



America Homecare Inc.

ПРОГРАМА CDPAP

**ВІТАЛЬНИЙ ПАКЕТ
СПОЖИВАЧА**

1775 Wehrle Drive - Suite 150
Williamsville, NY 14221
Phone: 716-288-9300
Fax: 716-391-1926
Email: info@americahomecare.org

AMERICA HOMECARE INC. ВІТАЛЬНИЙ ЛИСТ “CDPAR”

Вас вітає програма індивідуальної допомоги для споживачів AMERICA HOMECARE INC. Програма CDPA – програма Medicaid, що знаходиться у штаті Нью-Йорк, яка дозволяє людям з хронічними або фізичними вадами та/або потребами у дотриманні особистої гігієни отримувати допомогу у повсякденному житті або кваліфіковану медичну допомогу.

AMERICA HOMECARE INC “CDPAR” дає можливість людям самостійно задовольняти власні потреби, що як наслідок, має позитивний вплив на якість їхнього стилю життя.

Послуги надаються особистими помічниками або медичними працівниками у нагляді в домашніх умовах. Споживач або представник, який діє в інтересах споживача, має широкий вибір персональних помічників, а також можливість самостійно відповідати за пошук таких помічників, подальше проведення співбесід з ними, найм, навчання, складання робочих графіків, контролювання їх роботи та звільнення у разі потреби за власним бажанням.

AMERICA HOMECARE INC із задоволенням допоможе Вам стати користувачем програми CDPA. У даному пакеті документів, ми зазначили ключові компоненти нашої програми.

Якщо б Ви хотіли дізнатися більше або отримати безкоштовну консультацію, будь ласка, зателефонуйте до нашого офісу за номером телефону 716-288-9300 або просто відвідайте нас за вказаною нижче адресою. Ми працюємо з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00.

**AMERICA HOMECARE INC
1775 Wehrle Drive - Suite 150
Williamsville, NY 14221
Phone: 716-288-9300 Fax: 716-391-1926**

Що таке “CDPAR”?

“CDPAR” – програма індивідуальної допомоги для споживачів, яка є альтернативою традиційним сервісам догляду в домашніх умовах, сприяючи при цьому Вашій повній самостійності. Ця програма надає споживачам та / або їх представникам допомогу у пошуку персональних помічників, подальшому проведенні співбесід з ними, наймі, навчанні, складанні робочих графіків, контролюванні та їх звільненні у разі потреби за власним бажанням. Користувачі цієї програми та / або представники їх власних інтересів зазначають свої потреби та визначають ким і за яких умов вони мають бути виконані, а також контролюють якість отриманих послуг. Всі рішення щодо керування послугами приймаються самими споживачами.

Хто може користуватися послугами “CDPAR”?

Для участі у програмі, споживач повинен:

- Відповідати вимогам програми Medicaid.
- Мати можливість самостійно виконувати обов'язки споживача або мати представника, який бажає і здатний приймати рішення щодо послуг, які мають бути надані споживачеві.
- Потребувати довготривалого догляду в домашніх умовах, послуг компетентної сертифікованої агенції у наданні відповідних послуг, кваліфікованого помічника у догляді в домашніх умовах, а також допомоги у дотриманні особистої гігієни.

Які переваги “CDPAR”?

Програма повною мірою забезпечує усі повноваження і можливості користувачів, допомагаючи їм контролювати послуги, яких вони потребують наразі. Споживач може:

- Самостійно та/або з допомогою представника своїх інтересів шукати особистих помічників, проводити співбесіди з ними, наймати, навчати, складати робочі графіки, контролювати та звільняти їх у разі потреби за власним бажанням.
- Самостійно обирати кількість особистих помічників, які зможуть задовольнити всі індивідуальні потреби користувача, які йому необхідні для підтримки відповідного рівня життя.
- Розвивати прямі робочі відносини з особистими помічниками.

Які обов'язки споживача?

Споживачі повинні підписати згоду про виконання наступних зобов'язань:

- Керування послугами, які має надавати особистий помічник.
- Інформування координатора із надання відповідних послуг про будь-які зміни свого статусу, включаючи зміну адреси проживання, мобільний телефон та госпіталізацію.
- Своєчасне опрацювання необхідних документів, на кшталт, звіту про робочий графік персонального помічника, оцінки стану здоров'я, запитів щодо відпустки чи відгулів, а також іншої документації, якої потребуватиме Ваш помічник.
- Планування відвідування (один раз на шість місяців) кваліфікованого медичного працівника для встановлення медичної оцінки Вашого стану здоров'я.
- Підписання програмної згоди щодо виконання зобов'язань.

ГЛОСАРІЙ

Споживач: клієнт Medicaid, якого затверджено для участі у програмі CDPA відділом соціальних послуг або представниками MLTC.

Програма Індивідуальної Підтримки Споживачів: Часткове або повне надання медично-санітарних послуг у догляді в домашніх умовах, а також відповідні вказівки, які Вам надаватиме персональний помічник, у разі Вашого виявлення бажання самостійно задовольняти індивідуальні потреби задля підтримки належного рівня життя. Ці вказівки мають бути чітко дотримані Вами або представником, який діє в Ваших інтересах, і лише за умови контролю всіх процесів персональним помічником.

Особистий Помічник Споживача: Доросла людина, яка надає індивідуальну допомогу споживачеві, діючи згідно інструкцій та підпорядковуючись споживачеві або представнику, який діє в його інтересах. Дружина або чоловік, батько чи мати, а також представник, який діє в інтересах споживача не може виступати в ролі його персонального помічника; однак таким помічником може стати будь-хто з дорослих членів родини споживача, хто не проживає разом із ним або, навпаки, мешкає з ним разом у разі необхідності підвищеної уваги у догляді, якої потребує споживач, оскільки присутність такої людини є важливою для нього.

Постійні Індивідуальні Послуги: Забезпечення безперервного догляду декількома персональними помічниками, впродовж більш ніж 16 годин на добу, пацієнту, який через стан свого здоров'я або інвалідність, у будь-який момент потребує сторонньої допомоги при пересуванні, відвідуванні вбиральні та харчуванні.

Представник Споживача: Доросла людина, яку споживач самостійно наділяє повноваженнями консультування, контролю та спрямування персонального помічника на надання споживачеві необхідних послуг задля забезпечення його життєдіяльності. Такий представник діє виключно в інтересах самого споживача. Якщо ж споживач немає здатності самостійно обирати свого представника, в його якості може виступати хтось із батьків споживача, опікун або затверджена представниками MLTC відповідальна особа, яка має бажання і може виконувати обов'язки споживача, діючи виключно в його інтересах. Представник споживача не може виступати у ролі його персонального помічника, фінансового посередника або афілійованої особи.

Фінансовий Посередник: Організація, що заключила договір з MLTC стосовно забезпечення оплати праці персональних помічників та іншого Фінансового Посередника. Усі зобов'язання вказані у підрозділі "I" 505.28 Розділу 18 NYC RR.

Медичні послуги, що надаються в домашніх умовах: Послуги медичного працівника у догляді за споживачем, що надаються в домашніх умовах, згідно зі статтею 36 Закону про Охорону Здоров'я, складаються з базового медичного догляду, дотримання особистої гігієни, виконання домашніх справ, що є необхідними для здоров'я споживача та інші допоміжні супутні послуги. Перераховані послуги можуть включати в себе ще й наступне (і не лише обмежуватися зазначеним переліком): приготування їжі у відповідності до типу дієти, яка призначена споживачеві за його медичними показниками; прийом ліків; забезпечення дбайливого догляду за шкірою; використання необхідного медичного обладнання; заміна пов'язок на ранах; проведення реабілітаційної програми фізичних вправ.

Послуги Особистої гігієни: Складаються з функцій харчування та підтримки навколишнього середовища, а також функцій підтримки особистої гігієни, або усіх функцій разом. Це означає, що персональний помічник може надавати лише часткову або, навпаки, повну допомогу у дотриманні персональної гігієни споживача, переодяганні та годуванні задля належної підтримки всіх функцій його життєдіяльності. Оскільки зазначені послуги мають важливе значення для здоров'я та безпечного перебування споживача у його власному домі, вони повинні бути призначені лікарем-куратором у відповідності до потреб споживача, доцільності та рентабельності запропонованих послуг, що надаються кваліфікованим фахівцем згідно плану догляду за споживачем, а також лише під контролем медичної сестри.

Самостійний Споживач: Споживач, який може самостійно приймати рішення щодо своєї повсякденної діяльності, надавати вказівки персональному помічникові, усвідомлювати можливий вплив особисто прийнятих рішень та відповідати за подальші наслідки від них.

Кваліфіковані Медичні Завдання: Завдання, що входять до сфери практики зареєстрованої кваліфікованої медичної сестри або ліцензованої практичної медичної сестри, виконання яких може бути надане споживачеві його персональним помічником.

