是否對目前正在接受的 ISP 中要求的支援與服務感到滿意。
- 您與您的服務協調人將合作確定任何新的需求，並在需要時變更您的服務計劃。
- 您的服務協調人將爲您提供 24 小時緊急電話號碼，並通知您與您的權益代言人任何號碼變更。以上爲 MSC 機構的責任。

簽名 - 簽署此表即意味著您、您的家庭成員或權益代言人主管（如有必要）、服務協調人與服務協調指導人承認已討論過 MSC 權利與責任，您已作出知情選擇，各方理解並同意上述條件。

MSC 接受人_____ **日期** _____

家庭成員 / 權益代言人 _____ **日期** _____

MSC 提供者_____ **日期** _____

服務協調人 _____ **日期** _____

服務協調人主管 _____ **日期** _____