

재택 지원 서비스 보호 관찰

2019 년 12 월, 발행 #5493.03

보호 관찰은 정신 장애나 정신 질환으로 인해, 하루 24 시간 부상이나 위험 또는 사고로부터 보호하기 위해 관찰되어야 하는 사람들을 위한 IHSS 서비스입니다. IHSS 제공업체에 24 시간 장애 아동이나 성인을 관찰하고 감독하는 비용을 지급하여 그 사람이 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 할 수 있습니다. MPP 30-757; MPP 30-757.173(a).

보호 관찰 서비스는 받기 어려울 수 있으며 서비스 필요성에 대해 명확하게 문서로 기술해야 합니다. 이 발행물은 보호 관찰을 얻기 위한 적격성 기준을 이해하는 데 도움을 주고 보호 관찰 서비스가 거부될 경우 이의를 제기하는 데 도움을 주기 위한 것입니다. 이 발행물에는 보호 관찰을 요청하고 심리를 준비하기 위해 필요한 첨부 자료가 포함되어 있습니다.

- 1) 재택 지원 서비스(IHSS) 보호 관찰 프로그램에 대한 필요성 평가(SOC 821 (3/06)). - 이 양식은 IHSS 수혜자의 담당 의사가 작성해야 합니다.
- 2) 보호 관찰 샘플 의사 소견서. - IHSS 수혜자의 담당 의사는 필요성을 설명하는 더 자세한 소견서를 제공해야 합니다. 또한 수혜자의 담당 의사가 이 소견서를 작성하려면 수혜자의 위험 또는 부상 기록 사본도 필요합니다.

- 3) 보호 관찰 하루 24 시간 보장 계획(SOC 825 (6/06)). – 귀하가 이 양식을 작성해야 합니다.

보호 관찰이 왜 중요한가요?

IHSS 프로그램은 나중에 논의될 네 가지 프로그램으로 구성되어 있습니다. 보호 관찰을 받을 자격이 있는 사람들은 매월 최대 시간(195 또는 283) 서비스를 받을 수 있습니다. 그러나, 필요한 최대 시간은 네 가지 프로그램 중 적용되는 프로그램과 수혜자가 "심각한 장애"로 간주되는지 여부에 따라 달라집니다. 인증되는 총 시간(예: 수혜자가 받을 수 있는 시간)은 대체 자원의 수량으로 인해 조정될 수도 있습니다. IHSS 수혜자들은 조치 통지서(Notice of Action)를 참조하여 어떤 IHSS 프로그램을 받아 왔는지와 국가에서 자신들이 받는 시간을 어떻게 판별했는지를 확인해야 합니다.

네 가지 IHSS 프로그램과 개인이 받을 수 있는 최대 시간은 다음과 같습니다.

- IHSS 잔여 프로그램(IHSS-R)
- 심각한 장애가 아닌 사람은 보호 관찰을 받을 때 한 달에 최대 195 시간까지 받을 수 있습니다. 심각한 장애등급을 받은 사람의 경우, 한 달에 283 시간을 받습니다. (복지 및 기관 코드 § 12303.4.)
- 개인관리서비스 프로그램(PCSP)
- PCSP 에 등록된 소비자들은 심각한 장애를 가진 사람인지, 그렇지 않은 사람인지와 상관 없이 한 달에 최대 283 시간을 받을 수 있습니다. (All County Letter 93-21 (1993 년 3 월 16 일)

<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>

- IPO(IHSS Plus Option)

- 심각한 장애가 아닌 사람은 보호 관찰을 받을 때 한 달에 최대 195 시간까지 받을 수 있습니다. 심각한 장애인은 한 달에 283 시간을 받습니다. (복지 및 기관 코드 § 14132.952; All County Letter 11-19(2011 년 2 월 23 일) –

<http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2011/11-19.pdf>

- 및
- 커뮤니티 우선 선택 옵션(CFCO)
- 심각한 장애가 아닌 사람은 보호 관찰 서비스 195 시간과 함께 다른 서비스에 대한 시간을 더하여, 월 최대 283 시간까지 받을 수 있습니다. (All County Letter 14-60, (2014 년 8 월 29 일) - <http://www.cdss.ca.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf> 참조.)

심각한 장애로 대상자가 되려면 어떻게 하나요?

