



**СОГЛАШЕНИЕ О ПРОГРАММЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ, КОТОРОЙ УПРАВЛЯЕТ ЗАКАЗЧИК,
МЕЖДУ ЗАКАЗЧИКОМ / НАЗНАЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ
И ПЛАНом МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Имя и фамилия Заказчика: _____

Имя и фамилия Назначенного представителя (если таковой имеется): _____

Название Плана медицинского страхования: **Aetna Better Health of New York**

**I. СОГЛАШЕНИЕ О ПРОГРАММЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, КОТОРОЙ
УПРАВЛЯЕТ ЗАКАЗЧИК (CDRAP)**

Программа индивидуальной помощи, которой управляет заказчик («Программа»), — это программа для получателей помощи Medicaid («Заказчики»), которым требуются услуги ухода на дому, в том числе помощь с личным уходом, определенные виды медицинского обслуживания на дому и квалифицированный сестринский уход.

Программа обеспечивает для Заказчиков дополнительную гибкость и свободу выбора, позволяя им управлять уходом за собой, в том числе выбирать своих личных помощников из числа одобренных Планом медицинского страхования.

Для участия в Программе Заказчики должны быть в состоянии управлять уходом за собой, а также понимать и исполнять обязанности Заказчика в рамках Программы либо иметь Назначенного представителя, который будет делать это за них. Кроме того, Заказчик или Назначенный представитель должны понимать роли и обязанности Плана медицинского страхования и Финансового посредника штата в рамках Программы.

Если не указано иное, термин «Заказчик» в тексте данного соглашения также относится к Назначенному представителю Заказчика, когда таковой имеется. В зависимости от контекста термины «я», «мой» и т. п. в тексте данного соглашения относятся к Заказчику либо Назначенному представителю Заказчика, если таковой имеется.

В данном соглашении определены роли и обязанности Заказчика и Плана медицинского страхования в рамках Программы. Для участия в Программе Заказчик должен подписать данное соглашение, тем самым подтверждая, что он понимает эти роли и обязанности. Кроме того, Заказчик должен заключить отдельное соглашение с Финансовым посредником штата (SFI) по своему выбору, в котором будут указаны роли и обязанности Заказчика и SFI.

II. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА / НАЗНАЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Как Заказчик, участвующий в Программе, я обязуюсь:

1. Прочитать и понять данное соглашение, а также роли и обязанности Плана медицинского страхования, SFI и Заказчика в рамках Программы.
2. Сотрудничать с SFI в качестве финансового посредника. Я понимаю, что могу принять решение о сотрудничестве с одним из [координаторов программы CDPAP](#), заключивших контракт с SFI, но SFI будет единственным финансовым посредником, с которым я могу работать.
3. Управлять планом ухода за собой.
4. Самостоятельно набирать, нанимать, обучать, контролировать квалифицированных лиц по моему выбору в необходимом количестве, которые будут выступать моими личными помощниками, из числа одобренных Планом медицинского страхования, а также составлять графики для них.
5. Иметь резервный план для замены личного помощника в случае его временной недоступности по любой причине.
6. Поддерживать надлежащие условия дома.
7. Ознакомить всех личных помощников с планом ухода и их обязанностями.
8. Обеспечить безопасное и качественное выполнение моими личными помощниками только тех задач, которые предусмотрены планом ухода, в одобренные часы.
9. Соблюдать трудовое законодательство и обеспечивать равные возможности трудоустройства, как указано в соглашении Заказчика с SFI в рамках CDPAP.
10. Сообщать Плану медицинского страхования и SFI в течение 5 рабочих дней обо всех изменениях состояния и условий, включая, в частности, госпитализации, отпуска, изменения адреса и номера телефона.
11. При необходимости увольнять личных помощников.
12. Сообщать SFI обо всех изменениях трудовых отношений с личными помощниками.
13. Обеспечивать отправку SFI в рамках CDPAP необходимых документов моих личных помощников, включая результаты ежегодной оценки состояния здоровья работников и документы, требуемые для трудоустройства.
14. Обеспечивать соблюдение моими личными помощниками требований электронного подтверждения посещений (EVV), в том числе приведенных в [Правилах и требованиях Программы касательно EVV](#).
15. Удостоверять правильность данных о времени работы моих личных помощников либо через систему данных EVV SFI или приложение SFI Time4Care, либо заверяя подписью их табели рабочего времени.