Часткова Допомога: Відповідні послуги у догляді за особистою гігієною, кваліфікована медична допомога та медичні завдання в домашніх умовах можуть бути проведені споживачем самостійно або ж за допомоги іншої особи.

Стабільний Медичний Стан: Стан, який не передбачає раптового погіршення чи покращення, та не вимагає постійного медичного втручання або медичної оцінки стану здоров'я для зміни плану догляду за споживачем.

Постійна допомога: Відповідні послуги у догляді за особистою гігієною, кваліфікована медична допомога та медичні завдання в домашніх умовах, що надаються споживачеві кваліфікованим фахівцем.

РІВНІ ДОГЛЯДУ

- I. **Рівень I:** Обмежений у виконанні функцій підтримки харчування та навколишнього середовища.
- a. Застелення ліжок та зміна постільної білизни
 - b. Сухе прибирання кімнат, які використовуються споживачем
 - c. Легке прибирання кухні, спальні та ванної кімнати
 - d. Миття посуду
 - e. Облік необхідних витратних матеріалів
 - f. Закупівля товарів для пацієнта у разі, якщо така домовленість з кимось іншим не є можливою
 - g. Прання речей пацієнта, включаючи прасування та ремонтом одягу у випадку необхідності
 - h. Оплата рахунків та інших важливих доручень
 - i. Приготування їжі відповідно до умов призначеної дієти
- II. **Рівень II:** Повна підтримка функцій харчування та навколишнього середовища
- a. Купання пацієнта в ліжку, ванні або душі
 - b. Переодягання
 - c. Стрижка
 - d. Допомога у відвідуванні вбиральні
 - e. Прогулянка в домі та поза його межами, що забезпечується міцним та надійним медичним обладнанням
 - f. Перенесення з ліжка на стілець/інвалідний візок
 - g. Приготування їжі у відповідності до умов призначеної дієти (з низьким вмістом цукру або солі, з низьким вмістом жиру та залишків)
 - h. Годування
 - i. Контроль пацієнта під час прийому ліків. Виконуючи такий контроль необхідно нагадувати пацієнтові про час прийому та найменування лікарських препаратів, приносити йому ліки та необхідні медичні засоби, відкривати упаковки препаратів, допомагати пацієнтові прийняти зручне положення для прийому ліків та утилізувати використані засоби та упаковки від них, а також стежити за належним зберіганням лікарських препаратів.
 - j. Забезпечення щоденного догляду за шкірою
 - k. Використання таких медичних засобів та обладнань як ходунки та інвалідні візки
 - l. Зміни пов'язок

Цілодобові послуги дотримання особистої гігієни: Надання допомоги пацієнтові, який через стан свого здоров'я або інвалідність, потребує цілодобової сторонньої допомоги задля належної підтримки особистої гігієни, і чия необхідність у допомозі вночі є рідкісною або передбачуваною.

ПРОЦЕС ЗАЛУЧЕННЯ ДО ПРОГРАМИ

Для реєстрації у програмі CDPAP, Ви повинні підписати згоду споживача, затверджуючи те, що Ви у повній мірі ознайомилися та заповнили бланки реєстрації у програмі, та надали персональному асистентові необхідну інформацію та документацію для заповнення заяв. Зберігайте копію всіх відповідних документів, які містять інструкції, правила, зобов'язання та деталі стосовно програми.

Споживач має отримати та підтвердити наступне:

- Вітальний Пакет Споживача
- Договір CDPAP
- Угоду про Розподіл Заробітної Плати
- Угоду про Резервне Копіювання Даних
- Робочий Графік Відвідувань
- Відмову від Водіння
- Повідомлення про Конфіденційність

Персональний Помічник потребує наступного переліку видів документів:

- Заяви
- Оригіналів Документів щодо Працевлаштування (1-9 та W-4)
- Медичного Звіту про Поточний Фізичний Стан (за останні 12 місяців)
- Сертифікату про Поточний Стан Захворюваності на Туберкульоз (отриманий не пізніше, ніж рік тому назад, якщо результат проведеного аналізу є негативним)
 - Якщо ж результат виявився позитивним, то до зазначеного сертифікату необхідно додати флюорографічний знімок грудної клітки для подальшого надання цих документів до головного офісу
- Медичної Карти Профілактики Щеплень, в якій зазначено отримання відповідних доз вакцин проти краснухи та кору, або комбінованої вакцини MMR проти кору, епідемічного паротиту та краснухи і підтверджує наявність стійкого імунітету до вищевказаних захворювань.
- Декілька Рекомендаційних Листів

ОСНОВНІ ПРАВИЛА СПІВПРАЦІ

Нижче зазначено перелік ключових моментів, які споживач може вважати для себе неприйнятними. У разі порушення трудової дисципліни або ж будь-якого правила, зазначеного споживачем, персональний помічник може бути притягнений до дисциплінарного стягнення, включаючи зауваження, догану та звільнення. Споживачі в свою чергу мають надати персональному помічнику сприятливі та безпечні умови праці, слідкуючи при цьому за його поведінкою.

1. Спізнення на роботу
2. Зумисне пошкодження, знищення або викрадення майна, що належить споживачеві
3. Неприйнятна поведінка
4. Відмова або невиконання вказівок споживача або його представника
5. Залишення споживача без нагляду, не отримавши на це дозвіл
6. Ігнорування робочих зобов'язань, що передбачені Планом Догляду за споживачем
7. Зумисне надання будь-якої неправдивої або недостовірної інформації з метою отримання робочого місця
8. Використання ненормативної лексики, грубих чи образливих висловлювань у спілкуванні зі споживачем
9. Фальсифікування будь-яких записів
10. Зумисне або випадкове порушення правил безпеки та охорони здоров'я
11. Недотримання дрес-коду (регламенту у одязі), якому надає перевагу споживач
12. Зберігання вогнепальної чи будь-якої іншої зброї, алкогольних напоїв або наркотиків на території власності споживача

ОЦІНЮВАННЯ ВАШИХ ПОТРЕБ

Вирішіть, які завдання мають виконуватися Вашим персональним помічником. Оскільки, це може значною мірою спростити Ваші повсякденні потреби, додайте перелік таких завдань до письмової інструкції.

Ці завдання можуть включати в себе наступне:

- Одягання/роздягання
- Гоління
- Купання
- Постановка клізми та підтримка особистої гігієни після відвідування вбиральні
- Допомога у спілкуванні, написанні листів або наборі повідомлень в соціальних мережах
- Чищення зубів
- Підстригання волосся та нігтів, догляд за шкірою та волоссям
- Прийом ліків
- Готування страв
- Прання
- Мобільність у пересуванні та можливість за нагальної потреби приїхати вночі
- Покупки/доручення
- Використання допоміжних пристроїв або обладнання під час прибирання

Ви маєте право обрати помічника, який найбільше підходить для задоволення Вашим потреб, а також володіє бажаним досвідом та персональними якостями.

Вирішіть, коли саме Вам буде потрібна допомога помічника та скільки часу необхідно на виконання того чи іншого завдання. Досить доречно було б вказати бажаний рівень кваліфікації та навичок персонального помічника, та необхідне Вам обладнання. Вам може бути потрібна допомога лише у певний час дня або ж впродовж декількох годин кожного дня. Зазначеними також можуть бути вказівки щодо того, що персональному помічникові дозволяється виконувати, а що - ні.

Перевірте, чи охоплює державна програма, участь в якій Ви берете, завдання, що можуть надаватися персональному помічникові. Для будь-якої додаткової допомоги чи вирішення питань, які з'явилися у Вас, зателефонуйте до America Homescare за номером телефону (716) 288-9300.

ПІДБІР ПЕРСОНАЛУ ТА РЕКЛАМА

При наборі персонального помічника, особливо важливо визначити, які якості, навички та вміння Ви б хотіли у нього бачити, та знайти того, хто має бажання і здатний виконувати цю роботу.

Існує безліч методів рекламування та підбору персоналу, допомогою яких споживач може залучитись, маючи намір знайти надійного персонального помічника. До Вашої уваги пропонується декілька пропозицій щодо пошуку майбутніх співробітників:

1. ОГОЛОШЕННЯ В ПЕРІОДИЧНИХ ВИДАННЯХ

Користування послугами місцевих газет є значно дешевшим у порівнянні з загальнонаціональними періодичними виданнями. Вони ідеально підійдуть задля привернення уваги потенційних помічників, які, найімовірніше, мешкатимуть не далеко від Вас.

2. МІСЦЕВІ ГРОМАДИ

Іноді громадські організації людей з особливими потребами та організації інших напрямленостей розміщують в себе або розповсюджують серед населення подібні оголошення.