"심각한 장애"인으로 자격을 얻으려면 개인은 주당 20 시간 이상을 비의료 인적 용역, 식사 준비, 식사 준비 및 식사 보조가 필요할 때 식사 뒷정리, 준의료활동 서비스를 받고 있어야 합니다(MPP 30-701(s)(1)).

IHSS 보호 관찰은 언제 받을 수 있나요?

보호 관찰을 받을 수 있는 사람은 다음과 같은 조건을 갖추어야 합니다.

- 1) 다음 영역에서 기능 제한을 일으키는 "정신 장애" 또는 "정신 질환":
 - 기억력(예: 일, 사람, 장소 잊어버림, 작업을 시작하거나 마칠 것을 잊어버림 등)

- 방향(예: 생활하고 작업을 완료하는 데 필요한 시간, 사람, 장소, 환경, 주변 등에 대한 인지 및 적응 능력이 없음)
- 판단(예: 개인의 건강 및/또는 안전을 위태롭게 하는 결정을 내림)

그리고

2) 장애는 수혜자가 혼란을 경험하고 있으며 자신을 안전하고 위해나 부상을 당하지 않도록 자신의 행동을 스스로 결정할 수 없는 정도여야 합니다. MPP 30-757.171. 예를 들어, IHSS 수혜자는 자신이 무엇을 할 수 있는지 또는 할 수 없는지를 이해하지 못하고, 보호 관찰이 없으면 자신의 능력을 벗어나는 일을 하려고 하여 부상의 위험에 놓이게 됩니다. 이러한 심각한 장애는 정신 지체, 자폐증, 알츠하이머, 치매 및 정신과적 장애로 발생할 수 있습니다. **그러나, 이러한 장애 중 하나만 갖고 있다고 해서 자동으로 보호 관찰의 IHSS 수혜자가 되는 것은 아닙니다.**

그리고

3) 수혜자가 집에서 안전하게 지내기 위해서는 수혜자를 24 시간 관찰해야 함을 해당 자치주에서도 판단해야 합니다. MPP 30-757.173. 이것은 공급자가 항상 있어야 하며 개인을 관찰하고 있어야 함을 의미하지는 않습니다. 이것은 개인이 잠시, 고정된 시간에 혼자 있는 동안 어떤 대체 방법으로 이 사람을 관찰하는 것을 포함할 수 있습니다. MPP 30-172.(b)(3) 및 ACL 98-87.

또한 자치주 직원은 보호 관찰 서비스에 대한 가용성 및 필요성과 가정 외부 돌봄이 보호 관찰에 대한 적절한 대안인지 아닌지의 여부도 설명해야 합니다. MPP 30-757.174.

보호 관찰을 받을 수 없는 경우는 어떤 경우인가요?

보호 관찰에 대한 필요성이 다음 목적을 위한 경우에는 보호 관찰이 거부됩니다.

- 친절한 방문 또는 사회 활동
- 의료 조건 상 필요하고, 당사자가 의료 감독을 필요로 할 때(예: 수혜자를 진찰하고 부착 방지를 위해 석션을 수행하거나 수혜자의 몸을 돌려주는 행위등)
- 의료적 응급 상황이 예상되는 경우(예: 신체 기능의 심각한 장애 또는 몸의 기관 부분의 심각한 기능 부전. 예로 뇌졸중, 발작, 심장마비 또는 천식 발작).
- 반사회적 또는 공격적인 수혜자의 행동을 통제하기 위함(예: 싸움을 하거나 파괴하는 특성).
- 자살 또는 의도적으로 자신을 해하려고 할 때와 같은 고의적인(즉, 효과와 결과를 신중하게 고려한 후) 자기 파괴적인 행동으로부터 보호하기 위함. (MPP 30-757.172)

아동들에게 보호 관찰이 제공되나요?

예, 그렇습니다. 아동이 보호 관찰을 받을 수 있습니다. 그러나, 아동은 같은 나이의 다른 아이들에 비해 면밀한 관찰을 필요로 해야 합니다.

자치주 직원이 개인화된 기준에서 모든 어린이들의 정신적 기능을 평가하고 개인 평가된 필요성을 기반으로 보호 관찰을 제공해야 합니다. 정신 장애가 있는 모든 어린이들은 보호 관찰 평가를 받아야 합니다.

다음의 경우, 아동의 보호 관찰은 거부될 수 있습니다.

