

소비자/지정 대리인과

지역 사회복지부 간

소비자 주도 개인 지원 프로그램 계약서

소비자 이름: _____

지정 대리인 이름(해당되는 경우): _____

지역 사회복지부(LDSS): _____

I. 소비자 주도 개인 지원 프로그램(CONSUMER DIRECTED PERSONAL ASSISTANCE PROGRAM, CDPAP) 계약

소비자 주도 개인 지원 프로그램('프로그램')은 개인 돌봄과 특정 가정 건강 및 전문 간호 서비스를 포함한 가정 돌봄 서비스가 필요한 Medicaid 수급자('소비자')를 위한 프로그램입니다. 이 프로그램은 소비자가 지역 사회복지부(Local Department of Social Services, LDSS)의 승인에 따라 자신의 개인 보조원을 선택하는 것을 포함하여 자신의 돌봄을 직접 지시할 수 있도록 함으로써 소비자에게 더 많은 유연성과 선택의 자유를 제공합니다.

프로그램에 참여하기 위해, 소비자는 자신의 돌봄을 스스로 지시할 수 있어야 하며 프로그램 내에서 소비자의 책임을 이해하고 이행할 수 있어야 하거나, 이를 대신해 줄 지정 대리인이 있어야 합니다. 소비자 또는 지정 대리인은 또한 프로그램 하에서 LDSS와 주 전체 재정 중개기관(Statewide Fiscal Intermediary, SFI)의 역할과 책임을 이해해야 합니다.

이 계약서 전체에서 사용되는 '소비자'라는 용어는 달리 명시되지 않는 한, 해당되는 경우 소비자의 지정 대리인도 포함합니다. 이 계약서 전체에서 사용되는 '저'와 '저의'라는 용어는 맥락에 따라 소비자 또는 해당되는 경우 소비자의 지정 대리인을 지칭합니다.

이 계약서는 프로그램 하에서 소비자와 LDSS의 역할과 책임을 설명합니다. 소비자는 역할과 책임을 이해하고 프로그램에 참여하기 위해 이 계약을 체결해야 합니다. 소비자는 또한 소비자와 SFI의 역할과 책임을 설명하는, SFI와의 별도 계약을 체결해야 합니다.

II. 소비자/지정 대리인의 책임:

프로그램에 참여하는 소비자로서, 저는:

1. 이 계약서와 프로그램 하에서 LDSS, SFI, 그리고 소비자의 역할과 책임을 읽고 이해할 것입니다.

2. 저의 재정 중개기관인 [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/)와 함께 일할 것입니다. 저는 [CDPAP 담당자들 pplfirst.com/cdpap-facilitators/](https://www.cdpap.org/) 중 하나를 선택하여 SFI와 계약된 대로 일할 수 있지만, SFI가 제가 함께 일할 수 있는 유일한 재정 중개기관이 될 것임을 이해합니다.
3. 제 돌봄 계획을 관리할 것입니다.
4. LDSS의 승인에 따라 저의 개인 보조원으로 일할 충분한 수의 자격을 갖춘 개인을 모집, 고용, 훈련, 감독 및 일정 관리하는 책임을 질 것입니다.
5. 개인 보조원을 어떤 이유로든 일시적으로 이용할 수 없을 때 대체 인력을 위한 백업 계획을 유지할 것입니다.
6. 적절한 가정 환경을 유지할 것입니다.
7. 각 개인 보조원과 함께 돌봄 계획을 검토하고 그들의 책임을 설명할 것입니다.
8. 제 개인 보조원이 승인된 시간 동안 돌봄 계획에 명시된 업무만 안전하고 유능하게 수행하도록 할 것입니다.
9. 노동법을 준수하고, SFI와의 소비자 계약에 명시된 대로 동등한 고용 기회를 제공할 것입니다.
10. 입원, 주소 및 전화번호 변경, 휴가를 포함하되 이에 국한되지 않는 상태나 조건의 변화가 있을 경우 5영업일 이내에 LDSS와 SFI에 알릴 것입니다.
11. 필요한 경우, 개인 보조원의 고용을 종료할 것입니다.
12. 개인 보조원의 고용 상태에 변화가 있을 경우 SFI에 통보할 것입니다.
13. 연간 근로자 건강 평가와 필수 고용 문서를 포함하여 제 개인 보조원의 필수 문서가 CDPAP SFI에 제출되도록 할 것입니다.
14. 제 개인 보조원이 전자 방문 확인([Electronic Visit Verification, EVV](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/evv/repository/docs/evv_prog_guidelines.pdf)) 프로그램 지침 및 요구사항, [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)에 요약된 사항을 포함한 EVV 요구사항을 준수하도록 할 것입니다.
15. SFI EVV 데이터 시스템, SFI Time4Care 애플리케이션을 통해, 또는 개인 보조원의 타임시트에 서명함으로써 제 개인 보조원이 근무한 시간의 정확성을 증명할 것입니다.
16. 해당되는 경우, 각 개인 보조원에게 물리적 급여 수표를 배포할 것입니다.
17. 필요에 따라 필수 평가 및 재평가 과정에 참여하는 것을 포함하여 프로그램 자격 요건을 준수할 것입니다.
18. 보건부(Department of Health) 또는 Medicaid 감찰관실(Office of the Medicaid Inspector General, OMIG)에 보고하고, 제 개인 보조원에게 Medicaid 프로그램에서 지급된 과다 지급금이나 부적절한 지급금의 반환을 촉진하는 데 필요한 모든 조치를 취할 것입니다.