3. КОЛЕДЖІ ТА УНІВЕРСИТЕТИ

Коледжі можуть стати чудовим джерелом для пошуку особистого помічника. Багато студентів шукають додатковий підробіток, щоб покривати витрати за навчання. Деякі студенти зацікавлені спеціальностями в галузі охорони здоров'я та соціальних служб. Такі студенти, як правило, потребують досвіду роботи в обраній галузі. Для того, щоб наявність посади, зверніться в бюро по працевлаштуванню за телефоном або електронною поштою чи до студентського гуртожитку.

4. “ІЗ ВУСТ В УСТА”

Не забудьте запитати членів своєї родини, друзів та сусідів, чи їм або комусь іншому, з ким вони знайомі, було б цікаво працювати на посаді Вашого персонального помічника. Єдине обмеження щодо найму членів родини полягає в тому, що у якості особистого помічника не може виступати Ваш чоловік або дружина та батьки.

5. БІЛБОРДИ У МІСЦЯХ ВЕЛИКОГО СКУПЧЕННЯ ЛЮДЕЙ

Розвішуйте рекламні листівки на дошках оголошень у місцях великого скупчення людей. Це можуть бути продуктові магазини, банки, багатоквартирні будинки, ресторани, будинки культури, церкви та храми, пральні та дитячі садочки.

ЗМІСТ РЕКЛАМИ

Що більше інформації буде вказано, то більше Ви будете впевнені, що майбутні співробітники, які будуть зв'язуватися з Вами, будуть дійсно зацікавлені та потенційно кваліфіковані для цієї роботи. Добре було б зазначити наступну інформацію:

1. Назва та опис роботи
2. Робочі дні та години
3. Наявність компенсацій та пільг
4. Досягнення щонайменше вісімнадцятиріччя
5. Підтвердження громадянства або працездатності в США

Необов'язкова, але корисна інформація може містити:

1. Вікова група клієнтів: дитяча, похилого віку
2. Місце проживання
3. Необхідність наявності транспорту та водійського посвідчення
4. Ставлення до паління

Нижче наведено зразок оголошення, яке може слугувати прикладом для написання Вашої публікації:

Вакансія особистого помічника - потрібна людина для допомоги за доглядом, здійсненні покупок та легкого прибирання оселі.

Не повна зайнятість, 4 дні на тиждень. Гнучкий робочий графік.

Бажана наявність водійського посвідчення. Умови ідеальні для студентів. Близьке розташування до школи.

ЗАЯВКИ ПРЕТЕНДЕНТІВ

Перше Спілкування по Телефону

1. Дайте коротку характеристику щодо обов'язків, кількості годин, вимог до роботи, оплати праці та способів її оплати.
2. Зазначте чи належить до обов'язків особистого помічника допомога у прочищенні кишечника/сечового міхура, надання ліків та використання медичного обладнання.
3. Якщо претендент зацікавлений у посаді, задайте наступні питання та запишіть його відповіді:
 - A. Чи дасте Ви мені своє ім'я, адресу проживання та номер телефону?
 - B. В які робочі дні/години Ви можете працювати? Чи є обмеження у Вашому робочому графіку, про які мені слід знати? Чи бувають дні, коли Ви не можете працювати взагалі?
 - C. Чи маєте Ви досвід роботи з хронічно хворими або людьми з особливими потребами? (Якщо так, розкажіть мені трохи про обов'язки, які Ви виконували.)
 - D. Чи є Вас надійний транспорт?
 - E. Ви палите?
 - F. Чи є у Вас алергія на домашніх тварин?
 - G. Чи є завдання дотримання особистої гігієни, які Ви не виконуєте?
 - H. Чи є у Вас медичні обмеження, які заважатимуть Вам підіймати та переносити навантаження?
 - I. Чи не буде Вам складно готувати їжу та займатися хатніми справами?
 - J. Ви заперечуєте, якщо я перевірю Вас на наявність судимостей?
4. Скажіть людині, що ви зателефонуєте їй пізніше, щоб домовитись про співбесіду (якщо Ви зацікавлені в очній співбесіді). Попросіть її принести посвідчення особи, що відповідає заповненню форми I-9 та W-4.
5. Ви можете розглянути можливість зустрічі в «нейтральному» місці поза межами Вашого дому для особистої безпеки.
6. Навіть якщо людина не підходить для цієї роботи, подякуйте їй за зацікавленість. Можливо, Ви захочете зберегти її контактні дані, щоб за потреби використовувати їх у майбутньому.

ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ

Особисте Інтерв'ю

Зателефонуйте всім претендентам, які на Вашу думку є перспективними та домовтеся з кожним із них про особисте інтерв'ю. Для перерв між всіма інтерв'ю відведіть достатньо часу (приблизно годину). Проведення такої співбесіди є важливим моментом, як для Вас, так і для претендента на посаду, оскільки з'являється можливість обговорити всі необхідні деталі, а також дізнатися більше інформації про людину, яку бажаєте найняти.

Існує декілька пропозицій щодо проведення успішної співбесіди з потенційним помічником. Можливо, деякі моменти буде потрібно повторно обговорити при зустрічі для уточнення деталей, не дивлячись на те, що Ви обговорювали їх за телефонною розмовою:

1. Зробіть так, щоб людина, яка прийде до Вас на зустріч відчувала себе комфортно у компанії з Вами. Це допоможе вам дізнатися одне одного краще.
2. Розкажіть людині про свої потреби або ж про потреби члена Вашої родини.
3. Попросіть претендента заповнити Вашу заяву. Такі заяви потрібні для того, щоб не втратити зв'язок із людьми, співбесіди з якими Ви вже провели. Містять лише важливу та необхідну інформацію у стислій формі, що полегшить Вам формування додаткових питань і процес прийняття остаточного рішення.
4. Надайте людині письмову копію Ваших умов стосовно праці. У разі потреби детально поясніть всі обов'язки та відповідальність за їх виконання. Дізнайтеся, чи претендент здатний легко та безпечно виконувати поставлені перед ним задачі (наприклад, допомогти підвестися з ліжка або сісти в інвалідний візок, перенести пацієнта із однієї кімнати до іншої та користуватися медичним обладнанням), зазначені у заяві.
5. Попросіть розповісти про себе. Не забудьте запитати про досвід роботи у догляді за кимось, причини звільнення та дізнайтеся, чим зацікавила претендента посада, яку Ви надаєте. Запитайте про кар'єрні досягнення та чому претендент обрав для себе саме такий вид діяльності.
6. Опишіть робочий графік, спосіб оплати праці, можливі пільги, матеріальне покриття відпусток та Ваші критерії оцінювання виконання обов'язків помічника.
7. Дозвольте претендентові поставити Вам свої питання.
8. Запевніть кандидата на посаду, що Ви йому зателефонуєте після того, як рішення буде прийнято. (Обов'язково передзвоніть йому, навіть якщо Ви наймете іншу людину.)

Зразки Питань Під Час Співбесіди

Вашій увазі надається перелік питань, які Ви можете задати під час особистої співбесіди, щоб обрати найкращого для себе помічника:

1. Як далеко Ви проживаєте? (Як показує практика, відстань, яку має долати особистий помічник, щоб дістатися до робочого місця, особливо під час негоди, може стати приводом відмови у співпраці).
2. Ви маєте досвід роботи у сфері догляду?
3. Ви маєте шкідливі звички? Як Ви ставитеся до людей, які палять або вживають алкогольні напої у Вашій присутності?
4. Яким чином Ви можете одночасно виконувати декілька завдань, забезпечуючи їх виконання належним чином?
5. Чи маєте Ви щось проти допомоги у підтриманні особистої гігієни пацієнта, а саме прийняття ванної та відвідування вбиральні?
6. Що на Вашу думку буде найкращим та найгіршим у роботі?
7. Які Ваші сильні та слабкі сторони?
8. Чому Ви бажаєте стати особистим помічником?
9. Наведіть приклад того, як Ви вирішували спірні або конфліктні моменти зі своїм попереднім роботодавцем?
10. Ви коли-небудь притягувалися до кримінальної відповідальності чи були позбавлені волі, і чи зараз Вам не пред'являють звинувачення у скоєнні злочину? (Якщо відповідь “ТАК” - з'ясуйте деталі).
11. Ви заперечуєте, якщо я перевірю Вас на наявність судимостей?