- 단지 나이만으로,
- 아동이 최근 부상을 당하지 않았기 때문에

- 부모가 고정 시간(예: 5 분) 동안 아이만 남겨두어야 하기 때문에

자치주는 보호 관찰에 대한 필요성을 판별하는 데 있어서 나이, 부상 없음, 부모의 부재와 같은 것을 비롯한 모든 사실을 고려해야 합니다.

또한 자치주는 아이의 부모나 보호자와 보호 관찰의 가용성 및 적격성에 대해 이야기를 나누고 부모나 보호자가 무료로 서비스를 제공할 수 있다고 가정해선 안됩니다. (ACL 98-87)

정신 장애나 질환으로 인한 행동을 기록하여 보호 관찰 대상 자격을 보여줌

보호 관찰 대상 자격을 보여주려면, 정신 장애나 정신 질환 때문에 IHSS 수행자를 24 시간 동안 언제든지 혼자 둘 경우 부상의 위험에 있음을 보여주는 서류를 제공해야 합니다. 서류는 수혜자가 혼자 남았을 때 자해하거나 위험한 상황에 놓이게 하는 짓을 하는 사례들을 제공해야 합니다.

만약 수혜자가 위험한 행동을 하거나 수혜자가 혼자 남았을 때 부상을 당하거나 안전하지 않은 상황을 식별하지 못하면, 보호 관찰에 대한 요청이 거부될 수 있습니다.

보호 관찰 서비스에 대한 자격을 보여주기 위한 모든 서류는 복사본을 만들어 보관해 두십시오.

1) 위해/부상 일지 만들기

적격성(즉, 보호 관찰에 대한 필요성)을 보여주는 가장 좋은 방법은 모든 사고/부상 또는 필요한 경우, 최근 6 개월 또는 이 이상의 기간 내 수혜자가 당했던 가까운 사고/부상을 기록하는 목록이나 일지를 작성하는 것입니다.

작성하는 일지나 목록은 부상을 일으켰을 수 있거나 수혜자를 부상이나
위해의 위험에 놓이게 한 수혜자의 모든 행동과 그러한 일이 얼마나 자주
일어나는지를 기술해야 합니다.

이러한 유형의 행동을 몇 가지 예로 들자면, 집 곳곳에 불을 끄지 않은 채로
담배 버리기, SOS 패드를 사용하여 목욕을 하고 몸 씻기, 집 밖을
배회하다가 길 잃기, 낯선 사람을 집에 들이기, 스토브를 켜고 끄는 것을
잊어버리기, 집 주위에서 작은 불 피우기, 물을 흘려보내기, 위험한 제품
또는 비위생적 음식 먹기, 헤드뱅잉, 자신의 살을 물어뜯고 긁기, 칼 또는
기타 안전하지 않은 가정용 물건 사용, 높은 곳으로 올라가서 날기를
시도하려고 뛰어내리기, 냉장고 안에 숨기, 전기가 통하는지 확인하기 위해
전구 소켓에 손가락 붙이기, 차가 지나가도 상관 없이 거리 방향하기,
수영하는 방법을 모르면서 수영장에 뛰어들기, 균형과 힘이 부족한데
가구를 옮기려 함, 근육을 사용하거나 통제할 수 없을 때 침대 밖으로
나가려고 함, 개인의 정신적 또는 신체적 능력 이상의 작업을 수행하여
수혜자에게 부상이나 위해를 가하게 하는 경우입니다.

수혜자가 최근에 사고를 당했거나 위험한 상황에 처하지 않았다면, 그
이유를 설명합니다. 예를 들어, IHSS 돌봄이 및 가족이 사고를 방지하기
위해 하루 24 시간 관찰했습니다. 돌봄이 및 가족이 부상이나 사고를
방지하기 위해 취해야 했었던 조치들을 설명합니다.

또한 위험/부상 일지에 수혜자의 집을 고치거나 전체적으로 안전하게 만들
수 없는 이유와 IHSS 수혜자를 잠시 고정된 시간 동안 혼자 남겨두어야 할
때(해당되는 경우) 그 사람을 관찰하는 다른 방법에 대해 논의하는 메모
섹션을 만들어야만 하는 경우도 있습니다. 예를 들어, 수혜자는 가족이 최대
2 시간 동안 쇼핑을 가기 위해 한 달에 두 번 혼자 남겨질 수 있습니다. 이
경우, 20 분 간격으로 집에서 전화를 받는 방식으로 수혜자의 상태를
확인해야 합니다.

