

خدمات حمایتی سرپرستی حفاظتی در منزل

دسامبر 2017، نشریه شماره 5493.16

خدمات سرپرستی حفاظتی نوعی از خدمات IHSS برای افرادی است که به دلیل اختلال روانی یا بیماری روانی و به منظور محافظت در برابر صدمات، خطرات یا سوانح نیاز به سرپرستی 24 ساعته در روز دارند. در صورتی که فردی با نظارت 24 ساعته می تواند در خانه در شرایط ایمن بماند، ارائه دهنده خدمات IHSS می تواند با دریافت هزینه از کودکان یا بزرگسالان دچار معلولیت مراقبت و سرپرستی نماید. MPP 30-757; MPP 30-757.173(a).

ممکن است دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی دشوار و مستلزم اسناد صریح نشان دهنده نیاز به خدمات باشد. این نشریه با هدف کمک به شما برای اطلاع از معیار احراز شرایط دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی تهیه شده است و به شما کمک می کند رد درخواست دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی را به چالش بکشید. این نشریه محتوی مطالبی ضمیمه است که برای تقاضای خدمات سرپرستی حفاظتی و آمادگی برای دادرسی به آنها نیاز دارید.

(1) ارزیابی نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی برای برنامه خدمات حمایتی در منزل (SOC 821) - این فرم باید توسط پزشک فرد گیرنده خدمات IHSS پر شود.

(2) نمونه نامه پزشک خدمات سرپرستی حفاظتی - پزشک فرد گیرنده خدمات IHSS باید نامه ای با جزئیات بیشتر ارائه دهد که نیاز به خدمات را توضیح داده باشد. پزشک فرد گیرنده خدمات همچنین به نسخه ای از فهرست ثبت خطرات یا صدمات برای نوشتن این نامه نیاز دارد.

(3) طرح پوشش خدمات سرپرستی حفاظتی 24 ساعته روزانه (SOC 825 (6/06)) - شما باید این فرم را تکمیل کنید.

چرا خدمات سرپرستی حفاظتی حائز اهمیت است؟

برنامه IHSS متشکل از چهار برنامه است که در ادامه توضیح داده خواهند شد. افرادی که صلاحیت دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی را داشته باشند واجد شرایط دریافت حداکثر 195 یا 283 ساعت خدمات در طول ماه خواهند بود. با اینحال، حداکثر تعداد ساعات مورد نیاز به این بستگی دارد که کدام یک از چهار برنامه اعمال شود و اینکه آیا گیرنده خدمات "دچار اختلال جدی" قلمداد می شود یا خیر. تعداد کل ساعات مجاز (یعنی ساعاتی که فرد گیرنده خدمات می تواند خدمات دریافت کند) ممکن است همچنین با توجه به دریافت منابع جایگزین تنظیم شود. افراد گیرنده خدمات IHSS باید برای اطلاع از

اینکه در کدام برنامه IHSS قرار گرفته اند و نحوه تعیین ساعات خود توسط دفتر شهرستان به اعلامیه اقدام خود رجوع کنند.

چهار برنامه IHSS و حداکثر میزان ساعاتی که فرد می تواند خدمات دریافت کند:

- برنامه IHSS Residual یا (IHSS-R)

افرادی که دچار اختلال جدی نیستند، می توانند حین حضور در برنامه سرپرستی حفاظتی حداکثر تا 195 ساعت در ماه خدمات دریافت کنند. افراد دچار اختلال جدی 283 ساعت خدمات در ماه دریافت می کنند. (آئین نامه رفاه و سازمان ها، بخش 12303.4)

- برنامه خدمات مراقبت شخصی (PCSP)

مددجویانی که در برنامه PCSP ثبت نام شده اند، صرفنظر از اینکه آیا دچار اختلال جدی قلمداد می شوند یا خیر، واجد شرایط دریافت حداکثر 283 ساعت خدمات در ماه هستند. (نامه همه شهرستان ها 16-21-93 مارس 1993)
در- <http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl93/93-21.PDF>