III. 지정 대리인만의 추가 책임:

위에 나열된 책임 외에도, 지정 대리인으로서 소비자를 대신하여 수행해야 할 저의 책임은 다음과 같습니다.

1. 소비자 책임이 지연 없이 수행되도록 제 자신이 준비 상태가 되도록 할 것입니다.
2. 가입자가 스스로 지시를 하지 않을 때, 독립 평가자, 검사 의료 전문가 또는 LDSS가 실시하는, 예정된 평가나 방문을 위해 연락을 받을 수 있고 그러한 자리에 참석할 것입니다.

IV. 지역 사회복지부의 책임:

LDSS는 소비자가 프로그램 서비스를 받기 위해 교육받은 정보에 기반한 선택을 하고 있음을 확인하기 위해 소비자의 역할과 책임을 설명하는 서면 교육 자료를 소비자에게 제공해야 하며 다음을 수행할 것입니다.

1. 서비스 승인 전에 **Medicaid** 자격을 결정합니다.
2. 소비자(지정 대리인 제외)가 프로그램 자격이 있는지와 가정 돌봄 또는 개인 돌봄 서비스가 승인되어야 하는지 결정합니다.
3. 소비자가 **CDPAP** 참여와 관련된 모든 책임을 맡을 능력과 의지가 있는지, 또는 소비자를 대신하여 행동할 능력과 의지가 있는 지정 대리인이 있는지 결정합니다.
4. 각 지역사회 건강 평가 시, 소비자 또는 지정 대리인의 소비자 요구를 충족시키기 위한 적절한 지원 보장 계획에 대해 논의하고 문서화합니다.
5. 각 지역사회 건강 평가 시, 개인 보조원이 완료해야 할 업무를 요약한 소비자 또는 지정 대리인과 함께 사람 중심 서비스 계획/돌봄 계획을 개발합니다.
6. 소비자 파일에 사람 중심 서비스 계획 및 돌봄 계획의 사본을 유지하고 소비자와 지정 대리인 모두에게 사본을 제공합니다.
7. 서비스 유형/양과 자격 시간 수를 승인합니다.
8. **SFI**를 통해 제공되는 프로그램 서비스만 승인합니다.
9. 소비자가 자신의 책임을 다하지 않는다는 **SFI**의 보고를 조사합니다.
10. 소비자가 개인 돌봄, 가정 건강 돌봄 또는 기타 수준의 서비스가 필요한지 지속적으로 평가합니다.
11. LDSS가 해당 서비스가 더 이상 적절하지 않다고 판단할 경우 프로그램 서비스가 감소되거나 중단된다는 것을 소비자와 지정 대리인에게 통지하고, 해당되는 경우 소비자를 다른 적절한 프로그램에 의뢰합니다.
12. 소비자와 지정 대리인에게 적절한 공청회 통지를 제공합니다.

모든 당사자는 위에 설명된 대로 CDPAP에 참여하기 위한 역할과 책임을 수락합니다. 소비자의 역할과 책임을 이행하는 것은 프로그램 참여의 요구사항입니다. 소비자의 역할과 책임을 이행하지 않을 경우 프로그램 서비스가 중단될 수 있습니다.

서명

소비자

날짜

지정 대리인(해당되는 경우)

날짜

지역 사회복지부

날짜