

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Услуги по охране психического здоровья разработаны для лиц, проживающих в несертифицированном жилье или учреждениях домашнего ухода и имеющих существенные поведенческие отклонения, которые неизбежно влекут за собой помещение данного лица в условия с ограничениями. В рамках данных услуг осуществляется функциональная оценка поведения, составляется план коррекции поведения, осуществляется реализация и контроль поведенческого вмешательства и обучение в рамках плана коррекции поведения. Услуги предоставляются в течение шести месяцев. Как участнику вам необходимо знать об услугах, которые будут предоставляться вам, членам вашей семьи и/или другим лицам, осуществляющим уход, а также о том, за что вы несете ответственность. С целью предоставления безопасных и целесообразных услуг далее описаны роли и обязанности поставщика услуг и участника.

Поставщик услуг и участник и/или лицо, осуществляющее уход участнику, понимают, что:

- Оплата данных услуг осуществляется из государственного бюджета на основании документации, которую оформляют сотрудники согласно требованиям, предъявляемым поставщиком к документам и отчетности по программе Medicaid.
- Услуги по охране психического здоровья обеспечивают коррекцию поведенческих реакций; предоставление услуг начинается _____ и будет продолжаться в течение шести месяцев.
- Услуги по охране психического здоровья предоставляются по желанию; чтобы получать данные услуги, необходимо соответствовать всем требованиям.

Учреждение-поставщик услуг по охране психического здоровья соглашается:

- провести функциональную поведенческую оценку (Functional Behavioral Assessment, FBA);
- составить план коррекции поведения (Behaviour Management Plan, BMR);
- предоставлять клиническую поддержку для реализации и контроля плана BMR;
- обеспечить обучение участника, семьи или лица, осуществляющего уход, по плану BMR;
- предоставить квалифицированный персонал для предоставления услуг;

Соглашение о предоставлении услуг по охране психического здоровья

- взаимодействовать с участником и/или лицом, осуществляющим уход, получающими услуги;
- следовать соответствующим требованиям в отношении HIPPA и получать при необходимости согласие на передачу информации или документов другим поставщикам услуг для упрощения процесса оценки, лечения и/или планирования перевода в другие учреждения;
- уведомлять участника/семью как минимум за 30 дней в письменной форме согласно положению 633.12, если возникает необходимость прекратить предоставление услуг;

Участник и/или лицо, осуществляющее уход, соглашаются:

- присутствовать и участвовать в посещениях на дому в целях проведения оценки FBA;
- присутствовать и участвовать в обучении по плану BMR;
- доводить до сведения агентства проблемы, возникающие в связи с планом BMR;
- поддерживать профессиональные отношения с поставщиком услуг;
- уведомлять поставщика услуг о необходимых обновлениях или изменениях графика;
- осуществлять сотрудничество с агентством, предоставляющим услуги;
- давать разрешение поставщику услуг по охране психического здоровья на передачу необходимой клинической информации и/или информации о лечении другим заинтересованным сторонам (например, школе и другим учреждениям-поставщикам услуг) для облегчения процесса оценки, лечения и/или планирования перевода в другое учреждение;
- сохранять право на участие в программе Medicaid и альтернативной программе обслуживания;
- при наличии проблем с предоставляемыми услугами связываться с представителем поставщика _____;

В целях обеспечения качества предоставляемых услуг все стороны должны придерживаться указанных выше положений и требований. Если участник и/или поставщик не выполняют свои обязанности, они должны совместно решить данную проблему в процессе взаимодействия.

Поставьте свои подписи после того, как получены удовлетворительные ответы на все вопросы и стороны ознакомились с содержанием данного документа.

Соглашение о предоставлении услуг по охране психического здоровья

Обе стороны ознакомились с настоящим соглашением и поняли его содержание. Поставив свою подпись ниже, стороны соглашаются на условия, указанные в настоящем соглашении.

Подпись члена семьи/опекуна	Дата
-----------------------------	------

Подпись участника	Дата
-------------------	------

Подпись/должность поставщика услуг	Дата
------------------------------------	------

Копия: член семьи/опекун
координатор услуг
дело участника