2) 보호 관찰에 대한 필요성을 기술하는 추가 소견서 획득

지역 센터나 데이 프로그램 또는 학교 프로그램과 같은 다른 모든 자원으로부터 소견서를 받습니다. 소견서에는 다음과 같은 정보를 기재해야 합니다.

지역 센터나 데이 프로그램 또는 학교 프로그램과 같은 다른 모든 자원으로부터 소견서를 받습니다. 소견서에는 다음과 같은 정보를 기재해야 합니다.

- 수혜자의 연령
- 수혜자의 정신 장애 및/또는 정신 질환에 대한 정보
- 기억, 방향 및 판단의 영역에서 장애로 인한 기능 제한의 심각성에 대한 정보
- 기억, 방향 및 판단의 제한이 있는 경우 혼란과 함께 무의식적인 행동을 일으키는 방식에 대한 설명 (예: 장소, 시간, 사람 등을 식별하지 못함)
- 개인의 안전을 지키기 위해 관찰과 모니터링이 필요한지의 여부와 그 이유에 대한 정보(예: 수혜자가 안전하지 않은 일을 할 때, 구두로 개인의 방향을 조정하고 행동을 멈춤)
- 개인이 경험하는 안전하지 않은 행동에 대한 예와 이러한 일의 발생 빈도를 제공합니다.

보호 관찰의 필요성에 관한 의학적 서류 얻기

1) 수혜자의 의사가 작성한 "재택 지원 서비스(IHSS) 보호 관찰 프로그램에 대한 필요성 평가"(SOC 821 (3/06)) 양식을 얻습니다.

보호 관찰 서비스를 요청할 때 수혜자의 의사가 작성한 현재 SOC 821 을 얻어야 합니다. 기록을 위해 양식의 복사본을 보관합니다. 자치구에서는 이

양식을 사용하여 정보를 수집하고 보호 관찰의 필요성에 대해 판단합니다.
다음 위치에서 SOC 821 양식을 다운로드할 수 있습니다.

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/SOC821.PDF>

양식에는 기억, 방향 및 판단의 영역에서 의학 전문성 또는 업무 범위를 지닌 전문 의료진만 서명할 수 있습니다. MPP 30-757.173(a)(1)(A).

SOC 821 양식은 수혜자의 의사에게 기억, 방향 및 판단의 영역에서 수혜자의 기능에 대한 정보를 요청합니다. 또한 양식은 수혜자가 기억, 방향 및 판단 영역에서 결손으로 인해 입었던 부상이나 사고에 대한 정보와 그 사람이 신체적으로 자신을 위험한 상황에 놓이게 할 수 있는지 아닌지에 대한 여부를 요청합니다.

수차례에 걸쳐, 자치구는 수혜자의 의사가 SOC 821 양식의 질문 1 과 2 에 "예" 항목을 선택하고 모든 기능 영역에서 "심각함" 항목을 선택하는 경우 보호 관찰을 허가하고, 그 외 모든 사람의 보호 관찰은 거부합니다. 그러나, 자치구는 기타 관련 정보와 함께 SOC 821 양식을 사용하여 보호 관찰에 대한 필요성을 평가할 것입니다. (SOC 821) 양식만 사용하여 보호 관찰의 적격성을 보여주어서는 안됩니다. (복지 및 기관 코드 § 12301.21 및 MPP 30-757.173(a)(2) 및 (3)).

참고: 수혜자의 의사가 과거에 SOC 821 (3/06)을 작성했고 수혜자가 보호 관찰이 필요 없었지만 새로 작성된 SOC 821 에서 보호 관찰에 대한 필요성을 나타냈다면 의사는 필요성이 변경된 이유를 설명해야 합니다. 예를 들어, 수혜자의 기능 제한이 더 심각해졌거나 의사가 이전에 잘못된 항목을 선택했거나 양식을 작성하는 방법을 몰랐다면 의사는 새로 작성한 SOC 821 양식에서 이것을 설명해야 합니다.

2) 보호 관찰의 필요성을 기술하는 추가 의사 소견서 얻기(첨부 1)

수혜자의 장애(정신 질환이나 정신 장애), 기능 수준, 나이를 기록하고 잘못된 판단, 혼란, 나쁜 기억력 또는 방향 감각 상실을 보이는 장애의 정도를 설명하는 의사 소견서를 얻습니다. 이 발행물의 끝에 있는 양식을 사용하여 수혜자의 의사로부터 위에서 기술한 정보를 얻을 수 있습니다.