- طرح IHSS Plus Option یا (IPO)

افرادی که دچار اختلال جدی نیستند، می توانند طی حضور در برنامه سرپرستی حفاظتی حداکثر تا 195 ساعت در ماه خدمات دریافت کنند. افراد دچار اختلال جدی 283 ساعت خدمات در ماه دریافت می کنند. (آئین نامه سازمان ها و رفاه بخش 14132.952، نامه تمامی شهرستان ها 19-23) 11 فوریه 2011 در
<http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/entres/getinfo/acl/2011/11-19.pdf>

و

- طرح Community First Choice Option یا (CFCO)

افرادی که دچار اختلال جدی نیستند، می توانند 195 ساعت خدمات سرپرستی حفاظتی به همراه ساعات خدمات دیگر تا حداکثر 283 ساعت در ماه خدمات دریافت کنند. (نامه همه شهرستان ها 29-14-60 آگوست 2014) در
<http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/EntRes/getinfo/acl/2014/14-60.pdf>

نحوه احراز شرایط اختلال جدی چیست؟

برای احراز شرایط "اختلال جدی"، فرد باید به 20 ساعت یا بیشتر خدمات در هفته در حوزه خدمات فردی غیرپزشکی، تهیه غذا، تمیزکاری به هنگامی که تهیه غذا و تغذیه ضروری هستند و خدمات پیرایشی نیاز داشته باشد (1)(s)(MPP 30-701).

برنامه خدمات سرپرستی حفاظتی IHSS در چه زمانی موجود است؟

افراد واجد شرایط دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی باید:

1) دچار "اختلال روانی" یا "بیماری روانی" که باشند که منجر به محدودیت هایی عملکردی در موارد زیر می شود:

- حافظه (برای مثال، فراموش کردن افراد، اشیاء، مکان ها یا اتمام کاری و غیره)
- تشخیص (برای مثال، عدم توانایی شناسایی و سازگاری با زمان، افراد، مکان ها، محیط زیست و پیرامون که برای زندگی و انجام وظایف لازم هستند).
- قضاوت (برای مثال، تصمیم گیری درباره اینکه چه چیزی سلامت یا ایمنی فرد را به خطر می اندازد)،

و

2) اختلالات باید موجب تجربه پریشانی در فرد گیرنده خدمات و ناتوانی در هدایت رفتارهای خود برای حفظ ایمنی خود و رهایی از صدمات و زیان ها شوند. MPP 30-757.171. برای مثال، یک فرد گیرنده خدمات IHSS متوجه نمی شود چه کاری می تواند انجام دهد و چه کاری خیر، و بدون سرپرستی حفاظتی در معرض خطر صدمات به دلیل تلاش برای انجام کارهایی فراتر از توانایی خود قرار خواهد گرفت. چنین نوعی از اختلال جدی ممکن است در عقب ماندگی ذهنی، اوتیسم، آلزایمر، زوال عقل، و ناتوانی های روانی رخ دهد. **بااینحال، ابتلا به یکی از این اختلالات به تنهایی موجب احراز خودکار شرایط دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی برای فرد گیرنده خدمات IHSS نمی شود.**

و

3) دفتر شهرستان باید همچنین تعیین کند که فرد گیرنده خدمات باید برای ایمن ماندن در منزل به صورت بیست و چهار ساعته نظارت شود. MPP 30-757.173. این امر بدین معنا نیست ارائه دهنده باید در همه زمان ها حاضر و در حال مراقبت از فرد باشد. زمانی که فرد برای یک مدت زمان مختصر و ثابت تنها می ماند، سرپرستی حفاظتی می تواند شامل نظارت فرد به روشی جایگزین باشد. (3)(b)(MPP 30-172) و (ACL 98-87).

