

توعية المشارك ببرنامج IRIS: الرعاية الشخصية ذاتية التوجيه IRIS PARTICIPANT EDUCATION: SELF-DIRECTED PERSONAL CARE

التعليمات: تستخدم هذه الاستمارة كإقرار بالالتزام بتوعية المشارك في برنامج IRIS. لا يتطلب قانون ولاية Wisconsin استكمال هذه الاستمارة، لكن برنامج IRIS SDPC (الرعاية الشخصية ذاتية التوجيه) يتطلب استكمال هذه الاستمارة. كما يجب أن يقر ممرض برنامج IRIS SDPC كذلك بمراجعة هذه الاستمارة.

ملاحظة: يجب الاحتفاظ بكل الأوراق في سجل المشارك بحيث تكون متوفرة لمراجعة DHS عند الطلب.

1. ناقشت خباراتي في وضع خطة My Cares مع ممرضة SDPC وأوافق على ما تم تحديده من جوانب الرعاية اللازمة. أدرك بأنني سألتقى خطة My Cares جديدة سنويًا أو أكثر إذا أعادت الممرضة المسجلة تقييم احتياجاتي.
2. أدرك أنه إن كنت أرسل فواتير الرعاية الشخصية لوكالة معونة طبية للرعاية الشخصية (Medical Assistance Personal Care, MAPC)، علي التوقف عن ذلك في اليوم السابق لتاريخ سريان هذه الخطة. لا يمكنني الحصول على خدمات من وكالة رعاية شخصية أخرى خلال فترة حصولي على تمويل من الرعاية الشخصية ذاتية التوجيه.
3. أدرك بأنه علي إخطار ممرضة SDPC إذا أصبحت مؤهلاً لتلقي أي خدمات صحة منزلية أخرى مثل الرعاية في آخر الحياة أو الصحة المنزلية أو خدمات الرعاية التمريضية الخاصة. أدرك أنني إذا احتجت إلى رعاية تمريضية ماهرة ولدي Medicare، أنه لا يمكنني إرسال فواتير مقابل خدمات SDPC والصحة المنزلية/الرعاية التمريضية الماهرة معاً في نفس الوقت. سيتم تعليق خدماتي من SDPC إلى حين إخطاري لممرضة SDPC بتاريخ انتهاء خدماتي من الصحة المنزلية/الرعاية التمريضية الماهرة (Medicare).
4. لتلقي SDPC، أوافق على الزيارات الإشرافية كما هو متفق عليه في خطة الرعاية هذه. إن لم تحدث هذه الزيارات، سيتم تعليق خدمات SDPC أو قد يتم إيقافها تمامًا. يجب أن تزورني ممرضات SDPC مرة كل 60 يوم أو حسب جدول أوافق عليه أنا وطبيبي وممرضتي لـ SDPC. يمكن لممرضة SDPC زيادة عدد الزيارات اللازمة لضمان تطبيق خطة آمنة. إذا تم طلب تغيير في هذا الجدول:
 - سأعلم ممرضتي لبرنامج SDPC بأي تغيير في حالتي قد يؤثر على احتياجاتي من الرعاية الشخصية.
 - قد تحتاج ممرضتي لبرنامج SDPC للاتصال بي كل 60 يومًا للتحقق من دقة وصحة ورقة تعليمات My Cares.
5. سأعلم ممرضتي لبرنامج SDPC إذا كان هناك تغيير في العنوان أو رقم الهاتف.
6. أدرك بأنه لا يمكن إرسال الفواتير إلى برنامج SDPC لخدمات الرعاية خارج الولاية إلا إذا حصلت على موافقة ممرضتي لفترة زمنية مطولة مثل حالات السفر للعمل (مع الإخطار بذلك قبل شهر واحد). ولكن إذا أثر السفر الموافق عليه على تقييماتي أو الزيارات الإشرافية إلخ، فقد تنقطع الخدمات لفترة معينة. علي أن أعلم ممرضتي في حال خروجي من ولاية Wisconsin. برنامج SDPC هو خدمة من بطاقة Medicaid لـ State of Wisconsin ولا يمكنه دفع فواتير جهات خارج الولايات المتحدة الأمريكية.
7. علي إخطار ممرضتي لبرنامج SDPC خلال 24 ساعة من دخولي المستشفى أو دار التمريض أو السجن أو إلى أي منشأة أخرى للرعاية طويلة الأجل. أدرك بأنه لا يمكن للعاملين لدي من برنامج SDPC إرسال فواتير عن الخدمات خلال فترة إقامتي في المستشفى أو أي مؤسسة أخرى.
8. أعي أن حصتي من برنامج SDPC لن تزيد للمساعدة قصيرة الأجل التي قد أحتاجها بعد الجراحة أو بسبب مرض أو إصابة مؤقتين. أدرك بأن ساعات العمل للممرضة المسجلة الخاصة (حسب الحاجة) قد تم إدراجها ضمن هذه الخطة لتغطية الفترات التي تزيد فيها احتياجات الرعاية.
9. لا يمكنني إرسال الفواتير إلا للساعات الموافق عليها من قبل الممرضة المسجلة لبرنامج SDPC ولا يمكنني إرسال فواتير عن ساعات أكثر مما تمت الموافقة عليه. أدرك بأنه لا يمكن نقل ساعات برنامج SDPC من أسبوع لآخر. بحسب سياسة DHS، لا يمكن لعاملي من برنامج SDPC العمل لأكثر من 40 ساعة في الأسبوع (لجميع خدمات برنامج IRIS مجتمعة). أنا مسؤول عن ضمان عمل مقدمي رعايتي للفترة الصحيحة وتقديمهم الفواتير الصحيحة عنها.
10. سيتم إعطائي حصة أسبوعية من الساعات؛ إن اخترت استخدام ساعاتي يوميًا، علي تقسيم هذه الساعات على عدد أيام الأسبوع (7). يمكنني أيضًا تغيير عدد الساعات بين يوم وآخر طالما لا أتجاوز حصتي الأسبوعية من الساعات.
11. أنا مسؤول عن توظيف وتدريب العاملين لدي والإشراف عليهم. سأدرب العاملين لدي على الرعاية المدرجة في خطتي من My Cares وكذلك على الإجراءات الوقائية مثل غسل الأيدي واستخدام القفازات. إن احتجت إلى دعم إضافي في تدريب العاملين لدي، سأنتشور مع ممرضتي من برنامج SDPC.
12. في حال حدوث تغيير طويل الأجل في حالتي مما قد يؤثر غالباً على تعليماتي لـ My Cares بسبب زيادة أو نقصان احتياجاتي من الرعاية الشخصية، و في حال وجدت ممرضتي لبرنامج SDPC أنه قد حصل تغيير طويل الأجل في حالتي، ستمم مراجعة خطتي وقد يتغير تاريخ انتهائها وعدد الساعات المسموح بها.
13. إن كان لدي ممثل لبرنامج SDPC، فليس له أن يقدم فاتورة عن تقديم الرعاية الشخصية. إذا تغير هذا الممثل، سأتواصل مع ممرضتي المسجلة لبرنامج SDPC.
14. أدرك بأنه يمكن إلغاء تسجيلي قسرياً من الرعاية الشخصية ذاتية التوجيه عندما:
 - تكون صحتي وسلامتي في خطر.
 - يكون هناك إساءة في إدارة صلاحيتي للشراء. مثلاً، يشمل هذا على سبيل المثال لا الحصر احتمال وجود احتيال أو تزوير أو إبلاغ خاطئ أو غير مقصود.
 - أنتقل للسكن في ظروف معيشية غير مؤهلة.
 - لا أعود أستوفي معايير الأهلية لبرنامج IRIS SDPC.

