

Запрос разрешения на превышение установленных ограничений для детей младше 21 года

Limitation Extension Request for Clients Under Age 21

Процедура запроса разрешения на превышение установленных ограничений дает Вам возможность сообщить нам, почему Вам требуется дополнительное кол-во часов услуг для выполнения действия по уходу за собой. Мы утвердим предоставление дополнительных часов, если сочтем, что они необходимы для коррекции или улучшения Вашего состояния, либо для предотвращения его ухудшения.

Вы можете воспользоваться данной формой и формой «Обоснование необходимости дополнительных услуг» (LE Task Explanation), чтобы сообщить нам, почему Вам требуется дополнительный объем услуг, превышающий тот, который предоставлялся Вам в соответствии с результатами Вашего обследования по методике CARE и Вашим запросом о предоставлении исключения (Exception to Rule). Если Вам нужна помощь в заполнении этой формы, а рядом нет никого, кто мог бы помочь в этом, мы можем побеседовать с Вами лично для получения этой информации. Мы знаем, что клиенты могут быть не в состоянии заполнить данную форму или получить помощь в этом. Мы используем «Вы» в данной форме для обращения к клиенту. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

Общие сведения				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА			ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА	
Если форма заполняется кем-либо другим:				
КЕМ ЗАПОЛНЕНА ФОРМА:			КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	
АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ			НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ЗВОНКОВ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ (С КОДОМ МЕСТНОСТИ)	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС КЛИЕНТА: УЛИЦА И № ДОМА		КВАРТИРА	ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
WA				
Запрос о предоставлении дополнительных часов				
<input type="checkbox"/> Количество часов ухода по результатам обследования CARE: <input type="checkbox"/> Дополнительное количество часов, предоставляемое в ответ на «Запрос об исключении из правил» (Exception to Rule): <input type="checkbox"/> Дополнительное количество часов, запрашиваемое сверх установленных ограничений (Limitation Extension):				
Проблемы со здоровьем, требующие помощи в личном уходе				
Обоснование потребностей				
1. Воспользуйтесь формой «Обоснование необходимости дополнительных услуг» (LE Task Explanation, DSHS 10-505) для объяснения своих потребностей в помощи при выполнении каждого действия по уходу за собой и каждого вида лечения. Используйте столько бланков, сколько потребуется. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту. 2. Сообщите нам о том, кто и как помогает Вам в выполнении вышеуказанных действий по уходу за собой и лечении каждую неделю. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.				
Какую помощь Вы обычно получаете по утрам в будние дни?				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?	ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЛИ УСЛУГИ ДАННОГО ЛИЦА?	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ОПИШИТЕ ВИД И ОБЪЕМ ПОМОЩИ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННОЕ ЛИЦО
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Какую помощь Вы обычно получаете днем в будние дни?				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?	ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЛИ УСЛУГИ ДАННОГО ЛИЦА?	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ОПИШИТЕ ВИД И ОБЪЕМ ПОМОЩИ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННОЕ ЛИЦО
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Какую помощь Вы обычно получаете вечером в будние дни?				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?	ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЛИ УСЛУГИ ДАННОГО ЛИЦА?	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ОПИШИТЕ ВИД И ОБЪЕМ ПОМОЩИ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННОЕ ЛИЦО
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Какую помощь Вы обычно получаете в ночное время?				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?	ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЛИ УСЛУГИ ДАННОГО ЛИЦА?	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ОПИШИТЕ ВИД И ОБЪЕМ ПОМОЩИ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННОЕ ЛИЦО
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Какую помощь Вы обычно получаете в выходные дни?				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?	ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЛИ УСЛУГИ ДАННОГО ЛИЦА?	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ОПИШИТЕ ВИД И ОБЪЕМ ПОМОЩИ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННОЕ ЛИЦО
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

3. Сообщите нам, пожалуйста, почему Вы не получаете помощи со стороны неоплачиваемых помощников по уходу в объеме, достаточном для выполнения всех необходимых действий по уходу за собой. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

Родители обязаны заботиться обо всех детях младше 18 лет, даже если родители работают или у них есть другие дети. Есть ли основания, помимо работы и наличия других детей, по которым Ваши родители (биологические либо приемные) не в состоянии сами обеспечить Вам помощь, необходимую для выполнения действий по уходу за собой и предписанного Вам лечения?

Есть ли другие основания, по которым Вам недостаточно помощи со стороны неоплачиваемых помощников для выполнения действий по уходу за собой и предписанного лечения?

4. Предоставляете ли Вы нам дополнительную информацию для обоснования необходимости предоставления Вам дополнительных часов ухода? Если да, то Вы можете воспользоваться этой таблицей для пояснения того, как эта информация подтверждает Ваши потребности. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА	ЧИСЛО СТРАНИЦ	ЧТО ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ ГОВОРИТ О ВАШИХ ПОТРЕБНОСТЯХ ИЛИ НАЛИЧИИ (ОТСУТСТВИИ) ПОМОЩИ СО СТОРОНЫ НЕОПЛАЧИВАЕМЫХ ПОМОЩНИКОВ?