کارکنان دفتر شهرستان نیز باید درباره دسترسی به برنامه خدمات سرپرستی حفاظتی و نیاز به آن و همچنین اینکه آیا مراقبت خارج از منزل جایگزین مناسبی برای محافظت و سرپرستی می باشد یا خیر، توضیح دهند. MPP 30-757.174.

چه زمانی خدمات سرپرستی حفاظتی موجود نیست؟

ارائه خدمات سرپرستی حفاظتی در صورتی رد می شود که نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی برای موارد زیر باشد:

- دیدار دوستانه یا فعالیت های اجتماعی
- زمانی که نیاز به دلیل عارضه ای پزشکی ایجاد می شود و فرد به مراقبت پزشکی نیاز دارد (برای مثال مراقبت از فرد گیرنده خدمات و انجام ساکشن یا چرخاندن بیمار برای جلوگیری از زخم بستر)
- در صورت پیش بینی وضعیت اضطراری پزشکی (برای مثال، اختلال جدی در عملکرد جسمی یا معلولیت جدی هر عضو یا اندامی از بدن. سکته، صرع، حمله قلبی یا آسم از جمله نمونه های اختلال جدی می باشند).
- برای کنترل و رفتار پرخطر یا ضد اجتماعی فرد گیرنده خدمات (برای مثال، مداخله در نزاع یا تخریب اموال).
- برای محافظت علیه رفتار خود ویرانگری عمدی (یعنی پس از ملاحظه دقیق اثرات و پیامدها) مانند خودکشی، یا زمانی که فرد آگاهانه قصد صدمه به خودش را دارد. (-30 MPP 757.172)

آیا خدمات سرپرستی حفاظتی برای کودکان نیز موجود می باشد؟

بله. کودکان می توانند خدمات سرپرستی حفاظتی دریافت کنند. با اینحال، چنین کودکانی نسبت به کودکان همسن خود باید به مراقبت دقیق تری نیاز داشته باشند.

کارکنان دفتر شهرستان باید عملکرد ذهنی تمامی کودکان را بر مبنای فردی ارزیابی کنند و بر مبنای نیازهای فردی خدمات سرپرستی حفاظتی ارائه دهند. تمامی کودکان دچار اختلال ذهنی باید به منظور دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی ارزیابی شوند.

امکان رد صلاحیت کودکان برای خدمات سرپرستی حفاظتی به دلایل ذیل وجود ندارد:

- سن به تنهایی،
 - به دلیل اینکه کودک اخیراً دچار صدماتی نشده است،
 - به دلیل اینکه والدین برای مدت زمانی ثابت مانند پنج دقیقه کودک را ترک می کنند.
- دفتر شهرستان باید تمامی حقایق را در تعیین نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی شامل مواردی مانند سن، عدم وجود صدمات، و غیاب والدین در نظر بگیرد.

دفتر شهرستان باید همچنین با والدین یا قیم کودک درباره موجود بودن برنامه سرپرستی حفاظتی و واجد شرایط بودن صحبت کند و فرض بر این نباشد که والدین یا قیم می توانند خدمات را به صورت رایگان فراهم کنند. (ACL 98-87)

سندسازی رفتار به دلیل اختلال یا بیماری روانی برای اثبات صلاحیت دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی

برای اثبات صلاحیت دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی، باید اسنادی را ارائه دهید که نشان دهند فرد گیرنده خدمات IHSS در صورتی که در هر زمانی طی بیست و چهار ساعت روز تحت مراقبت نباشد، به دلیل یک اختلال ذهنی یا بیماری روانی در معرض خطر یا صدمات قرار خواهد گرفت. اسناد باید مثال هایی از مواردی ارائه دهند که فرد گیرنده خدمات کارهایی برای صدمه به خودش انجام می دهد یا هنگامی که تنها گذاشته می شود آنها را به خطر می اندازد.

