

IRIS 참가자 교육: 자기 주도 개인 케어

IRIS PARTICIPANT EDUCATION: SELF-DIRECTED PERSONAL CARE

안내: 이 양식은 IRIS 프로그램 참가자 교육의 준수 확인을 위해 사용됩니다. 이 양식의 작성은 Wisconsin State Statute에서 요구하는 바는 아니지만 IRIS SDPC 프로그램의 요구 사항입니다. IRIS SDPC 간호사 또한 이 양식의 검토를 확인해야 합니다.

참고: 모든 문서 업무는 참가자 기록으로 보관되어야 하며 DHS 요청 시 검토될 수 있어야 합니다.

1. 본인은 SDPC 간호사와 My Cares 개발에 대한 선호 사항을 논의하였고 파악된 케어 필요 영역에 동의합니다. 본인은 RN이 본인의 필요를 재평가하는 경우 매년 또는 그보다 일찍 새로운 My Cares를 받게 될 것을 이해합니다.
2. 본인은 현재 개인 케어를 위해 의료 지원 개인 케어(MAPC, Medical Assistance Personal Care) 기관에 청구하는 경우 이 케어 플랜이 발효되기 전까지 청구를 중단해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 자기 주도 개인 케어 자금 지원을 받으면서 다른 개인 케어 기관의 서비스를 구할 수 없습니다.
3. 본인은 호스피스(Hospice), 가정 건강(Home Health) 또는 개인 담당 간호(Private Duty Nursing) 서비스와 같은 기타 가정 건강 서비스(Home Health Service)를 받을 자격이 될 때 SDPC 간호사에게 알려야 함을 이해합니다. 본인은 만일 본인이 숙련 간호 케어가 필요하고 Medicare를 가지고 있는 경우, SDPC 서비스 및 개인 건강/전문 간호(Skilled Nursing) 케어를 동시에 청구할 수 없음을 이해합니다. 본인의 SDPC 서비스는 가정 건강/전문 간호 케어 서비스(Medicare)의 마지막 날을 SDPC 간호사에게 알릴 때까지 보류됩니다.
4. SDPC를 받기 위해 본 케어 플랜에서 합의한 바와 같이 감독 방문에 동의합니다. 이러한 방문이 완수되지 않은 경우 SDPC 서비스는 보류되거나 중단될 수 있습니다. SDPC 간호사는 60일마다, 또는 담당 SDPC 간호가 및 의사와 본인이 합의한 일정에 따라 본인을 방문해야 합니다. SDPC 간호사는 안전 플랜의 실시를 확인하기 위해 필요한 경우 방문 빈도를 증가할 수 있습니다. 이러한 일정에 변경이 필요한 경우:
 - 본인은 개인 케어 필요에 영향을 줄 수 있는 상황에 대한 변경 사항을 SDPC 간호사에게 알립니다.
 - SDPC 간호사는 My Cares 안내 시트가 최신 버전이고 정확한지 확인하기 위해 60일마다 본인에게 전화할 수 있습니다.
5. 주소나 전화번호가 바뀔 경우 본인은 SDPC 간호사에게 알릴 것입니다.
6. 본인은 SDPC가 주 외부 케어에 대해 청구 불가능하다는 사실을 이해합니다(단, 해당 출장과(한 달 사전 고지) 같은 연장된 기간 동안 간호사의 승인을 받은 경우 제외). 하지만 승인된 여행이 본인의 평가, 감독 방문 등을 방해하는 경우 서비스의 소멸이 발생할 수 있습니다. State of Wisconsin을 벗어날 경우에는 간호사에게 알려야 합니다. SDPC는 State of Wisconsin Medicaid 카드 서비스이며 미국 밖에서 청구할 수 없습니다.
7. 본인은 입원, 요양원 입원, 감금 또는 다른 장기 케어 시설에 등록하는 경우 24시간 이내에 SDPC 간호사에게 알립니다. 본인은 병원 또는 다른 기관에 있는 동안 SDPC 근로자는 서비스에 대해 청구할 수 없을 수 있음을 이해합니다.
8. 본인은 수술 후 또는 일시적 질병이나 부상으로 인한 장기 지원에 대해 SDPC 할당량이 증가하지 않는다는 사실을 인지하고 있습니다. 본인은 PRN 시간(필요한 시간만큼)이 증가한 케어의 필요 기간을 위한 이 플랜에 따라 정해진 것을 이해합니다.
9. 본인은 SDPC RN이 승인한 시간 동안만큼만 청구할 수 있으며 승인된 분량 이상을 청구할 수 없습니다. 본인은 SDPC 시간이 한 주에서 다음 주로 이월되지 않음을 이해합니다. DHS 정책에 따라 SDPC 근로자는(모든 IRIS 서비스를 결합하여) 주 40시간 이상 근무할 수 없습니다. 본인에게는 도우미가 올바른 양을 일하고 청구하도록 할 책임이 있습니다.
10. 본인은 주마다 시간 할당을 받습니다. 매일 시간을 사용하기로 선택하면 이 시간을 주당 일수(7)로 나누어야 합니다. 주간 할당 시간을 초과하지 않는다면 날마다 시간이 달라질 수 있습니다.
11. 본인은 직원의 고용, 교육 및 감독을 책임집니다. 본인은 My Cares 플랜에 열거된 케어와 손씻기 및 장갑 사용과 같은 예방책에 대해 근로자를 교육할 것입니다. 근로자 교육에 추가 지원이 필요한 경우 SDPC 간호사에게 상담합니다.
12. 본인의 상태에 장기적인 변화가 발생하는 경우 필요한 개인 케어의 증가 또는 감소로 인한 My Cares 안내에 영향을 줄 수 있으며 담당 SDPC 간호사는 본인의 상태에 장기적인 변화가 있으며 본인의 플랜을 검토하게 되고 만료 날짜 및 시간이 변경될 수 있습니다.
13. 본인에게 SDPC 담당자가 있는 경우 이들은 개인 케어 제공에 대해 청구할 수 없습니다. 이것이 변경 사항을 대신하는 경우 SDPC RN에 연락합니다.

