

उपभोक्ता निदेशित निजी सहायता कार्यक्रम अनुबंध
उपभोक्ता/निर्दिष्ट प्रतिनिधि और
स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग के बीच

उपभोक्ता का नाम: _____

निर्दिष्ट प्रतिनिधि का नाम (अगर लागू होता हो): _____

स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग (LDSS): _____

I. उपभोक्ता निदेशित निजी सहायता कार्यक्रम (CONSUMER DIRECTED PERSONAL ASSISTANCE PROGRAM, CDPAP) अनुबंध

उपभोक्ता निदेशित निजी सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") ऐसे Medicaid प्राप्त करने वालों ("उपभोक्ताओं") के लिए एक कार्यक्रम है, जिन्हें घर में देखभाल सेवाओं की ज़रूरत होती है, जिसमें निजी देखभाल सहायता और कुछ होम हेल्थ और कुशल नर्सिंग सेवाओं के लिए सहायता शामिल है। कार्यक्रम उपभोक्ताओं को खुद की देखभाल का मार्गदर्शन करने देकर अधिक लचीलापन और चयन करने की स्वतंत्रता देता है, जिसमें अपने स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग (Local Department of Social Services, LDSS) द्वारा अधिकृति के अनुसार खुद के निजी सहायक चुनना शामिल है।

कार्यक्रम में हिस्सा लेने के लिए, उपभोक्ताओं को अपनी खुद की देखभाल को निदेशित करने में और कार्यक्रम में उपभोक्ता के दायित्वों को समझने और पूरा करने में सक्षम होना चाहिए या उनका कोई निर्दिष्ट प्रतिनिधि होना चाहिए, जो उनके लिए यह कर सके। उपभोक्ता या निर्दिष्ट प्रतिनिधि को कार्यक्रम के तहत LDSS और राज्य व्यापी आर्थिक मध्यस्थ (Statewide Fiscal Intermediary, SFI) की भूमिकाओं और दायित्वों को भी समझना होगा।

इस पूरे अनुबंध में जब तक कि अन्यथा निर्दिष्ट न किया गया हो तब तक उपयोग किए अनुसार "उपभोक्ता" शब्द में जहाँ लागू होता हो, उपभोक्ता के निर्दिष्ट प्रतिनिधि भी शामिल हैं। इस पूरे अनुबंध में उपयोग किए अनुसार "मैं" और "मेरा/मेरी/मेरे" शब्द उपभोक्ता का या जब लागू होता हो तब और संदर्भ के अनुसार वैकल्पिक रूप से उपभोक्ता के निर्दिष्ट प्रतिनिधि का उल्लेख करेंगे।

इस अनुबंध में कार्यक्रम के तहत उपभोक्ता और LDSS की भूमिकाओं और दायित्वों का वर्णन किया गया है। उपभोक्ता को इसकी स्वीकृति देने कि वे भूमिकाओं और दायित्वों को समझते हैं और कार्यक्रम में हिस्सा लेने के लिए इस अनुबंध में शामिल होना होगा। उपभोक्ता को SFI के साथ भी एक अलग अनुबंध करना होगा, जिसमें उपभोक्ता और SFI की भूमिकाओं और दायित्वों का विवरण दिया गया होगा।

II. उपभोक्ता/निर्दिष्ट प्रतिनिधि के दायित्व:

कार्यक्रम में हिस्सा ले रहे एक उपभोक्ता के रूप में मैं:

1. इस अनुबंध को पढ़ कर कार्यक्रम के तहत LDSS, SFI, और उपभोक्ता की भूमिकाओं और दायित्वों को समझूँगा/समझूँगी।