ПЕРЕВІРКА РЕКОМЕНДАЦІЙНИХ ЛИСТІВ

Якщо Ви наймаєте на посаду свого близького товариша або когось із сімейного кола, Ви можете не перевіряти їхні рекомендаційні листи. У випадку прийняття рішення про найм незнайомої людини, доцільно буде перевірити рекомендації про неї. Зателефонуйте до її попереднього роботодавця, якщо є така можливість. Задайте питання стосовно того, що Вас цікавить найбільше та перевірте чи вказана посада, а також терміни роботи у заяві, наданою Вами претендентові, відповідають дійсності. Питання можуть бути будь-якими, але це не означає, що роботодавець відповість Вам на них, оскільки існує поняття конфіденційної інформації, розголошення якої карається законом. Якщо рекомендаційні листи з попередніх місць роботи відсутні, перевірте особисті рекомендації.

НАЙМ

Як тільки Ви зменшите свій вибір до декількох осіб (або до однієї особи), яких би Ви хотіли найняти на зазначену посаду, зробіть наступне:

1. Зателефонуйте їм та запропонуйте вакантне робоче місце.
2. Зазначте час, коли ви надасте їм більше деталей про роботу.
3. Перегляньте вимоги до роботи.
4. Домовтеся про час і день початку співпраці.
5. Запропонуйте їм підписати договір про співпрацю. Ви можете найняти особистого помічника на випробувальний термін (наприклад, на три місяці), а вже потім розглянути можливість продовження терміну співпраці, беручи до уваги оцінку ефективності виконання обов'язків.

ДОДАТКОВІ ПОМІЧНИКИ

Додаткові особисті помічники - люди, до яких Ви можете звернутися по допомогу у тому разі, якщо Ваш особистий помічник за певних причин не може виконувати покладені на нього доручення. Додаткового помічника можна залучити до співпраці, якщо Ваш особистий помічник перебуває у відпустці, хворіє або не з'являється на робочому місці без попередження. Рекомендовано мати список із чотирьох або п'яти додаткових помічників, щоб у разі необхідності отримання допомоги, Вам було до кого звернутися. Краще за все шукати таких помічників з самого початку, ще тоді, коли зацікавленні у пошуку особистого помічника. Ви можете знайти додаткового особистого помічника впродовж декількох днів. У такому разі доцільно мати список контактних даних помічників-претендентів, які змогли б швидко надати Вам необхідну допомогу у разі екстреної ситуації.

1. Вочевидь, найкращим методом підбору додаткових особистих помічників буде той, яким Ви скористалися, шукаючи основного персонального помічника. Зберігайте анкети претендентів, що містять їх контактні дані.
2. Друзі, сусіди та певні члени родини можуть бути в режимі очікування у разі виникнення надзвичайних ситуацій.
3. Попросіть Вашого персонального помічника самостійно підшукати собі заміну на випадок, якщо він не зможе виконувати свої обов'язки.
4. Найміть на роботу одразу кількох помічників, надавши їм при цьому різні робочі графіки. (Наприклад, перший буде працювати по будням, а другий - на вихідних або на великі свята.)

РОЗРОБКА ДОДАТКОВИХ РЕСУРСІВ

Будьте готові до того, що Ваш Особистий Помічник не зможе працювати. Ось невеликий перелік того, що можна зробити у разі раптової необхідності його заміни:

1. Наймати одразу декількох помічників з різним робочим графіком впродовж тижня. Якщо один із помічників захворіє або не з'явиться на роботу, інший може його підмінити. Нехай один помічник працює по будням, а інший - на вихідних та свята.
2. Попросіть Ваших Персональних Помічників самостійно підшукати собі заміну на випадок, якщо вони не зможуть виконувати свої обов'язки.
3. Продовжуйте вести список можливих співробітників, які свого часу Вам сподобалися, але не були найняті на роботу. Періодично перевіряйте їх, чи вони все ще доступні для роботи у разі заміни.
4. Запитайте своїх друзів чи сусідів, чи не готові вони допомогти Вам у випадку виникнення надзвичайної ситуації. Ви можете нагадати їм, що за надану допомогу, вони отримають відповідну фінансову оплату.
5. І найважливіше - завжди тримайте при собі телефон. У разі необхідності Ви можете отримати телефон, адаптований відповідно до Ваших потреб. Щоб отримати додаткову інформацію про послуги для людей з обмеженими можливостями, зверніться до місцевої телефонної компанії.

Пам'ятайте: Ви маєте наголошувати на тому, що Ви не можете залишитися на самоті і що Персональний Помічник не може залишити Ваш будинок до того, як прийде його заміна. Також вимагайте, щоб Ваш помічник повідомляв Вас про відгул та відпустку заздалегідь.

ПІДГОТОВКА ОСОБИСТОГО ПОМІЧНИКА

Нижче наведено перелік пропозицій, що можуть стати Вам у нагоді при підготовці особистого помічника:

1. Поясніть якомога детальніше характер Вашої інвалідності чи хвороби
2. Проводьте навчальні заняття з новим помічником щодня, відпрацьовуючи одну тему на день
3. Регулярно повторюйте вивчені раніше теми, щоб переконатися, що помічник засвоїв необхідний матеріал
4. Перед початком кожного тренінгу надайте короткий огляд того, що саме ви будете сьогодні вивчати
5. В кінці заняття коротко повторіть те, що Ви пояснювали впродовж заняття
6. Обов'язково наголосіть на техніці безпеки та на тому, що саме необхідно робити в надзвичайних ситуаціях
7. Детально поясніть правильне використання будь-яких систем життєзабезпечення
8. Повністю опишіть усі необхідні процедури, наприклад, такі, як супровід за методом “Крок за кроком”
9. Поясніть та обмежте вживання технічних слів, попросіть про відгук, щоб гарантувати, що Ви ефективно спілкуєтесь із своїм помічником. Доцільно було б мати заздалегідь написані інструкції, щоб роздавати їх своїм помічникам
10. При демонстрації новому помічнику належного виконання та надання необхідних процедур, заручіться допомогою когось із членів родини, друзів або попереднього особистого помічника. Попросіть нового помічника самостійно виконати продемонстровану процедуру під наглядом компетентної особи, це допоможе йому краще зрозуміти її функціонал та дозволить швидко виправити допущені помилки.

РОБОЧИЙ ГРАФІК

ТЕЛЕФОННІ ІНСТРУКЦІЇ ФІКСУВАННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ

Використання Додатку “Telephony”:

- Наберіть безкоштовний номер EVV **855-671-1770** з мобільного телефону та введіть свій ID клієнта після якого натисніть решітку (#). Після чого натисніть кнопку “1”, якщо це початок зміни або “2”, якщо це її кінець.
- Помічники у свою чергу можуть завантажити відповідний мобільний додаток на свої телефони та використовувати його для фіксації відпрацьованих змін.
- Якщо Ваш телефон або телефон помічника не працює, негайно зателефонуйте до головного офісу, щоб повідомити про це. Наш співробітник зафіксує це в таблиці обліку використання робочого часу.

Клієнт та Його Помічник зі Спільним Телефоном:

ID клієнта можна використовувати, як і у мобільному додатку “Telephony”, так і під час здійснення дзвінка з номеру телефону клієнта.

- Наберіть безкоштовний номер 855-671-1770.
- Помічник має ввести номер ID клієнта.
- На запитання, чи дзвонить помічник із телефону клієнта, дайте відповідь “НІ” або натисніть кнопку “2”.
- Зафіксуйте початок та кінець робочої зміни, за допомогою введення ID клієнта, який Вам буде наданий співробітником АНС.

Щоб отримати вказівки або відповіді на запитання, зателефонуйте нам за номером телефону 716-288-9300, і ми допоможемо Вам.

ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ ТА ПРИПИНЕННЯ СПІВПРАЦІ

Як і в будь-якій сфері зайнятості, між Вами як **Роботодавцем** та Вашим особистим помічником як **Працівником** іноді можуть виникати конфліктні ситуації. Іноді конфлікт виникає через неналежне виконання робочих завдань. Можливо, проблема криється в тому, що під час підготовки Вашого особистого помічника, він не отримав бажаних відповідей на запитання, які його цікавили, або ж демонстрація виконання процедур не була чіткою та змістовною, і як результат під час співпраці Ви не отримали того рівня догляду, на який розраховували. Якщо це дійсно так, проведіть повторну підготовку Вашого помічника, приділивши більше уваги аспектам, які викликали у нього труднощі при виконанні його обов'язків. Практика показує, що цей так званий курс “підвищення кваліфікації” допоможе вирішити те, що вже, здавалося б, вирішити неможливо.

Ще однією проблемою для деяких помічників є пунктуальність. Якщо робочий день помічника вже мав би початись, а його все ще немає на робочому місці, зв'яжіться з ним. Поясніть всю важливість їхнього перебування з Вами задля Вашого життя. Узгодьте з ними часові рамки робочих днів. Якщо вони порушують ці часові рамки, припиніть співпрацю з ними.