يرجى التأكد من استكمال صفحة التوقيع.

يشير توقيعني أدناه إلى قيام ممرضة برنامج IRIS SDPC بمراجعة هذه الوثيقة بأكملها معي وقد أعطيت لي الفرصة لطرح جميع أسئلتني. يشير توقيعني كذلك إلى فهمي للمواد أعلاه كما قُدمت لي. كما أقر بأن تزوير أداتي للرعاية الشخصية يعد احتياليًا بموجب § 49.49 Wisconsin State Statute تصل عقوبته إلى 6 سنوات سجن و/أو 10,000 دولار لكل واقعة.

أدرك بأنه إذا أصبح عندي أسئلة حول مسؤولياتي كمشارك في برنامج IRIS SDPC في المستقبل، يمكنني معالجتها مع ممرضتي من برنامج IRIS SDPC. كما يشير توقيعني إلى فهمي بأنني إن لم ألتزم بسياسات برنامج IRIS، فقد يُطلب مني ترك برنامج IRIS.

التوقيع – المشارك	تاريخ التوقيع
التوقيع – الوصي (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

يشير توقيعني أدناه إلى أنني قد استعرضت شخصيًا هذه الوثيقة مع المشارك و/أو الوصي وأتحت لهما الفرصة لطرح الأسئلة.

التوقيع – ممرضة برنامج IRIS SDPC	تاريخ التوقيع
----------------------------------	---------------

يرجى اختيار واحدة مما يلي:

- التوجيه الأولي
- الزيارة السنوية
- معالجة مراجعة السجل