의사는 이 패킷의 양식을 적절하게 작성하거나 혼자 두어서는 안되는 수혜자의 장애 심각성에 대한 유용한 정보를 포함한 소견서를 제공하려면 자신을 위태롭게 하는 그 수혜자의 행동과 신체적 및 정신적 능력에 대한 지식을 어느 정도 가지고 있어야 합니다. 귀하는 수혜자를 하루 24 시간 언제든지 혼자 두어서는 안되는 그의 위험한 행동에 대하여 의사와 정보를 공유하기 위한 목적으로 위험/부상 일지의 복사본을 수혜자의 의사에게 제공할 수 있습니다.

보호 관찰을 얻는 데 필요한 기타 양식

1) 귀하가 작성하는 “보호 관찰 하루 24 시간 보장 계획”(SOC 825 (6/06)) 양식

24 시간 보호 관찰을 요청하는 경우, SOC 825 양식도 작성해야 합니다. 이 양식에서 24 시간 보호 관찰이 제공될 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다. MPP 30-757.173(a)(1)(A)(5). 양식에서는 "선택적인 자치구 사용 양식"이라고 표현했지만, 이 양식을 작성하시는 것이 좋습니다.

이 양식은 해당 지역의 자치구 복지사무소에서 제공합니다. 인터넷으로는

<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/soc825.pdf>

에서 찾을 수 있습니다.

자치구에서는 제가 보호 관찰이 필요 없다고 말합니다. 어떻게 해야 하나요?

자치구에서는 보호 관찰 자격이 되지 않는 사람에게 다양한 일반적인 이유를 설명합니다. 아래 목록은 자치구에서 제시하는 일반적인 해명과 몇 가지 가능한 대응입니다.

<u>심각한 정신 장애가 있나요?</u>	
자치구 해명	몇 가지 대응
가정 방문 시 심각한 정신 장애가 관찰되지 않았음.	귀하의 일지, 의사의 소견, 지역 센터 기록; 가정 방문 시 행동 관찰 시간이 너무 짧았고 지침 질문에 대답하지 않았음; 치매 환자는 방문객에게 "좋은 날"만 보여줌; 양식 SOC 293, Line H가 정신 장애 하나에 5가지를 나타냄.
정신 장애가 아닌, 신체적 장애 때문에 보호 관찰이 필요합니다.	정신 장애 때문에 신체 장애를 이해하지 못하거나, 도움이 없이는 부상의 위험 없이 일어나거나 걸을 수 없는 경우에도 그렇게 하려고 시도하거나, 당뇨병 때문에 부상 위험이 있음에도 단 것을 먹거나, 다치거나 염증 등을 염려하여 붙인 밴드, 관류 또는 부목을 떼어내려고 하는 등 신체 장애에서 나타나는 행동의 결과를 이해하지도 못하고 인지하지도 못합니다.

심각한 정신 장애가 있나요?

자치구 해명	몇 가지 대응
신체 장애가 위험한 행동의 원인입니다.	또한 정신 장애가 안전하지 않은 행동의 원인이기도 하지만, 정신이 유일한 원인임을 보여줄 필요는 없습니다.

집에서 위험한 행동을 하나요?

자치구 변명	몇 가지 대응
공식적인 정신 상태 진단이 필요성을 입증하지 않습니다.	그러한 진단을 받은 사람의 일반적인 행동에 대한 의사의 소견.
최근 부상이 없습니다.	수혜자를 잘 관찰했습니다.
자치구 직원의 가정 방문 중 위험한 행동의 증거 없음.	빈도는 매시간 단위가 아님; 전후 하루 빠짐; 하루에 1 시간부터 24 시간까지 일반화할 수 없음.
"완전한" 신체 마비는 수혜자가 아무 것도 하지 못하게 합니다.	고의적인 위험한 행동. 예: 카테터, G-튜브 등 빼내기

기타 IHSS 및 보호 관찰 자원

캘리포니아주 장애인 권리 단체(Disability Rights California)에서는 IHSS 에 대한 웹사이트에 발행물과 기타 유용한 정보를 게재했으며,

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/in-home-supportive-services-ihss>.

에서 사용할 수 있습니다.

또한 캘리포니아주 장애인 권리 단체는 캘리포니아 장애인들에게 장애와 관련된 문제에 관한 무료 서비스를 제공합니다. 도움을 받으려면 1-800-776-5746 로 전화를 걸어 캘리포니아주 장애인 권리 단체에 문의하여 수용 인원을 요청하실 수 있습니다.

