

消費者主導型パーソナルアシスタンスプログラムに関する

消費者または指定代理人および

地域ソーシャルサービス局間の同意書

消費者氏名: _____

指定代理人氏名(該当する場合): _____

地域のソーシャルサービス局(LDSS): _____

I. 消費者主導型パーソナルアシスタンスプログラム(CONSUMER DIRECTED PERSONAL ASSISTANCE PROGRAM, CDPAP)同意書

消費者主導型パーソナルアシスタンスプログラム(以下「プログラム」)は、パーソナルケアや特定の在宅医療および高度看護サービスに関する支援を含む在宅ケアサービスを必要とするMedicaid受給者(以下「消費者」)のためのプログラムです。このプログラムは、消費者が地域のソーシャルサービス局(Local Department of Social Services, 「LDSS」)の承認にもとづき自分のパーソナルアシスタントを選ぶなど、受けるケアを自分自身で管理できるようにすることによって、消費者により柔軟性と選択の自由を与えるものです。

プログラムに参加する場合、消費者は自分自身のケアを管理することができ、プログラムにおける消費者の責任を理解しこれを果たすことができる、または代わりにこれを行う指定代理人がいることが必要です。消費者または指定代理人は、プログラムにおけるLDSSおよび全州財務仲介者(Statewide Fiscal Intermediary, SFI)の役割と責任についても理解していなければなりません。

本同意書を通して使用される「消費者」という言葉には、特に指定がない限り、該当する場合に消費者の指定代理人も含まれます。本同意書を通して使用される「私」および「私の」という言葉は、状況に応じて消費者または消費者の指定代理人を指します。

本同意書では、プログラムにおける消費者とLDSSの役割と責任を概説しています。消費者は、役割と責任を理解し、プログラムに参加することを了承するために、本同意書を締結する必要があります。消費者はまた、消費者とSFIの役割と責任を概説する別の同意書SFIと締結する必要があります。

II. 消費者/指定代理人の責任:

プログラムに参加する消費者として、私は以下を行います。

1. 本同意書と、プログラムにおける LDSS、SFI、および消費者の役割と責任を読み、理解する。
。
2. 私の財務仲介者であるSFI(pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/)と協力する。私は、SFIと契約しているいずれかの

[CDPAPファシリテーター \(pplfirst.com/cdpap-facilitators/\)](http://pplfirst.com/cdpap-facilitators/)と協力することを選択できるものの、私が連携できる財政仲介者はSFIのみであることを理解している。

3. 自分自身のケアプランを管理する。
4. 私のLDSSによる承認にもとづき、私のパーソナルアシスタントとして働く、私が選んだ十分な資格を持つ個人を、募集、雇用、トレーニング、監督、およびスケジュールする責任がある。
5. パーソナルアシスタントが何らかの理由で一時的に働けない場合に備えて、代替りの人員を確保するためのバックアッププランを維持する。
6. 適切な自宅環境を維持する。
7. それぞれのパーソナルアシスタントとケアプランを確認し、各自の責任を概説する。
8. パーソナルアシスタントが、許可された時間内にケアプランで特定された作業のみを安全かつ適切に実行できるようにする。
9. 労働法を遵守し、消費者とSFIとの間の契約で指定されているように、平等な雇用機会を提供する。
10. 入院、住所や電話番号の変更、休暇など、状況や状態に変更があった場合は、5営業日以内にLDSSおよびSFIに通知する。
11. 必要である場合、パーソナルアシスタントの雇用を終了する。
12. パーソナルアシスタントの雇用状況に変更があった場合、SFIに通知する。
13. 労働者の年次健康診断や必要な雇用文書など、パーソナルアシスタントに必要な文書がCDPAPとSFIに提出されていることを確認する。
14. 私のパーソナルアシスタントが、電子訪問確認 (Electronic Visit Verification, EVV) の要件 ([EVVプログラムガイドラインおよび要件 health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf](http://health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf)) で概説されているものを含む) に準拠していることを確認する。
15. SFIのEVVデータシステム、SFIのTime4Careアプリケーション、またはパーソナルアシスタントのタイムシートに署名することにより、私のパーソナルアシスタントの勤務時間が正確であることを証明する。
16. 該当する場合、各パーソナルアシスタントに紙のペイチェックを渡す。
17. 必要に応じて、必要な評価および再評価プロセスに参加するなど、プログラムの資格要件に準拠する。
18. Medicaidプログラムからパーソナルアシスタントに支払われた過払いまたは不適切な支払いがあった場合、返還を促進するために、保健局 (Department of Health)、またはMedicaid監察長官室 (Office of the Medicaid Inspector General, OMIG) に報告し、必要な措置を講じる。

III. 追加の責任 (指定代理人

のみ):

指定代理人として消費者に代わって遂行しなければならない上記の責任に加えて、私は次の責任を負います:

1. 消費者の責任が遅滞なく遂行されるよう、常に対応する。
2. メンバーが自主的に行えない場合、独立評価者、検査を行う医療専門家、またはLDSSによる、予定された評価または訪問に出席する。

IV. 地域のソーシャルサービス局の責任：

LDSSは、消費者が十分な知識と情報に基づいてプログラムのサービスを受ける選択を行えるよう、消費者の役割と責任を概説した書面による教育資料を消費者に提供し、また次のことを行わなければなりません：

1. サービスの承認前にMedicaidの受給資格を判定する。
2. 消費者（指定代理人を除く）にプログラムを受ける資格があるかどうか、および在宅ケアまたはパーソナルケアサービスが承認されるべきかどうかを判定する。
3. 消費者がCDPAPへの参加に関連するすべての責任を負う能力と意思があるかどうか、または消費者に代わって行動する能力と意思のある指定代理人がいるかどうかを判断する。
4. 地域での健康評価を行う際に、消費者のニーズを満たすためのサポートが十分に利用できるように、消費者または指定代理人の計画について話し合い、文書にする。
5. 地域での健康評価を行う際に、消費者または指定代理人と、パーソンセンタードのサービスプランやケアプランを作成し、パーソナルアシスタントが実行する作業の概要を示す。
6. パーソンセンタードケアのサービスプランとケアプランのコピーを消費者のファイルに保管し、消費者と指定代理人の両方にコピーを渡す。
7. サービスの種類や量と対象時間数を承認する。
8. SFIによって提供されるプログラムのサービスのみを承認する。
9. 消費者が責任を果たしていないというSFIからの報告を調査する。
10. 消費者がパーソナルケア、在宅医療、またはその他のレベルのサービスを必要としているかどうかを継続的に評価する。
11. LDSSがそのサービスが適切ではないと判断した場合、プログラムのサービスが削減または中止されることを消費者と指定代理人に通知し、該当する場合は消費者を他の適切なプログラムに紹介する。
12. 消費者と指定代理人に適切で公正なヒアリングの通知を提供する。

すべての当事者は、上記で説明されているとおり、CDPAPに参加するための役割と責任を受け入れるものとします。消費者の役割と責任を果たすことは、プログラムに参加するための必要条件です。消費者の役割と責任が果たされない場合、プログラムのサービスは中止される可能性があります。

署名

消費者

日付

指定代理人(該当する場合)

日付

地域のソーシャルサービス局

日付