Бувають і інші випадки, коли помічник та роботодавець просто не можуть поладнати через особисті характеристики. Можливо, помічник, який здавався Вам на перший погляд найкращою кандидатурою для отримання цієї посади, на практиці ж виявився абсолютною протилежністю. Перш ніж повністю припинити співпрацю, ознайомтеся з пропозиціям, які націлені на вирішення конфлікту.

1. Будьте відкриті до спілкування. Припинення спілкування - перше, що спадає на думку, коли виникає конфлікт. Поговоріть і спробуйте з'ясувати справжні причини виникнення непорозуміння. Проблема сама по собі не зникне, якщо Ви її просто ігноруєте.
2. Щоб знайти вихід із конфліктної ситуації, перегляньте умови підписаного вами договору. Письмовий договір допоможе запобігти або прояснити непорозуміння, що виникли у обох сторін, щодо обов'язків, зарплати, часу відпустки та пільг. Це ще одна вагома причина, щоб укласти повний, чітко прописаний договір між Вами та Вашим працівником.
3. Залучіть третю сторону, щоб допомогти врегулювати конфлікт. Товариша, сусіда чи навіть священика, який з легкістю та цілковитою об'єктивністю знайде рішення, що задовольнить обидві сторони.
4. За будь-яких непорозуміння завжди шукайте компроміс.
5. Якщо ж вирішити конфлікт не вдається, ви повинні взяти на себе відповідальність за звільнення свого працівника. Яким чином Ви це зробите залежить лише від Вас. Ви можете зробити це при особистій зустрічі віч-на-віч або ж по телефону. Дійте у цій ситуації так, як вважаєте за потрібне. Достатньо простого твердження “Мені більше не будуть потрібні Ваші послуги”. Переконайтеся, щоб працівник отримав останню зарплату. Також Ви вирішуєте необхідність відпрацювання помічником двотижневого робочого терміну перш ніж завершити з ними співпрацю. Проаналізуйте, що пішло не так, щоб уникнути подібної ситуації в майбутньому. Рекомендується знайти заміну помічникові ще до його звільнення.

ОСОБИСТА БЕЗПЕКИ

1. Ви маєте право отримувати індивідуальну допомогу, не наражаючись при цьому на сексуальне, психологічне чи фізичне насилля, або фінансове вимагання. Ви маєте право припинити будь-які експлуатаційні або жорстокі відносини. Якщо Ви вважаєте, що поведінка особистого помічника є неприйнятною, поговоріть про це з людиною, якій можете довіряти. Це може допомогти Вам знайти вирішення цієї ситуації.
2. Пам'ятайте, що грабіжники часто потрапляють до оселі через незамкнені двері та вікна. Зачиняйте двері, особливо вночі. Якщо до Вас завітає товариш, йому буде не складно трішки зачекати, допоки Ваш помічник йому відчинить.
3. Якщо Вам здається, що хтось намагається проникнути у Ваш будинок, зателефонуйте за номером 911. Навіть, якщо Ви не впевнені в цьому остаточно, краще все ж таки зателефонувати. Якщо Ви помітили свого помічника або когось із Ваших знайомих біля свого будинку, і їх дії здаються підозрілими, викличте поліцію.
4. Більшість домагань сексуального характеру надходять від добре знайомих людей. Пам'ятайте, що Ви маєте право сказати "НІ" будь-якому небажаному дотику, і не важливо, хто має намір Вас торкнутися: особистий помічник, Ваша друга половинка або хтось із членів родини.
5. Якщо Ваш особистий помічник схиляє Вас до статевих відносин, пам'ятайте, що це є грубим порушенням професійної етики, Ваших прав та закону. Повідомте про це представників поліції якнайскоріше. Ви також можете звернутися за допомогою до кризисного центру та/або до особистого радника. Довіряйте своїй інтуїції. Якщо Ви не відчуваєте себе в безпеці, перебуваючи під доглядом Вашого особистого помічника, завершіть з ним співпрацю негайно.
6. Доручіть своїм друзям, сусідам або членам родини вирішення тих завдань, пов'язаних із доглядом за Вами, які Ви не бажаєте покладати на свого помічника, (наприклад, оплату рахунків). Дайте знати своєму особистому помічникові, що Ваша родина так само, як і сусіди, завжди слідкують за Вашим благополуччям.
7. У разі жорстокого поводження з дітьми або літніми людьми негайно викличте поліцію. Зателефонуйте на місцеву гарячу лінію з попередження домашнього насильства, яку знайдете у Вашій телефонній книзі, а також зателефонуйте до агентства надання послуг у догляді.

КОРИСНІ ПОРАДИ ДЛЯ ЗАХИСТУ ВЛАСНОСТІ ТА ОСОБИСТОЇ БЕЗПЕКИ

1. Проведіть інвентаризацію. Надайте копію проведеної інвентаризації Вашій родині, близькому товаришу або страховому агенту. У випадку, якщо чогось не буде вистачати, у Вас буде документальне підтвердження зазначеної вартості речі, що зникла. Такий документ послугує підґрунтям відшкодування матеріальних збитків.
2. Кожна річ у домі має бути на своєму місці.
3. Під час невимушеної розмови дайте зрозуміти своєму оточенню про те, що Ви знаєте, що у Вас є, і де що знаходиться.
4. Також ведіть інвентаризацію своїх витратних матеріалів. Це у свою чергу допоможе Вам контролювати процес закупок.
5. Обговоріть зі своїм помічником умови користування Вашим телефоном. Чітко зазначте випадки, за яких особистий помічник може користуватися Вашим телефоном під час робочого часу, а також те, що за міжміські дзвінки доведеться платити. Перевіряйте свої рахунки на наявність дзвінків, здійснені не Вами. Внесіть користування телефон в умови договору, аби уникнути конфліктних ситуацій у майбутньому.
6. Особливу увагу приділіть користуванню особистого помічника Вашим рахунком у банку та кредитними картками. Надзвичайно ризиковано надавати сторонній особі доступ до персональної інформації. Завжди просіть помічника показувати Вам чеки після покупок і самостійно підраховуйте баланс на картці. Якщо Ви припиняєте співпрацю з помічником, одразу ж змініть пароль карти.
7. Контролюйте користування помічником Вашого автомобіля. Щодо наслідків такого користування проконсультуйтеся із страховою компанією.
8. Перш ніж звільнити особистого помічника, впевніться, що він повернув Вам усі ключі. В іншому ж випадку, змініть замки.

БЕЗПЕКА ТА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ - ВИ МАЄТЕ ПРАВО НА:

БЕЗПЕКА ТА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ - шанобливе ставлення до Вас та Вашої власності, а також повну безпеку під час надання помічником послуг догляду за Вами вдома. Ви маєте право обмежувати кількість відвідувань та на приватне спілкування з будь-яким.

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ - конфіденційність письмової, усної та електронної інформації, включаючи Ваші медичні записи, інформацію про стан здоров'я, соціальний статус та фінансове забезпечення, або про те, що відбувається у Вашому домі.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я - доступ до інформації щодо стану здоров'я та медичних заключень, а також звітність про надання персональної інформації про здоров'я стороннім особам лише відповідно до вимог закону.

НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ - вимагати від нас надавати стороннім особам інформацію зазначену про Вас, лише відповідно до вимог закону або Вашого письмового дозволу.

Ваші права чітко вказані у нашому Повідомленні про Конфіденційність.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСОВИЙ РІВЕНЬ: ВИ МАЄТЕ ПРАВО НА:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТРАХУВАННЯ - бути проінформованим про виплати від Medicare, Medicaid, або іншого платника відомого нам, ще до надання будь-якої допомоги у догляді.

ВИТРАТИ, ЩО НЕ ПОКРИВАЮТЬСЯ - бути проінформованим в усній або письмовій формі про період надходження грошових виплат, приблизну максимальну суму у доларовому еквіваленті за надання пацієнтові певних послуг у догляді.

ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ У 30-ДЕННИЙ ТЕРМІН - отримувати необхідну інформацію в усній або письмовій формі до моменту надання послуг у догляді та впродовж тридцяти календарних днів, починаючи від дати, коли представник надання послуг дізнається про затвердженні зміни.

ДОСТУП ДО РАХУНКІВ - мати доступ до рахунків, подавши запит стосовно отриманих послуг, не зважаючи на те, чи ці рахунки мають бути сплачені Вами або ж іншою стороною.

ЯКІСТЬ ДОГЛЯДУ - ВИ МАЄТЕ ПРАВО НА:

ОБЕЗБОЛЕННЯ - Вам та Вашій родині мають бути надані чіткі вказівки щодо процедур, що зменшують або усувають больові відчуття, так само, як і можливих побічних ефектів при обезболенні.

НЕМОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ - кваліфікований та компетентний працівник оцінює Ваші потреби. У разі, якщо ми не маємо можливості надати Вам необхідні послуги, ми сповістимо Вас про це та сконтактуємо з іншими представниками служб надання відповідних послуг, які зможуть співпрацювати з Вами. Ми обов'язково надамо Вам всі пояснення.

