

## CONTRATTO INTERVENTI COMPORTAMENTALI INTENSIVI

Gli Interventi Comportamentali Intensivi (Intensive Behavioral Services) sono stati studiati per persone che vivono in ambienti non certificati o in Strutture di casa-famiglia (Family Care Homes) e che presentano comportamenti ostili considerevoli e di difficile gestione tali da far incorrere queste persone nel rischio di trasferimento in un ambiente abitativo più restrittivo. Il presente servizio comprende una valutazione comportamentale funzionale, un piano di gestione del comportamento, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi comportamentali e un'adeguata formazione riguardante il piano di gestione del comportamento. Il servizio ha una durata di 6 mesi. In quanto partecipante a tale servizio, è importante essere a conoscenza degli interventi e servizi forniti a te, alla tua famiglia e/o ad altri assistenti così come sapere quali sono le tue responsabilità. Al fine di fornire un servizio sicuro e significativo, di seguito sono indicati i ruoli del fornitore dell'assistenza e del partecipante nonché le rispettive responsabilità.

Il fornitore di assistenza e il partecipante e/o l'assistente/i del partecipante comprendono che:

- Il presente servizio è finanziato con fondi pubblici ed è erogato sulla base della documentazione di servizio che il personale è tenuto a compilare e che deve essere conforme ai requisiti del fornitore per la documentazione e responsabilità Medicaid.
- Gli Interventi Comportamentali Intensivi costituiscono un servizio volto a fornire sostegno e assistenza comportamentale a partire da \_\_\_\_\_ per non più di 6 mesi.
- Il servizio di Interventi Comportamentali Intensivi è un servizio volontario e, al fine di ricevere tale servizio, tutte le istruzioni devono essere soddisfatte.

L'agenzia fornitrice di interventi comportamentali intensivi accetta di:

- Fornire una Valutazione comportamentale funzionale (Functional Behavioral Assessment, FBA)
- Fornire un Piano di gestione del comportamento (Behavior Management Plan, BMP)
- Fornire il supporto clinico per attuare e monitorare il piano BMP di cui sopra
- Fornire l'adeguata formazione alla persona, famiglia, assistenti riguardante il piano BMP
- Mettere a disposizione personale competente per la realizzazione del servizio
- Cooperare con il partecipante e/o assistente/i destinatari di tale servizio
- Seguire in modo appropriato i requisiti in materia di HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) e ottenere il consenso, se necessario, per condividere informazioni o documenti tra i fornitori del servizio di assistenza al fine di facilitare la valutazione, il trattamento e/o la pianificazione della fase di transizione.
- Inviare una notifica al partecipante/famiglia con almeno 30 giorni di anticipo e in forma scritta, ai sensi del regolamento 633.12, qualora si rendesse necessario interrompere il servizio

## Accordo interventi comportamentali intensivi

Il partecipante e/o l'assistente/i del partecipante si impegnano a:

- Essere presenti e partecipare alle visite domiciliari per poter compilare la valutazione FBA
- Essere presenti e partecipare alla formazione e al piano BMP
- Fornire un feedback all'agenzia in merito ai contenuti del piano BMP
- Osservare e mantenere una relazione professionale con il fornitore del servizio
- Notificare al fornitore del servizio eventuali necessità o modifiche
- Collaborare con l'agenzia che realizza il servizio
- Autorizzare il fornitore del servizio di interventi comportamentali intensivi a condividere informazioni cliniche/terapeutiche necessarie con le altre parti interessate (ad esempio, scuole e altre agenzie fornitrici del servizio) allo scopo di facilitare la valutazione, il trattamento e/o la pianificazione della fase di transizione.
- Accettare di aderire al programma di idoneità e rinuncia Medicaid
- Contattare \_\_\_\_\_ presso l'agenzia fornitrice del servizio in caso di problemi relativi al servizio stesso

Le parti coinvolte sono tenute a osservare le rispettive responsabilità e a mettere in atto le richieste di cui sopra al fine di ottenere e realizzare un servizio di qualità. Qualora sorgano delle preoccupazioni in merito a un'eventuale mancanza di osservazione delle proprie responsabilità da parte del partecipante e/o del fornitore del servizio, le parti sono tenute a collaborare al fine di risolvere la questione.

Si prega di firmare il documento solamente dopo essersi assicurati di aver letto tutti i punti e di averne compreso il contenuto.

Le parti hanno esaminato l'accordo di cui sopra e ne hanno compreso i contenuti. Apponendo la loro firma, le parti concordano e accettano quanto in esso contenuto.

---

Firma di un familiare/Tutore

Data

---

Firma del Partecipante

Data

---

Firma/Nome del Fornitore

Data

Cc: Familiare/Tutore

Coordinatore del servizio

Fascicolo del Partecipante