캘리포니아 사회 서비스국은 해당 웹사이트에 "정책 및 절차 매뉴얼" 또는 "MPP"라는 규정을 게시합니다

<http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Letters-Regulations/Legislation-and-Regulations/Adult-Services-Regulations>.

캘리포니아 사회 서비스국은 해당 웹사이트에 ACL(All County Letters) 및 ACIN(All County Information Notices)을 게재합니다

<http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Letters-Regulations/Letters-and-Notices/All-County-Letters> .

첨부 1

보호 관찰 개요

보호 관찰을 받으려면 다음과 같은 행동을 일으키는 정신 질환이나 정신 장애를 가지고 있어야 합니다. 잘못된 판단(건강이나 안전에 대한 잘못된 결정을 내림), 혼란/방향 감각 상실(헤매기, 길잃기, 사람들, 요일 또는 시간을 구분하지 못함) 또는 나쁜 기억력(어떤 일의 시작이나 끝내기를 잊어버림). 이러한 장애는 정신 지체, 자폐증, 알츠하이머, 치매 및 정신과적 장애로 발생할 수 있습니다. 보호 관찰은 어떤 사람을 안전하게 지키기 위해 관찰하는 일로 구성됩니다.

다음의 경우에는 보호 관찰이 제공되지 않습니다.

- 친절한 방문 또는 사회 활동.
- 의학적 상태로 인해 필요성이 야기되고 당사자가 의학적 관찰이 필요할 때.
- 의학적 응급 상황 예상 시.
- 반사회적 또는 공격적 행동을 통제하기 위함.

의사 소견서에 있어야 하는 정보 샘플

IHSS 수혜자가 보호 관찰 대상 자격이 있음을 보여주기 위해서는 IHSS 수혜자가 자신의 의사로부터 (의사 소견서 양식으로)서비스 필요성에 대한 증명서를 얻어야 합니다. 의사 소견서는 그 사람의 장애(정신 질환 또는 정신 장애), 기능 수준, 기능 장애, 나이를 기술해야 하며 잘못된 판단, 혼란, 나쁜 기억력 또는 방향 감각 상실을 일으키는 장애의 정도를 설명하고 자신이 위험한 상황에 있음을 깨닫지 못하고 저지르는 위험한 행동의 예를 제공해야 합니다.

또한 소견서는 다음 페이지의 다음 질문에 대답하거나 개인의 보호 관찰 필요성에 대한 소견서를 쓰는 것 외에도 다음 페이지의 양식을 작성해야 합니다.

수혜자 이름: _____ 생년월일: _____

진단: _____

예후: _____

1. 개인이 장애의 결과로 정신 장애 또는 인지 장애를 가지고 있나요?

적절한 대답을 선택하십시오. 예 또는 아니오

2. 개인을 혼자 두어서는 안되는 정신 장애 또는 인지 장애가 있나요?

적절한 대답을 선택하십시오. 예 또는 아니오

3. 개인 위험 및 부상 일지에 설명된 행동이 개인의 진단과 일치하나요?

적절한 대답을 선택하십시오. 예 또는 아니오

4. 개인의 장애가 위험 및 부상 일지에 있는 종류의 행동을 일으킨 것으로 예상되나요?

적절한 대답을 선택하십시오. 예 또는 아니오

5. 장애가 안전과 관련된 개인의 판단에 영향을 미칠 수 있나요?

적절한 대답을 선택하십시오. 예 또는 아니오

6. 위의 대답에 대한 간략한 설명과 수혜자의 기능 제한에 대한 설명을
제공하십시오.

저는 제가 아는 한에 있어서 위의 정보를 제공했습니다.

서명자: _____ 일자: _____

귀하의 의견을 듣고 싶습니다! 저희 간행물에 대한 다음의 설문 조사지를 작성하여 저희 활동이 어떻게 진행되고 있는지 알려 주십시오! [\[설문조사 받기\]](#)

법률 상담은 800-776-5746 으로 전화하거나 [상담 요청 양식](#)을 작성하십시오. 기타 다른 목적으로는 916-504-5800(북부 캘리포니아), 213-213-8000(남부 캘리포니아)으로 전화하십시오.

캘리포니아주 장애인 권리 단체(Disability Rights California)는 다양한 기관들로부터 자금을 지원 받고 있으며, 자금 제공자의 전체 목록을 보려면 <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html> 을 참조하십시오.