اگر نمی توانید هیچگونه رفتار خطرناکی شناسایی کنید که فرد گیرنده داشته باشد یا کارهایی که انجام می دهد و منجر به صدمه خواهد شد یا در صورت تنها ماندن فرد گیرنده خدمات موجب عدم ایمنی وی می شود، ممکن است تقاضای شما برای خدمات سرپرستی حفاظتی رد شود.

باید مطمئن شوید از تمامی اسنادی که برای اثبات صلاحیت دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی جمع آوری نموده اید یک نسخه در اختیار دارید.

1) تهیه فهرست صدمات/خطرات

بهترین روش برای اثبات صلاحیت (یعنی نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی) تهیه فهرستی برای ثبت هر سانحه/صدمه یا موارد شبه سانحه/صدمه است که فرد گیرنده خدمات طی شش (6) ماه گذشته یا در صورت لزوم طی مدت زمانی بیشتر داشته است.

فهرستی که تهیه می کنید باید هر اقدامی را که فرد گیرنده خدمات انجام داده است و شاید منجر به صدمه شده باشد یا فرد را در معرض خطر صدمه یا زبانی قرار داده باشد و هر چند مرتبه ای که رخ داده است توضیح دهد.

مثال هایی از این نوع رفتار شامل موارد ذیل است: گذاشتن سیگار روشن در سرتاسر خانه، استفاده از اسکاچ برای حمام کردن و شستن خود، پرسه زدن در بیرون خانه و مفقود شدن، اجازه دادن به غریبه ها برای ورود به خانه، روشن کردن اجاق و فراموشی خاموش کردن آن، روشن کردن آتش کوچک در اطراف خانه، باز گذاشتن جریان آب، خوردن محصولات خطرناک یا غذاهای ناسالم، تکان دادن شدید سر (هد زدن)، گاز گرفتن یا خراشیدن خود، استفاده از چاقو یا دیگر وسایل نایمن خانه، بالا رفتن به مکانی بلند و پریدن به قصد پرواز، پنهان شدن در یخچال، فرو کردن انگشتان در پریز چراغ برای دیدن اینکه برق جریان دارد، پرسه زدن در خیابان بدون توجه به جمعیت پیشاپنده، پریدن در استخر بدون داشتن مهارت شنا، تلاش برای حرکت دادن مبلمان هنگامی که فرد تعادل و قدرت کافی ندارد، تلاش برای بیرون آمدن از تخت زمانی که فرد توانایی لازم برای استفاده از یا کنترل عضلات را ندارد، انجام هر کاری فراتر از توانایی بدنی یا ذهنی فرد که منجر به صدمه یا زیان وی می شود.

اگر فرد گیرنده خدمات اخیراً سانحه ای نداشته یا خود را در معرض شرایط خطرناک قرار نداده است، علت را توضیح دهید. برای مثال، فرد به منظور پیشگیری از سوانح به صورت 24 ساعته در روز توسط پرستار IHSS و اعضای خانواده مراقبت می شود. اقداماتی را که پرستاران و اعضای خانواده برای پیشگیری از سوانح یا صدمات انجام داده اند توضیح دهید.

همچنین می توانید در فهرست صدمات/سوانح، بخشی از نکات درست کنید که توضیح دهد خانه گیرنده خدمات به چه نحوی قابل اصلاح یا ایمن سازی به طور کامل نیست و/یا روش هایی جایگزین برای مراقبت از فرد هنگامی که گیرنده خدمات IHSS باید به مدت زمانی کوتاه و ثابت (در صورت امکان) تنها بماند. برای مثال، شاید فرد گیرنده خدمات دو بار در ماه تنها بماند تا اعضای خانواده به مدت حداکثر 2 ساعت تنها بماند و با تماس تلفنی به خانه در هر 20 دقیقه کنترل شود.

