

안내: 본 양식은 평가를 받는 대상인 18 세 또는 그 이상 연령의 개인에 의해 작성되어야 하며, 18 세 이하이거나 다음의 조건을 충족하지 못할 경우에는 평가 대상자의 부모, 보호자, 법적 승인을 얻은 대리인 또는 해당 청소년을 보호하는 자발적 위탁 보호 기관이 작성하여야 합니다.* 법적 승인 대리인은 “의료 정보의 공개에 대해 주법, 종족법, 군법, 또는 기타 준거법, 법원명령 또는 동의에 의해 해당 개인을 대리하도록 승인받은 개인이나 기관”으로 정의됩니다. 자발적 위탁 보호 기관은 “뉴욕 시 아동 서비스 당국(NYC Administration for Children’s Services)과 계약된 위탁 보호 제공 기관”입니다.

*[자녀가 있거나 임신 중 및/또는 기혼이며 동의가 가능한 개인 역시 본 양식을 작성해야 한다는 점에 주의하십시오.]

평가 대상자 이름

HEALTH HOME(헬스 홈) 이름 · 성인 또는 자녀(하나에 동그라미 하십시오)

해당인의 생년월일

기능적 평가(Functional Assessment, FA):

- 21 세 및 그 이상 연령의 개인에 대한 행동 건강, 시설 및 지역사회 기반 서비스(Behavioral Health, Home and Community Based Services, HB HCBS) 자격 여부 판단
- 21 세 미만의 개인에 대한 건강, 행동 건강, 시설 및 지역사회 기반 서비스(Health and Behavioral Health, Home and Community Based Services, HBH HCBS) 자격 여부 판단
- 가정 및 HBH HCBS 와 아동 Health Home 에 대한 필요도 확인
- 아동 Health Home 의 평가 결과 확인

FA 는 보호 계획(Plan of Care)을 위한 정보 수집을 목적으로 하며 HCBS 에 대한 자격을 갖춘 개인 및/또는 보호기관에 등록되어 있는 이들을 위해 수립해야 합니다. FA 는 서비스 대상자의 신원 확인 정보와 완료된 평가를 파일로 저장하는 주 전체 보안 데이터베이스인 단일 평가 시스템(UAS-NY)에서 완료됩니다. 엄격한 보안 통제를 통해 정보를 보호하며 서비스 이행 통지에 필요할 경우 승인을 얻은 이들로 접근을 제한합니다. 과거에 FA 를 받은 적이 있을 경우 최상의 서비스를 보장하기 위해 해당 결과도 검토합니다. 뉴욕 시민들의 메디케이드(Medicaid) 서비스 비용을 지불하는 뉴욕 주 역시 평가 대상자의 의료정보 열람 권한이 부여됩니다.

서비스를 필요로 하는 21 세 이상의 개인의 경우, FA 를 통해 BH HCBS 의 자격 여부를 결정하며, 보호 계획 수립에 대한 정보 수집을 위해 사용됩니다.

서비스를 필요로 하는 21 세 미만의 개인의 경우, FA 는 개인의 기능적 한계를 조사하여 HBH HCBS 의 자격 여부를 결정합니다. FA 는 아동 Health Home 에 등록된 개인들의 평가 결과 산정 및 보호 계획 수립을 위한 정보 수집 목적으로도 이용됩니다.

귀하 또는 귀 자녀를 위한 최선의 서비스 제공을 위해 당국에서는 FA 를 시행해야 합니다. FA 는 21 세 이상의 경우 매년 시행되어야 하며, 21 세 이하는 6개월마다, 또는 중요한 삶의 변화가 있을 경우 더 자주 시행되어야 합니다.

본인 또는 본인의 자녀에 대한 FA 시행을 위한 동의 여부를 표시해 주십시오.

- 본인은 FA 의 목적을 이해하며 평가 기관

제공자 이름

에 의한 FA 가 본인 또는 본인의 자녀(한 곳에 동그라미)에게 시행되는 것에 대해 동의합니다. 본인은 또한 본 동의서를 자발적으로 작성했으며 언제든지 서면으로 이를 철회할 수 있음을 이해합니다.

- 본인은 본인 또는 본인의 자녀에 대한 FA 시행에 동의하지 않습니다(한 곳에 동그라미). FA 에 동의하지 않을 경우, HCBS(시설 및 지역사회 기반 서비스)를 이용할 수 없을 수도 있다는 점을 이해하고 있습니다.

평가 대상자/부모/보호자/법적 승인 대리인/자발적 위탁 보호 기관 이름(정자체)

평가 대상자/부모/보호자/법적 승인 대리인/자발적 위탁 보호 기관의 서명

날짜

이 과정에 참여해 주신 것에 대해 깊이 감사드립니다. 이 과정과 관련하여 문의 사항이 있는 경우에는

다음 번호로 연락해 주십시오.

- 이 박스에 체크함으로써 본인은 FA 에 대한 동의를 철회합니다.

평가 대상자/부모/보호자/법적 승인 대리인/자발적 위탁 보호 기관 이름(정자체)

해당인의 생년월일

평가 대상자/부모/보호자/법적 승인 대리인/자발적 위탁 보호 기관의 서명

날짜