Запрос разрешения на превышение установленных ограничений для детей младше 21 года Инструкции

В разделе «Общие сведения»:

- Впишите имя и фамилию клиента.
- Впишите дату рождения клиента.

Если форма заполняется кем-либо другим:

- Укажите имя и фамилию лица, заполняющего форму.
- Укажите, кем лицо, заполняющее форму, приходится клиенту.
- Укажите адрес электронной почты того, кто заполняет форму.
- Укажите телефонный номер (для звонков в дневное время) лица, заполняющего форму.
- Укажите почтовый адрес клиента

Запрос о предоставлении дополнительных часов

- Введите количество часов, утвержденных по результатам обследования CARE.
- Введите количество дополнительных часов, утвержденных в ответ на запрос о предоставлении исключения (Exception to Rule).
- Введите количество дополнительных часов, которое Вы запрашиваете сверх установленных ограничений (Limitation Extension).

Проблемы со здоровьем, требующие помощи в личном уходе

Опишите все свои проблемы со здоровьем, которые требуют помощи в личном уходе.

Обоснование потребностей:

Воспользуйтесь бланками формы «Обоснование необходимости дополнительных услуг» (LE Task Explanation) для объяснения своих потребностей в помощи при выполнении **каждого** действия по уходу за собой и получении **каждого** вида лечения. Вы можете использовать столько бланков, сколько Вам нужно. Есть отдельные инструкции по заполнению формы «Обоснование необходимости дополнительных услуг» (LE Task Explanation). Обязательно и тщательно ознакомьтесь с ними.

Какую помощь Вы обычно получаете днем, вечером и по выходным?

Сообщите нам о том, кто и как помогает Вам в выполнении действий по уходу за собой и (или) получении лечения, описанных Вами в формах «Обоснование необходимости дополнительных услуг» (LE Task Explanation). Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

Расскажите нам о помощи в выполнении действий по уходу за собой и лечении, которую Вы получаете в каждое время суток и по выходным от каждого помощника по уходу. В форме отражены следующие периоды суток: утро будних дней, дневное время в будние дни, вечернее время в будние дни, ночное время и выходные дни.

Укажите имя и фамилию лица, помогающего Вам во время суток, отраженное в форме (напр.: бабушка помогает Вам одеваться по утрам в будние дни, мама или папа помогают Вам принимать ванну в будние дни по вечерам, личный помощник по уходу помогает в приеме завтрака по утрам в выходные дни и т.п.)

- Если возраст помогающего Вам лица 18 лет и старше, пометьте «Да»; если моложе 18 лет, пометьте «Нет».
- Если услуги данного лица оплачиваются, пометьте «Да»; если не оплачиваются, пометьте «Нет».
- Укажите, кем Вам приходится данное лицо (напр., родитель, брат, сосед, работник школы).
- Укажите вид и объем помощи, предоставляемой данным лицом (например, открывание упаковок с лекарством, извлечение из них нужной дозы, вкладывание дозы в руку клиента, контроль за тем, чтобы клиент положил ее в рот и проглотил).

Объясните, почему Вы не получаете помощи со стороны неоплачиваемых помощников по уходу в объеме, достаточном для выполнения всех необходимых действий по уходу за собой. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

Для клиентов в возрасте до 18 лет: объясните основания, помимо работы и наличия других детей, по которым родители не в состоянии сами обеспечить Вам в достаточном объеме помощь, необходимую для выполнения действий по уходу за собой и предписанного Вам лечения?

В специально отведенном поле укажите причины, по которым родители не в состоянии обеспечить Вам в достаточном объеме помощь, необходимую для выполнения действий по уходу за собой и предписанного Вам лечения.

Есть ли другие основания, по которым Вам недостаточно помощи со стороны неоплачиваемых помощников для выполнения действий по уходу за собой и предписанного лечения?

В специально отведенном поле укажите любые другие причины, по которым Вам недостаточно помощи со стороны неоплачиваемых помощников для выполнения действий по уходу за собой и предписанного лечения.

Предоставляете ли Вы нам дополнительную информацию для обоснования необходимости предоставления Вам дополнительных часов ухода? Если да, то Вы можете воспользоваться этой таблицей для пояснения того, как эта информация подтверждает Ваши потребности. Везде, где встречается слово «Вы», оно относится к клиенту.

- Укажите наименование предоставляемого документа.
- Укажите число страниц в документе.
- Что данный документ говорит о Ваших потребностях в услугах личного ухода, наличии или отсутствии помощи со стороны неоплачиваемых помощников?