2) کسب نامه های دیگری برای سندسازی نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی

کسب نامه ای از مرکز منطقه ای یا هر منبع دیگری مانند برنامه روزانه یا برنامه مدرسه. نامه باید شامل اطلاعات زیر باشد:

کسب نامه ای از مرکز منطقه ای یا هر منبع دیگری مانند برنامه روزانه یا برنامه مدرسه. نامه باید شامل اطلاعات زیر باشد:

- سن مراجعه کننده،
- اطلاعات مربوط به اختلالات ذهنی فرد گیرنده خدمات و/یا بیماری روانی،
- اطلاعات مربوط به شدت محدودیت عملکردی ایجاد شده به دلیل اختلالات در حوزه های حافظه، تشخیص و قضاوت،
- توضیح اینکه محدودیت ها در حوزه های حافظه، تشخیص و قضاوت چگونه سبب سردرگمی و رفتارهای غیر خودهدایتگر می شوند (برای مثال، عدم توانایی در شناسایی مکان، زمان و افراد و غیره)،
- اطلاعات مربوط به اینکه آیا نیازهای فردی برای ایمن ماندن باید مراقبت و مشاهده شوند و علت آن (برای مثال، زمانی که فرد گیرنده خدمات دارای وسایلی است که ایمن نیستند، فرد به صورت کلامی دوباره هدایت می شود تا رفتار متوقف شود)،
- مثال هایی درباره رفتارهای نامنی ارائه دهید که فرد دارد و میزان تکرار آن ها را بیان کنید.

کسب اسناد پزشکی مربوط به نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی

1) کسب یک فرم "ارزیابی نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی برای برنامه خدمات حمایتی در منزل" (SOC 821 (3/06)) که توسط پزشک فرد گیرنده خدمات تکمیل شده است

باید فرم متداول SOC 821 را تهیه کنید که به هنگام درخواست خدمات سرپرستی حفاظتی توسط پزشک فرد گیرنده خدمات پر می شود. نسخه ای از فرم را در اسناد خود نگه دارید. دفتر شهرستان از این فرم برای جمع آوری اطلاعات و تصمیم گیری درباره نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی استفاده خواهد کرد. فرم SOC 821 را می توان در آدرس زیر دانلود کرد:

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

امکان امضای این فرم توسط یک پزشک متخصص با تخصص پزشکی یا حوزه های فعالیت مربوط به حافظه، تشخیص و قضاوت وجود دارد. MPP 30-757.173(a)(1)(A).

فرم SOC 821 از پزشک گیرنده اطلاعاتی درباره عملکرد فرد گیرنده خدمات در حوزه های حافظه، تشخیص و قضاوت می پرسد. این فرم همچنین اطلاعاتی درباره هرگونه صدمات یا سوانحی کسب می

کند که فرد گیرنده خدمات به دلیل نقص در حوزه های حافظه، تشخیص و قضاوت داشته است و اطلاعاتی درباره اینکه آیا فرد ممکن است خود را از لحاظ فیزیکی در موقعیت هایی خطرناک قرار دهد یا خیر.

در موارد بسیاری، در صورتی که پزشک فرد گیرنده خدمات برای سوالات یک و دو فرم SOC 821 گزینه "بله" را علامت بزند و در تمامی حوزه های عملکردی گزینه های "شدید" را علامت بزند دفتر شهرستان خدمات سرپرستی حفاظتی اعطا خواهد کرد و تقاضای خدمات برای هر شخص دیگری را رد خواهد کرد. بااینحال، دفتر شهرستان باید از فرم SOC 821 به همراه دیگر اطلاعات مربوطه برای ارزیابی نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی استفاده نماید. فرم (SOC 821) به تنهایی نباید برای اثبات صلاحیت دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی مورد استفاده قرار گیرد. (آئین نامه رفاه و سازمان ها § 12301.21 و MPP 30-757.173(a)(2) و (3)).