14. 본인은 본인이 비자발적으로 자기 주도 개인 케어에서 탈퇴될 수 있음을 이해합니다.

- 본인의 건강과 안전이 위태롭습니다.
- 본인의 구입 기관이 잘못 관리되고 있습니다. 예를 들어, 사기, 허위진술, 의도적이지 않거나 잘못된 보고를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.
- 본인이 부적격의 생활 환경으로 이사했습니다.
- 본인이 더 이상 IRIS SDPC에 대한 자격 기준을 충족하지 않습니다.

서명 페이지의 작성을 확인하십시오.

아래의 본인 서명은 IRIS SDPC 간호사가 이 전체 문서를 본인과 함께 검토하였으며 본인은 모든 질문을 문의할 기회를 받았음을 나타냅니다. 본인의 서명은 또한 본인이 본인에게 제시된 상기 자료를 이해했음을 나타냅니다. 추가적으로 개인 케어 도구를 위조하는 경우는 Wisconsin State Statute § 49.49에 따라 사기로 간주되며 최대 6년의 징역형 및/또는 사건당 \$10,000의 벌금형을 받을 수 있습니다.

본인은 향후 IRIS SDPC 프로그램의 참가자로서 갖는 책임에 관한 질문이 있는 경우 IRIS SDPC 간호사와 함께 다를 수 있다는 사실을 이해합니다. 본인의 서명은 본인이 IRIS 정책을 따르지 않는 경우 IRIS 프로그램을 떠나도록 요구 받을 수 있다는 점을 이해하고 있음을 나타냅니다.

서명 - 참가자	서명일
서명 - 보호자(해당하는 경우)	서명일

아래의 본인 서명은 본인이 스스로 참가자 및/또는 보호자와 함께 이 문서를 검토했으며 그들에게 질문을 문의할 기회를 제공했음을 나타냅니다.

서명 - IRIS SDPC 간호사	서명일

다음 중 한 가지에 체크하십시오.

- 초기 오리엔테이션
- 연례 방문
- 기록 검토 교정