ІНСТРУКЦІЇ ПОВОДЖЕННЯ В ЕКСТРЕНИХ СИТУАЦІЯХ - отримання покрокових інструкцій у випадку виникнення екстрених ситуацій.

Акт Зменшення Рівня Фальсифікацій від 2005 року

America Homecare Inc. має чітку позицію щодо шахрайства та зловживання недостовірною інформацією. Наша політика полягає у наданні інформації абсолютно всім працівникам, підрядникам та агентам про засоби цивільно-правового захисту від сфальсифікованої інформації, що передбачені відповідним актом, а також про те, яким саме чином наші співробітники та інші особи можуть ними скористатися. Згідно цього акту свідки, які викрили або вказали на скоєння тієї чи іншої фальсифікації, підпадають під захист на законодавчому рівні. Ми також консультуємо наших співробітників, підрядників та агентів щодо заходів, які наша організація здійснює для виявлення шахрайства та зловживань у галузі охорони здоров'я.

Цей акт націлений на вдосконалення державного нагляду та правозастосовних заходів проти шахрайства та зловживання недостовірною інформацією у програмі Medicaid. За умовами акту кожна організація, яка отримує більше 5 мільйонів доларів коштів Medicaid на рік, повинна проінструктувати своїх працівників щодо наступних положень:

- Федеральний Закон Про Надання Неправдивих Свідчень
- Закон Про Цивільно-Правові Засоби Захисту Від Шахрайства в Рамках Федеральних Програм
- Державні Закони, що стосуються цивільних або кримінальних покарань за хибні твердження та фальсифікування інформації
- Роль таких законів у запобіганні та виявленні шахрайства, марнотратства та зловживань
- Програма захисту свідків, що підлягає цим законам
- Політика та процедури America Homecare Inc. сприяють запобіганню та виявленню шахрайства, марнотратства та зловживання недостовірною інформацією.

Федеральний Закон Про Надання Неправдивих Свідчень

Федеральний Закон Фальсифікування Інформації - закон, що забороняє фізичній або юридичній особі свідомо та навмисно надавати хибні твердження або сфальсифіковану, недостовірну інформацію з метою заволодіння грошовими виплатами затвердженні Федеральним Урядом. Ці заборони поширюються на заяви, подані до федеральних програм охорони здоров'я, таких як Medicare та Medicaid. Фізична або юридична особа, що буде визнана винною у скоєнні даного злочину, може бути притягнута до сплати штрафу у розмірі 11,000 доларів та сплати грошового стягнення у трикратному розмірі від суми нанесених збитків. Особа, що скоїла злочин, може бути виключеною з програм Medicaid.

Закон Про Надання Неправдивих Свідчень Штату Нью-Йорк

Закон Про Фальсифікування Інформації Штату Нью-Йорк тісно пов'язаний із Федеральним Законом Фальсифікування Інформації. Згідно цього закону відбувається накладання штрафу на фізичну або юридичну особу, що скоїла злочин, а саме: надала недостовірні дані для неправомірного заволодіння грошовими виплатами від будь-якого штату або місцевого уряду, включаючи організації з надання послуг у галузі охорони здоров'я, такі, як Medicaid. Штраф за надання неправдивої інформації щодо грошових виплат становить 6,000 - 12,000 доларів за кожен подану заяву, а відшкодування нанесених збитків мають перевищувати суму неправомірно отриманих грошових виплат у два або три рази.

ПОЛІТИКА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ТА НЕРОЗГОЛОШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ AMERICA HOMECARE INC.

Кожен працівник America Homecare Inc. несе відповідальність перед клієнтами та організацією за дотримання прав конфіденційності клієнтів, а також підтримку безпеки та цілісності інформації про їх стан здоров'я. Усі працівники дотримуються умов Політики конфіденційності America Homecare Inc., до якої періодично можуть вноситись зміни чи потрібні корегування. Порушення умов політики та пов'язаних із нею процедур є серйозним порушенням правил і може призвести до цивільно-правових та кримінальних справ відкритих проти працівника, на додаток до дисциплінарних стягнень та негайного припинення трудових відносин.

ПОЛІТИКА КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ТА ЗАХИСТУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

I. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

America Homecare, Inc. визнає право кожної особи, яка отримує послуги за цією програмою, на конфіденційність та захист персональних даних. Політика організації надає загальні вказівки та принципи щодо захисту прав одержувачів послуг на нерозголошення персональних даних відповідно до розділу 245D.04, підрозділу 3(a) та доступу до їх записів відповідно до розділу 245D.095, підрозділу 4 статті 245D “Стандартів догляду вдома або за місцем проживання”.

II. ПРОЦЕДУРИ

A. Персональні Дані

1. Термін “персональні дані”, що використовується у цій Політиці, стосується всієї інформації про особу, яку було зібрано компанією “Home atHeart” або з інших джерел за умовами програми, що містяться в окремому файлі даних, зазначаючи їх наявність та статус у цій програмі.

2. Дані є приватними, якщо вони стосуються фізичних осіб і класифікуються як приватні згідно із законом штату або федеральним законом. Доступ до приватних даних дозволяється лише наступним особам:

- a. Фізичній особа, яка є власником цих даних або її законному представнику.
- b. Будь-кому, кому фізична особа надає підписану згоду на перегляд даних.
- c. Працівникам системи соціального забезпечення, завданням яких є отримати обґрунтоване пояснення прохання доступу до приватних даних. Сюди входять і працівники компанії America Homecare Inc.
- d. Будь-кому, хто має законні підстави на перегляд даних.
- e. Дані, зібрані в системі соціального забезпечення про осіб, вважаються даними про благополуччя. Дані про благополуччя - приватні дані фізичної особи, що включають в себе і медичну оцінку про стан здоров'я.

До установ соціального забезпечення належать: Департамент соціального захисту населення; місцеві установи соціальних служб разом із уповноваженим з прав захисту людини; повітові служби соціального забезпечення; інформаційні стенди соціальних служб; Офіс Омбудсмена з питань психічного здоров'я та відхилень у розвитку; а також фізичні та юридичні особи, які офіційно працюють у будь-якій із зазначених вище установ; сюди відноситься і компанія “Home at Heart” та інші дипломовані особи, що здійснюють догляд, надаючи спільні послуги одній і тій же особі.

f. Після отримання поінформованої згоди від особи або законного представника, не існує заборони на обмін даними про соціальне забезпечення з іншими особами або організаціями в рамках системи соціального забезпечення для планування, розробки, координації та впровадження необхідних послуг.

3. А. Дані, створені до смерті особи, зберігають таку ж юридичну силу і класифікацію (публічну, приватну, конфіденційну) і після її смерті.

В. У момент початку надання послуг, особі або представнику, який діє від її імені, буде надано “Повідомлення про захист конфіденційності” від America Homecare, Inc. Наш персонал задокументує той факт, що ця інформація була надана фізичній особі та/або її законному представнику в індивідуальному реєстрі.

С. Отримання Інформованої Згоди або Дозволу на Поширення та Розголошення Інформації

1. Під час отримання інформованої згоди, наш персонал повинен повідомити фізичну особу або її законного представника про наступне:

a. з якою метою збираються дані.

b. намір організації використання інформації.

c. відмову особи у наданні даних третім сторонам, а також законні підстави, за яких особа немає права у цьому відмовляти.

d. можливі наслідки надання або відмови в розголошенні інформації; і кому організація по збору даних має право розповсюджувати дані згідно чинного законодавства. Що може зробити фізична особа у випадку, якщо вона не впевнена, що її дані вірні чи точні.

e. можливість фізичної особи переглянути та отримати копію даних, зібраних про неї; інші права, які має особа відповідно до типів збору інформації.

2. Належна форма інформативної згоди або дозвіл про розголошення інформації мають включати в себе наступні фактори (за умови, якщо щось інше не передбачено стандартами HIPAA щодо конфіденційності інформації, які містять відомості про стан здоров'я 45 C.F.R. розділу 164):

a. написання доступною мовою.

b. датування.

c. призначення установи або особи, що має отримати інформацію.