توجه: اگر پزشک فرد گیرنده خدمات فرم (3/06) SOC 821 را در گذشته پر و عنوان کرده باشد که گیرنده به خدمات سرپرستی حفاظتی نیاز نداشته است و در فرم SOC 821 که به تازگی پر شده است نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی را عنوان کند، پزشک باید علت تغییر در نیاز را توضیح دهد. برای مثال، اگر محدودیت های عملکردی شخص گیرنده شدیدتر شده باشد و یا اگر پزشک پیش از این گزینه های اشتباه را علامت زده باشد یا نحوه پر کردن فرم را نمی دانسته است، وی باید این موضوع را در فرم SOC 821 که به تازگی پر شده است توضیح دهد.

2) کسب نامه دیگری از پزشک که نیاز به خدمات سرپرستی حفاظتی را مستند کرده باشد (ضمیمه 1)

کسب نامه پزشک که ناتوانی فرد گیرنده (بیماری روانی یا اختلال روانی)، سطح عملکرد و سن را مستند می کند و توضیح می دهد که معلولیت چگونه سبب قضاوت ضعیف، سردرگمی، حافظه ضعیف یا عدم تشخیص می شود. می توانید از فرم انتهای این نشریه برای کسب اطلاعاتی که در بالا توضیح داده شد، از پزشک فرد گیرنده خدمات استفاده نمایید.

پزشک باید اطلاعاتی درباره رفتارهای فرد و توانایی جسمی و ذهنی در رابطه با قرار دادن خود در معرض شرایط خطرناک داشته باشد تا بتواند فرم موجود در این بسته را به درستی پر کند یا نامه ای با اطلاعات سودمند ارائه دهد که در آن توضیح داده شده است اختلالات فرد گیرنده چگونه مانع از تنها گذاشتن فرد می شود. می توانید نسخه ای از فهرست خطرات/سوانح خود را به پزشک فرد گیرنده خدمات ارائه دهید تا اطلاعات مربوط به رفتارهای خطرناکی را که فرد گیرنده دارد و مانع از تنها گذاشتن وی در هر زمانی از بیست و چهار ساعت شبانه روز می شود با پزشک درمیان بگذارد.

فرم های موردنیاز دیگر برای کسب خدمات سرپرستی حفاظتی

1) "طرح پوشش خدمات سرپرستی حفاظتی 24 ساعته روزانه" (SOC 825 (6/06)) تکمیل شده توسط شما

اگر تقاضای خدمات سرپرستی حفاظتی 24 ساعته داده باشید، باید فرم SOC 825 را نیز پر کنید. این فرم شما را ملزم به ارائه اطلاعاتی درباره نحوه ارائه خدمات سرپرستی حفاظتی بیست و چهار ساعته می

کند. MPP 30-757.173(a)(1)(A)(5). اگرچه در این فرم عنوان شده است "فرم استفاده اختیاری دفتر شهرستان"، ما پر کردن این فرم را توصیه می کنیم.

این فرم در دفتر محلی رفاه شهرستان شما موجود است. این فرم در اینترنت در آدرس زیر یافت می شود:
<http://www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/entres/forms/English/soc825.pdf>

دفتر شهرستان عنوان می کند که به خدمات سرپرستی حفاظتی نیاز ندارم. چه کاری انجام دهم؟

دفاتر شهرستان ها دلایل رایج بسیاری دارند که به فردی عنوان کنند واجد شرایط دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی نیست. در ادامه فهرستی از توجیحات رایج دفتر شهرستان و برخی از پاسخ های احتمالی آمده است.