2. मेरे आर्थिक मध्यस्थ के रूप में [SFI pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/](https://www.sfi.pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/) के साथ काम करूँगा/करूँगी। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं SFI के साथ अनुबद्ध किसी [CDPAP फैसिलिटेटरों](https://www.pplfirst.com/cdpap-facilitators/) [pplfirst.com/cdpap-facilitators/](https://www.pplfirst.com/cdpap-facilitators/) में से एक के साथ काम करना चुन सकता/सकती हूँ, लेकिन यह कि SFI मैं जिसके साथ काम कर सकता/सकती हूँ वह एक मात्र आर्थिक मध्यस्थ होगा।
3. अपनी देखभाल योजना का प्रबंधन करूँगा/करूँगी।
4. मेरे LDSS की अधिकृत के अनुसार मेरे निजी सहायक (सहायकों) के रूप में काम करने के लिए पर्याप्त संख्या में अपनी पसंद के अर्हताप्राप्त व्यक्ति भरती करने, नियुक्त करने, प्रशिक्षित करने, पर्यवेक्षण करने और उनका शिड्यूल निर्धारित करने के लिए ज़िम्मेदार होऊँगा/होऊँगी।
5. जब कोई निजी सहायका किसी वजह से कुछ समय के लिए अनुपलब्ध हो, तब बदली के कवरेज के लिए बैक-अप योजना रखूँगा/रखूँगी।
6. घर में योग्य परिवेश बनाए रखूँगा/रखूँगी।
7. हर निजी सहायक को उनकी ज़िम्मेदारियाँ बताने के बाद उनके साथ देखभाल योजना की समीक्षा करूँगा/करूँगी।
8. सुनिश्चित करूँगा/करूँगी कि मेरा (मेरे) निजी सहायक अधिकृत घंटों के दौरान केवल देखभाल योजना में पहचाने गए कार्यों को सुरक्षित और कुशल तरीके से करें।
9. श्रम कानूनों का अनुपालन करूँगा/करूँगी और SFI के साथ के उपभोक्ता अनुबंध में निर्दिष्ट किए अनुसार रोज़गार के समान अवसर प्रदान करूँगा/करूँगी।
10. मेरी स्थिति या परिस्थिति में आए किसी भी परिवर्तन, जिसमें अस्पताल में भरती होना, पता और टेलीफोन नंबर बदलना और वेकेशन पर जाना शामिल है, लेकिन उन्हीं तक सीमित नहीं है, के बारे में LDSS और SFI को पाँच (5) दिनों के भीतर सूचित करूँगा/करूँगी।
11. आवश्यक होने पर किसी निजी सहायक के रोज़गार को समाप्त कर दूँगा/दूँगी।
12. किसी निजी सहायक की रोज़गार संबंधी स्थिति में आए किसी भी परिवर्तन के बारे में SFI को सूचित करूँगा/करूँगी।
13. सुनिश्चित करूँगा/करूँगी कि वार्षिक कर्मचारी स्वास्थ्य आकलन और आवश्यक रोज़गार संबंधी दस्तावेज़ों सहित, मेरे निजी सहायक के आवश्यक दस्तावेज़ CDPAP SFI के पास जमा किए जाएं।
14. सुनिश्चित करूँगा/करूँगी कि मेरा (मेरे) निजी सहायक इलेक्ट्रॉनिक विज़िट सत्यापन (Electronic Visit Verification, EVV) संबंधी आवश्यकताओं का अनुपालन करें, जिनमें [EVV कार्यक्रम दिशानिदेश और आवश्यकताएं](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf) में वर्णित आवश्यकताएं शामिल हैं, [health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf)
15. SFI EVV डेटा सिस्टम, SFI Time4Care ऐप्लिकेशन या फिर निजी सहायक की टाइम शीट पर हस्ताक्षर करके मेरे निजी सहायक (सहायकों) ने काम किए घंटों की सटीकता का सत्यापन करूँगा/करूँगी।
16. अगर लागू हो, तो प्रत्येक निजी सहायक को भौतिक पेचेक बाँटूँगा/बाँटूँगी।

17. आवश्यक आकलन और पुनर्आकलन प्रक्रियाओं में आवश्यकतानुसार हिस्सा लेने सहित कार्यक्रम की पात्रता संबंधी आवश्यकताओं का अनुपालन करूँगा/करूँगी।
18. किसी भी अतिरिक्त भुगतान की स्वास्थ्य विभाग (Department of Health) या Medicaid इन्स्पेक्टर जनरल के कार्यालय (Office of the Medicaid Inspector General, OMIG) को रिपोर्ट करूँगा/करूँगी और Medicaid कार्यक्रम से मेरे निजी सहायक (सहायकों) को किए गए किसी भी अधिक भुगतान या अयोग्य भुगतान को लौटाना सुगम बनाने के लिए आवश्यक कदम उठाऊँगा/उठाऊँगी।

III. केवल निर्दिष्ट प्रतिनिधि के अतिरिक्त

दायित्व:

एक निर्दिष्ट प्रतिनिधि के रूप में मुझे उपभोक्ता की ओर से जिन ऊपर सूचीबद्ध दायित्वों को पूरा करना है उनके अलावा, मैं:

1. उपभोक्ता दायित्व बिना देरी के पूरे किए जाएं यह सुनिश्चित करने के लिए खुद को उपलब्ध बनाऊँगा/बनाऊँगी।
2. जब सदस्य स्वयं निदेश न दे रहे हों, तब किसी स्वतंत्र आकलनकर्ता, जाँच करने वाले चिकित्सा पेशेवर या LDSS द्वारा शेड्यूल किए हुए किसी भी आकलन या विज़िट के दौरान उपलब्ध और उपस्थित रहूँगा/रहूँगी।

IV. स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग के दायित्व:

LDSS को उपभोक्ता को उपभोक्ता की भूमिकाओं और दायित्वों की जानकारी देने वाली शैक्षिक सामग्री प्रदान करनी होगी, ताकि सुनिश्चित हो सके कि वे कार्यक्रम की सेवाएं प्राप्त करने के लिए एक शिक्षित, सूचित चयन कर रहे हों, और:

1. सेवाओं की अधिकृति से पहले Medicaid पात्रता निर्धारित करेगा।
2. निर्धारित करेगा कि क्या उपभोक्ता (जिसमें निर्दिष्ट प्रतिनिधि शामिल नहीं है) कार्यक्रम के लिए पात्र है और घर में देखभाल सेवाओं की अधिकृति दी जानी चाहिए या निजी देखभाल सेवाओं की।
3. निर्धारित करेगा कि क्या उपभोक्ता CDPAP में हिस्सा लेने के साथ जुड़ी सभी ज़िम्मेदारियों को उठाने को सक्षम और इच्छुक है या उनका कोई निर्दिष्ट प्रतिनिधि है जो उपभोक्ता की ओर से काम करने में सक्षम और इच्छुक हो।
4. प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य आकलन के दौरान उपभोक्ता या निर्दिष्ट प्रतिनिधि की योजना के बारे में बातचीत कर के दस्तावेज़ीकृत करेगा कि उपभोक्ता की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए पर्याप्त सहायता उपलब्ध है।
5. प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य आकलन के दौरान उपभोक्ता या निर्दिष्ट प्रतिनिधि के साथ व्यक्ति केन्द्री सेवा योजना/देखभाल योजना विकसित करेगा, जिसमें निजी सहायक द्वारा किए जाने वाले कार्यों की रूपरेखा होगी।
6. उपभोक्ता की फ़ाइल में व्यक्ति केन्द्री सेवा योजना और देखभाल योजना की एक प्रति रखेगा और उपभोक्ता और निर्दिष्ट प्रतिनिधि दोनों को एक प्रति देगा।

7. सेवाओं के प्रकार/मात्रा और पात्र घंटों की संख्या को अधिकृति देगा।
8. केवल SFI के द्वारा प्रदान कार्यक्रम सेवाओं को अधिकृति देगा।
9. SFI की उपभोक्ता के अपने दायित्वों को पूरा न करने की रिपोर्टों की जाँच करेगा।
10. निरंतर आधार पर मूल्यांकन करेगा कि क्या उपभोक्ता को निजी देखभाल, घर में स्वास्थ्य देखभाल या किसी अन्य स्तर की सेवा की ज़रूरत है।
11. अगर LDSS यह निर्धारण करे कि ऐसी सेवाएं अब उपयुक्त नहीं हैं, तो उपभोक्ता और निर्दिष्ट प्रतिनिधि को सूचित करेगा कि ये सेवाएं घटाई या बंद की जा रही हैं और, अगर लागू होता हो, तो उपभोक्ता को अन्य उपयुक्त प्रोग्रामों में रेफ़र करेगा।
12. उपभोक्ता और निर्दिष्ट प्रतिनिधि को उपयुक्त निष्पक्ष सुनवाई नोटिस प्रदान करेगा।

सभी पक्ष ऊपर वर्णन किए अनुसार CDPAP में हिस्सा लेने की भूमिकाओं और दायित्वों को स्वीकार करते हैं। उपभोक्ता भूमिकाओं और दायित्वों को पूरा करना इस कार्यक्रम में हिस्सा लेने की आवश्यकता है। उपभोक्ता भूमिकाओं और दायित्वों को पूरा करने में विफलता के परिणाम स्वरूप कार्यक्रम की सेवाएं बंद कर दी जा सकती हैं।

हस्ताक्षर

| | |
|--|------|
| उपभोक्ता | तिथि |
| निर्दिष्ट प्रतिनिधि (अगर लागू होता हो) | तिथि |
| स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग | तिथि |