- d. зазначення інформації, яку буде розголошено.
- e. зазначення конкретної установи або особи, яка оприлюднить інформацію.
- f. зазначення цілей, для яких інформація буде використана наразі та у майбутньому.
- g. дійсну дату придатності, що становить термін не більше року.
- h. визначення наслідків для фізичної особи підписання інформативної згоди, включаючи “Наслідки: Я усвідомлюю, що федеральні закони та закони штату захищають мої записи. Я усвідомлюю:

- ☐ Чому мене попросили про розголошення цієї інформації.
- ☐ Я маю право не надавати дозвіл на оприлюднення інформації, але у разі відмови America Homecare не матиме змоги надавати необхідні мені послуги.
- ☐ Якщо я не заперечуватиму, потрібна інформація не буде розголошена до того часу, доки це не дозволить чинне законодавство.
- ☐ Я можу зупинити цю домовленість у будь-який момент, надавши письмове підтвердження свого рішення, але це ніяким чином не вплине на вже оприлюднену America Homecare Inc. інформацію.
- ☐ Особа чи особи, а також установи, які отримують мою інформацію, можуть передати її іншим.
- ☐ Якщо моя інформація передається іншим сторонам компанією America Homecare, Inc., вона може більше не захищатися цим дозволом.
- ☐ Ця згода втратить свою чинність через рік з моменту її підписання, якщо законом не передбачений більш тривалий період.”

- i. збереження усієї документації про інформовану згоду в індивідуальному реєстрі споживача.

D. Доступ Персоналу до Приватних Даних

1. Ця політика поширюється на весь персонал програми, волонтерів та осіб чи агентств за договором з America Homecare, Inc. (платних або безоплатних).
2. Персонал не має вільного доступу до приватних даних про фізичних осіб, яких обслуговує “Home at Heart”, або про інших працівників або співробітників агентства. Персонал повинен мати конкретну робочу необхідність в інформації. Приватні дані про осіб доступні лише тим працівникам програми, робочі завдання яких обґрунтовано вимагають доступу до даних, або які уповноважені законом мати доступ до даних.
3. Будь-який письмовий або усний обмін персональною інформацією фізичної особи персоналу з іншими працівниками або будь-якими іншими особами, буде здійснюватися таким чином, щоб зберегти та захистити конфіденційність, поважаючи гідність особи, приватні дані якої підлягають розголошенню.
4. Як правило, сумніви в правильності обміну інформацією повинні передаватися керівнику.

Е. Індивідуальний доступ до приватних даних. Фізичні особи або їх законні представники мають право отримати доступ до приватних даних та ознайомлення з особистим досьє.

1. Під час огляду буде присутній наш співробітник, який зробить запис у відомостях про хід роботи щодо особи, яка отримала доступ до досьє, дати та часу огляду, а також перерахує всі копії, зроблені із нього.

2. Фізична особа може оскаржити точність або повноту інформації, що міститься в записі. У такому разі наш співробітник надасть пояснення щодо політики подання скарг.

3. Фізична особа може запросити копії сторінок її персональної справи.

4. Жодна людина, законний представник, співробітник або будь-хто інший не може остаточно видалити або знищити будь-яку частину запису про фізичну особу. людину.

Г. Можливість отримання менеджером доступу до приватних даних. Менеджер з особистих справ має доступ до персональних даних фізичних осіб, які отримують послуги у догляді, згідно наступних умов, зазначених у розділі 245D.095, підрозділі 4.C. “Запит Інформації у інших Ліцензованих Опікунів або Постачальників Первинної Медичної Допомоги”:

1. Заповніть додаток до форми на дозвіл розголошення інформації. Уважно перелічіть усі необхідні консультації, звіти чи оцінки, за можливості вказуючи конкретні дати їх проведення та надання. Також зазначте причину отримання дозволу.

2. Вкажіть конкретного одержувача інформації. Якщо інформацію необхідно надіслати медичному консультанту програми або іншому її співробітнику, уважно зазначте ім'я особи, яка має отримати інформацію, а також назву та адресу організації, що керує програмою.

3. Переконайтеся, що поінформована згода на передачу запитуваних приватних даних фізичній або юридичній особі була отримана від цієї особи або її законного представника.

4. Зберігайте всі документи в особовій справі. Після припинення трудових відносин із “Home at Heart” з будь-якої причини чи без неї, колишні співробітники повинні продовжувати захищати конфіденційність інформації про стан здоров'я клієнта. Усі працівники, які припиняють співпрацювати із організацією, повинні негайно повернути своєму керівнику всі документи та носії інформації, що містять дані клієнтів про охорону здоров'я. Всі звільнені працівники ніколи не повинні розкривати без належного дозволу або відповідно до законодавства будь-яку захищену клієнтом інформацію про здоров'я після припинення трудових відносин з “Home at Heart”.

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

У результаті Вашого працевлаштування в America Homecare, Inc. Ви отримаєте та матимете доступ до конфіденційної інформації, що належить America Homecare, Inc., яка має особистий та унікальний характер, а також високу цінність, що стосується таких аспектів, як бази даних клієнтів “Home at Heart”, контрактів, та іншої інформації (включаючи і ту, що не є обмеженою у доступі, містить особисті та контактні дані, а також інформацію про стан здоров'я); працівників та інформації про виплату компенсацій; рахунки; комерційні таємниці; процедури; посібники (враховуючи і цей); інформацію про вартість послуг; дані про клієнтів; ведення бухгалтерського обліку; політику офісу; фінансову інформацію, дані, записи та звіти; дані про здійснення продажів та витрати; загальні і чіткі бізнес-плани;

списки потенційних клієнтів; вже існуючі та потенційні ділові можливості; конфіденційні звіти; судові процеси та інші юридичні питання; інтелектуальна власність; а також інша важлива інформація для ведення бізнесу “Home at Heart”. “Home at Heart” очікує від своїх працівників відповідального ставлення до захисту та збереження конфіденційної інформації. Вся подібна інформація зберігатиметься в найсуворішій таємниці і буде передаватися лише уповноваженими працівниками особам, які визнають зобов’язання щодо конфіденційності та у письмовій формі нададуть згоду про їх дотримання.

Усі запити про надання будь-якої інформації стосовно будь-якого працівника або клієнта “Home at Heart” мають передаватися безпосередньо до генерального директора. Лише генеральний директор або уповноважена ним особа має право надавати інформацію, що стосується адміністративних, технічних або фінансових даних, пов’язаних з діяльністю “Home at Heart” та/або будь-яку інформацію (включаючи, і ту, що не є обмеженою у доступі, або пов’язана з медичним обслуговуванням) стосовно співробітників та клієнтів America Homescare, Inc. Якщо будь-який представник засобів масової інформації (газети, телебачення, радіо) вимагає будь-якої інформації, такий запит повинен бути переданий генеральному директору.

В якості умови Вашого працевлаштування в America Homescare, Inc. Ви погоджуєтесь, що вся конфіденційна інформація, описана в цьому посібнику, та/або будь-яка інша інформація, про яку Ви знаєте, являє собою конфіденційну або приватну інформацію щодо компанії America Homescare, Inc., дані про будь-якого клієнта або працівника America Homescare Inc. є виключною власністю America Homescare, Inc. і що Ви ні в якому разі не будете використовувати, розголошувати чи оприлюднювати її кому-небудь, за винятком лише відповідального виконання своєї роботи, незалежно від того, була така інформація визначена як “конфіденційна” або “приватна”.

Будь-яке порушення цих обмежень конфіденційності є підставою для притягнення до дисциплінарної відповідальності, включаючи негайне звільнення.

**МЕМОРАНДУМ ПРО ВЗАЄМОРОЗУМІННЯ (MOU) МІЖ
КОМПАНІЄЮ AMERICA HOMECARE INC. (ФІСКАЛЬНИЙ
ПОСЕРЕДНИК) ТА СПОЖИВАЧЕМ/ЗАКОННИМ
ПРЕДСТАВНИКОМ**

Метою програми CDPAP є надання хронічно хворим та/або людям з особливими потребами широкого спектру послуг у догляді вдома за програмою медичною підтримки. Задля участі у програмі CDPAP, клієнти мають чітко усвідомлювати свої можливості, права і обов'язки.