<u>آیا اختلال روانی جدی وجود دارد؟</u>	
توجیه دفتر شهرستان	برخی پاسخ ها
در معاینه خانگی اختلال ذهنی جدی مشاهده نشد.	دفتر ثبت روزانه شما، اظهاریه پزشک، اسناد مرکز منطقه ای، معاینه خانگی بیش از حد کوتاه، رفتار مشاهده شده و سؤالات پاسخ داده نشده برای دستورالعمل ها، بیماران دچار زوال عقل تنها به شخص معاینه گر "روز خوش" می گویند، فرم SOC 293، خط H نشانگر 5 برای یک اختلال روانی است.
به دلیل اختلال فیزیکی، و نه اختلال روانی، به سرپرستی حفاظتی نیاز دارد.	به دلیل اختلال روانی متوجه اختلالات فیزیکی نیست، پیامدهای اقدامات مربوط به اختلالات فیزیکی را متوجه نمی شود و درک نمی کند - یعنی سعی در برخاستن یا راه رفتن بدون کمک در زمانی را دارد که بدون خطر صدمه زدن نمی تواند این کار را انجام دهد، حتی اگر به دلیل دیابت خطر صدمه ای متوجه وی باشد شیرینی جات می خورد، سعی در برداشتن بانداژ، لوله یا بریس به دلیل آزاردهنده بودن یا اذیت کننده بودن آن دارد.
اختلال فیزیکی منجر به رفتار خطرناک می شود.	اختلالات روانی نیز منجر به رفتار ناپایمن می شود، نیازی به اثبات این نیست که مشکل روانی تنها علت می باشد.

آیا رفتار خطرناک در منزل وجود دارد؟

برخی پاسخ ها	عذر دفتر شهرستان
اظهاریه پزشک نسبت به رفتار معمولی برای فرد با چنین تشخیصی.	تشخیص رسمی عارضه روانی، اثبات کننده نیاز نیست.
گیرنده خدمات به خوبی نظارت شده است.	هیچگونه صدمه در گذشته نزدیک.
تکرار به صورت ساعتی نیست؛ روز حذف شده پیش و پس از؛ امکان تعمیر یک ساعت به 24 ساعت نیست.	هیچگونه شواهدی از رفتار خطرناک هنگام معاینه خانگی مددکار دفتر شهرستان مشاهده نشد.
هرگونه اقدام هدفمند که خطرناک است، برای مثال، بیرون کشیدن کاتتر، لوله G و غیره.	فلج جسمی "کامل" مانع از انجام هرکاری توسط فرد گیرنده خدمات می شود.

دیگر منابع سرپرستی حفاظتی و IHSS

دفتر حقوق معلولین کالیفرنیا در ای نشریات و اطلاعات سودمند دیگری درباره IHSS در وبسایت خود به آدرس زیر می باشد: http://www.disabilityrightsca.org/issues/inhome_pubs.html

دفتر حقوق معلولین کالیفرنیا همچنین خدماتی رایگان در موارد مرتبط با معلولیت به شهروندان کالیفرنیا و دچار مشکل معلولیت ارائه می دهد. برای دریافت کمک می توانید از طریق تماس با شماره 1-800-776-5746 با دفتر حقوق معلولین تماس گرفته و تقاضای جذب نمایید.

دپارتمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا قوانین خود را با نام "راهنمای سیاست ها و روندها" یا "MPP" را در وبسایت خود به آدرس زیر منتشر می کند
<http://www.dss.cahwnet.gov/ord/PG310.htm>

دپارتمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا نامه تمامی شهرستان ها (ACL) و اعلامیه های اطلاعات تمامی شهرستان ها (ACIN) را در وبسایت خود به آدرس زیر منتشر می کند
<http://www.dss.cahwnet.gov/lettersnotices/default.htm>

ضمیمہ 1

مروری بر سرپرستی حفاظتی

برای احراز شرایط به منظور دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی فرد باید مبتلا به بیماری روانی یا اختلال روانی باشد که رفتارهایی از قبیل موارد ذیل را به دنبال دارد: قضاوت ضعیف (تصمیم‌گیری نادرست درباره سلامت یا ایمنی)، سردرگمی/عدم تشخیص (پرسه زدن، مفقود شدن، اشتباه گرفتن افراد، روزها یا زمان‌ها) یا حافظه ضعیف (فراموش کردن شروع یا پایان امری). چنین نوعی از اختلال ممکن است در عقب ماندگی ذهنی، اوتیسم، آلزایمر، زوال عقل و ناتوانی‌های روانی رخ دهد. سرپرستی حفاظتی به معنای مراقبت از فرد به منظور حفظ ایمنی وی است.

سرپرستی حفاظتی برای موارد ذیل امکان‌پذیر نیست:

- دیدار دوستانه یا فعالیت‌های اجتماعی.
- هنگامی که نیاز به دلیل عارضه‌ای پزشکی ایجاد شود و فرد به سرپرستی پزشکی نیاز داشته باشد.
- در پیش‌بینی وضعیت اضطراری پزشکی.
- برای کنترل و رفتار پرخاشگرانه یا ضد اجتماعی.

نمونه‌ای از مواردی که باید در نامه پزشک قید شوند

برای اثبات اینکه گیرنده خدمات IHSS واجد شرایط دریافت خدمات سرپرستی حفاظتی است، IHSS باید از پزشک مدرکی (به صورت نامه پزشک) درباره نیاز وی به خدمات دریافت کند. نامه پزشک باید معلولیت شخص (بیماری روانی یا اختلال روانی)، سطح عملکرد، اختلالات عملکردی، سن وی و همچنین نحوه تأثیر معلولیت بر قضاوت ضعیف، سردرگمی، حافظه ضعیف یا عدم تشخیص را توضیح دهد و مثال‌هایی از رفتارهای فرد ارائه دهد که وی درک نمی‌کند خطرناک هستند.

نامه باید پاسخی به سؤالات ذیل در صفحه بعد ارائه دهد یا فرم صفحه بعد را پر کند و همچنین نامه‌ای درباره نیاز فرد به سرپرستی حفاظتی ارائه شود.

نام فرد ذینفع:

تاریخ تولد:

تشخیص:

پیش بینی بیماری:

1. آیا فرد دچار اختلال روانی یا اختلال ادراکی در نتیجه معلولیت خود می باشد؟

لطفاً پاسخ مناسب را علامت بزنید: بله یا خیر

2. آیا اختلال روانی و یا اختلال ادراکی مانع از تنها گذاشتن فرد می شوند؟

لطفاً پاسخ مناسب را علامت بزنید: بله یا خیر

3. آیا رفتارهای توصیف شده در گزارش صدمات و خطرات افراد با تشخیص مربوط به شخص همراستا است؟

لطفاً پاسخ مناسب را علامت بزنید: بله یا خیر

4. آیا می توان انتظار داشت که ناتوانی فرد نوعی از رفتارهای قید شده در گزارش صدمات و خطرات را به دنبال داشته باشد؟

لطفاً پاسخ مناسب را علامت بزنید: بله یا خیر

5. آیا معلولیت می تواند بر قضاوت فرد نسبت به ایمنی اثرگذار باشد؟

لطفاً پاسخ مناسب را علامت بزنید: بله یا خیر

6. لطفاً شرح مختصری از پاسخ های بالا و شرحی از محدودیت های عملکردی فرد ذینفع ارائه دهید:

من در حد دانش خود اطلاعات بالا را ارائه داده ام.

امضا شده توسط:

تاریخ:

می خواهیم از شما بشنویم! لطفاً نظرسنجی زیر را درباره نشریه های ما پر کنید و ما را از کیفیت کارمان مطلع کنید! [\[نظرسنجی را انجام دهید\]](#)

جهت معاونت حقوقی با شماره 800-776-5746 تماس بگیرید یا [درخواست فرم کمک](#) را تکمیل کنید. جهت تمام امور دیگر با شماره های 916-504-5800 (کالیفرنیا شمالی)؛ 213-213-8000 (کالیفرنیا جنوبی) تماس بگیرید.

مخارج سازمان معلولین کالیفرنیا از منابع گوناگونی تأمین می شود که برای اطلاع از لیست حمایت کنندگان می توانید به آدرس زیر مراجعه کنید <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>