ОБОВ'ЯЗКИ ФІСКАЛЬНОГО ПОСЕРЕДНИКА

Фіскальний посередник має виконувати наступні обов'язки:

1. Опрацьовувати фінансові питання компанії, включаючи рівень заробітних плат та пільг кожного свого співробітника; сплачувати необхідні податки із заробітних плат та виконувати вимоги щодо виплат страхових компенсацій працівникам у випадку втрати працездатності або безробіття.
2. Забезпечити медичне оцінювання стану здоров'я кожному співробітнику, який має надавати клієнту послуги у догляді, згідно розділу 10 частин 766.11(c) та (d) Нью-Йоркських кодексів, правил та положень (NYCRR), або згідно будь-якого іншого нормативного акту, що здатен його замінити.
3. Вести облік справ стосовно кожного працівника програми CDPA, що має включати в себе, як мінімум, облік відпрацьованих годин, медичну оцінку стану здоров'я, необхідної згідно вимог розділу 10 частин 766.11(c) та (d) Нью-Йоркських кодексів, правил та положень (NYCRR), або згідно будь-якого іншого нормативного акту, що здатен його замінити, а також потрібну інформацію для нарахування заробітної плати та пільг.
4. Вести облік справ стосовно кожного клієнта, включаючи копії первинних дозволів, повторних дозволів, а також підписаних контрактів між клієнтом та фіскальним посередником.
5. Отримати письмову згоду від клієнта, в якій чітко зазначено обов'язки клієнта згідно розділу 18 частини 505.28 Нью-Йоркських кодексів, правил та положень (NYCRR). Докладіть максимум зусиль, щоб сповістити МСО, якщо фіскальному посереднику стане відомо, що клієнт програми потрапив на вищий рівень допомоги, такий як перебування у стаціонарній лікарні або надання допомоги кваліфікованим медичним працівником. Відслідковувати реєстрації в МСО 1-го та 15-го числа кожного місяця, за умови, що такий контроль з боку фіскального посередника не звільняє МСО від зобов'язання надавати фіскальному посереднику відомості про відмову клієнта у реєстрації в МСО, або у випадку встановлення факту, що споживач більше не має права брати участь у програмі CDPAP.
6. Контролювати здатність клієнта або його законного представника виконувати свої обов'язки в рамках програми індивідуальної допомоги, націленої на споживача, одразу ж повідомляти МСО, у випадку, якщо фіскальний посередник дізнається про будь-які обставини, які можуть вплинути на здатність клієнта або його законного представника виконувати свої обов'язки.
7. Дотримуватися чинних норм Департаменту охорони здоров'я штату Нью-Йорк (NYSDOH) щодо обов'язків представників надання послуг, залучених до програми медичної допомоги.
8. Заклучити угоду з клієнтом, в якій чітко зазначено, що споживач або його законний представник несе повну відповідальність за виконання наступних обов'язків:

ОБОВ'ЯЗКИ СПОЖИВАЧА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА

Споживач/Законний Представник має виконувати наступні обов'язки:

1. Усвідомлювати призначення CDPAP та обов'язки MCO/MLTC/LDSS, фіскального посередника (ФП), а також споживача/законного представника.
2. Відповідати за проведення співбесід, найм, навчання або тренування, складання робочих графіків, контролювання та звільнення у разі потреби за власним бажанням тієї кількості особистих помічників, яка є необхідною для задоволення потреб.
3. Підтримувати вдома належну атмосферу для комфортної співпраці з особистим помічником (ОП), а також у разі необхідності надавати йому консультації належного виконання процедур у догляді. Обговорити план догляду із кожним ОП, в якому зазначені його обов'язки, та бути впевненим, що ОП буде виконувати поставлені перед ним задачі лише у зазначений для цього час.
4. Дотримуватися чинного законодавства про працю, забезпечуючи для всіх особистих помічників рівні можливості працевлаштування, як це зазначено в угоді між споживачем з фіскальним посередником CDPAP.
5. Повідомляти MCO/MLTC/LDSS та ФП про будь-які зміни стану або соціального статусу, враховуючи окрім цього інформацію про госпіталізацію, зміну адреси проживання та номеру телефону.
6. Забезпечити чітке та своєчасне надання потрібної документації ОП фіскальному посереднику, включаючи звіти про відпрацьовані години, щорічні медичні оцінки стану здоров'я помічників та необхідні папери щодо працевлаштування.
7. Розробити та запровадити план подальших дій у разі виникнення екстреної ситуації, щоб мати можливості отримати належний догляд.
8. Переконаватися, що кожен ОП надав достовірний щотижневий звіт відпрацьованих годин, підтверджувати цю інформацію власним підписом.
9. Надавати кожному ОП чек заробітної плати.
10. Співпрацювати з MCO/MLTC/LDSS та дотримуватися правил програми Medicaid, щоб мати змогу отримувати медичну оцінку.
11. Споживач та/або його законний представник має нести повну відповідальність за: управління планом у догляді, затвердженим MCO, включаючи набір та найм бажаної кількості помічників для надання необхідних послуг у догляді, що зазначено умовами договору, затвердженим MCO; проведення навчання, тренування або контролювання ОП, складання робочих графіків ОП та звільнення у разі потреби за власним бажанням; та гарантування того, що кожен ОП, який надає послуги у догляді, виконує роль помічника у виконанні домашніх справ та надання медичних послуг, виконує їх відповідно потреб та вимог договору.
12. Повідомляти MCO/MLTC/LDSS впродовж робочих 5 днів про зміни у стані здоров'я та соціального статусу споживача, враховуючи окрім цього інформацію про госпіталізацію, зміну адреси проживання та номеру телефону.
13. Вчасно повідомляти ФП про будь-які зміни у співпраці з кожним ОП.
14. Переконаватися у достовірності звітів відпрацьованих годин кожного ОП.
15. Передавати звітність відпрацьованого робочого часу ОП згідно політики та процедур ФП.
16. Вчасно сплачувати заробітну плату кожному ОП.
17. Знайти та затвердити належну заміну свого ОП у тому випадку, якщо він не зможе надавати послуг у догляді з будь-якої причини.
18. Визнати і погодитись, що: (1) кожна особа, яка прямо чи опосередковано отримує переплату від програми Medicaid, зобов'язана повідомити про це та повернути переплату впродовж 60 днів з моменту встановлення цієї переплати. В іншому випадку зазначена особа буде притягнута до відповідальності у вигляді відшкодування нанесених збитків у трикратному розмірі та сплатенні штрафів згідно Закону Про Надання Неправдивих Свідчень та свідчень свідків; та (2) що офіс Генерального Інспектора або MCO можуть

призупинити грошові виплати ФП та ОП, у разі необхідності, на час проведення розслідування з питань шахрайства щодо фіскального посередника та особистого помічника, лише якщо штатом буде встановлена причина неможливості призупинення грошових виплат.

19. Дотримуватися чинного законодавства про працю, забезпечуючи для всіх особистих помічників рівні можливості працевлаштування.
20. Повідомляти ФП або MCO/MLTC/LDSS про будь-яке розголошення інформації, яку MCO/MLTC/LDSS зобов'язались захищати та не розголошувати. Такі дані мають надзвичайну цінність та не повинні бути оприлюднені чи у вільному доступі, оскільки класифікуються як Приватна Інформація. Приватна інформація включає компенсаційні погодження між MCO/MLTC/LDSS та ФП, грошову вартість виплат фіскального посередника ОП, та будь-яку іншу інформацію щодо ведення бізнесу MCO/MLTC/LDSS і не є публічною.

ОБИДВІ СТОРОНИ ПРИЙМАЮТЬ ВИЩЕЗАЗНАЧЕНІ РОЛІ ТА ОБОВ'ЯЗКИ В CDRAP

ПРОГРАМА НАДАННЯ ПОСЛУГ У ДОГЛЯДІ

ЗАЯВА-ЗГОДА НА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

Своїм підписом я затверджую те, що співробітник **America Homecare Inc.** пояснив мені умови надання послуг у догляді відповідно до програми CDPAP. Я розумію обов'язки всіх задіяних сторін та погоджуюсь їх дотримуватися. Інформація, що була пояснена мені, стосується:

- ☐ Медичної Оцінки Моїх Потреб
- ☐ Проведення Співбесід та Найму Особистих Помічників
- ☐ Змісту Реклами Підбору Працівників
- ☐ Заявок Претендентів
- ☐ Проведення Співбесід
- ☐ Перевірки Рекомендаційних Листів
- ☐ Найму та Звільнення Мого Особистого Помічника
- ☐ Додаткових Помічників
- ☐ Вирішення Конфліктів
- ☐ Захисту Власності та Особистої Безпеки
- ☐ Підготовки Мого Особистого Помічника
- ☐ Повідомлення про Зміну Адреси Проживання, Номеру Телефону або Робочих Годин Мого Особистого Помічника
- ☐ Контролювання та Письмове Підтвердження Відпрацьованих Годин Особистим Помічником, а також Своєчасне Надання Звітності про Відпрацювання Робочого Часу

- ☐ Я підтверджую, що я буду зустрічатися із претендентами та проводити співбесіди з ними відповідно до наданих інструкцій в рамках програми. Я розумію, що несу повну відповідальність за заповнення необхідних паперів.
- ☐ Я підтверджую та приймаю ролі та зобов'язання, зазначені у меморандумі взаєморозуміння

Підпис Споживача

Представник Споживача

Підпис Представника Програми

Дата

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ОТРИМАННЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗАХИСТ
КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Я підтверджую, що мені було надано копію “Повідомлення про захист конфіденційності” від America Homecare, Inc., в якому зазначені умови захисту та оприлюднення конфіденційної інформації, а також те, що мені була надана можливість задавати питання щодо будь-чого, що мені було незрозуміло.

Підпис: _____

ПІБ: _____

Дата: _____