16. Выдавать личным помощникам расчетные чеки, если необходимо.
17. Соблюдать требования для участия в Программе, в том числе проходить при необходимости оценку и повторную оценку.
18. Сообщать плану медицинского страхования обо всех излишних либо неверных платежах программы Medicaid моим личным помощникам и предпринимать все необходимые действия, чтобы поспособствовать их возврату.

III. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ, ВОЗЛАГАЕМЫЕ ТОЛЬКО НА НАЗНАЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

В дополнение к указанным выше обязанностям, которые я как Назначенный представитель должен исполнять от имени Заказчика, я обязуюсь:

1. Гарантировать своевременное исполнение обязанностей заказчика.
2. Обеспечить свою доступность и присутствовать во время всех запланированных оценок и посещений независимого инспектора, медицинского эксперта или представителя плана медицинского страхования в случае, когда участник не управляет уходом за собой самостоятельно.

IV. ОБЯЗАННОСТИ ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

План медицинского страхования обязан предоставить Заказчику письменные информационные материалы, описывающие роли и обязанности Заказчика, на основании которых он сможет принять решение о получении услуг в рамках Программы. Кроме того, План медицинского страхования обязуется:

1. Определить право Заказчика на участие в Программе (это не относится к Назначенному представителю) и необходимость одобрения услуг ухода на дому или личного ухода после каждой оценки или повторной оценки.
2. Определить способность и желание Заказчика брать на себя все обязанности, связанные с участием в CDPAP, или наличие Назначенного представителя, способного и желающего действовать от имени Заказчика.
3. После каждой оценки или повторной оценки обсуждать и документировать план Заказчика или Назначенного представителя, чтобы обеспечить доступность ресурсов поддержки, соответствующих потребностям Заказчика.
4. Совместно с Заказчиком или Назначенным представителем после каждой оценки или повторной оценки разработать персонализированный план ухода, в котором будут указаны задачи личных помощников.
5. Хранить копию плана ухода в деле Заказчика и предоставить его копию Заказчику и/или Назначенному представителю.
6. Одобрять услуги требуемого типа в требуемом объеме и количество часов услуг, на которое Заказчик имеет право.

7. Давать разрешение только на услуги в рамках Программы, предоставляемые через SFI.
 8. Проводить расследование, если SFI сообщает, что заказчик не выполняет свои обязанности.
 9. Регулярно оценивать потребности Заказчика в личном уходе, медицинском обслуживании на дому и других услугах.
 10. Уведомлять Заказчика и Назначенного представителя о том, что объем услуг в рамках Программы уменьшается либо их предоставление прекращается, когда план медицинского страхования определяет, что такие услуги больше не являются целесообразными, и направлять Заказчика в другие подходящие программы в соответствующих случаях.
 11. Предоставить Заказчику и Назначенному представителю соответствующее уведомление о процедуре беспристрастного слушания.
-

ВСЕ СТОРОНЫ ПРИНИМАЮТ РОЛИ И ОБЯЗАННОСТИ ДЛЯ УЧАСТИЯ В CDRAP, КАК ОПИСАНО ВЫШЕ. ИСПОЛНЕНИЕ РОЛЕЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ЗАКАЗЧИКА ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ. В СЛУЧАЕ НЕИСПОЛНЕНИЯ РОЛЕЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ЗАКАЗЧИКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕКРАЩЕНО.

Подписи

Заказчик

Дата

Назначенный представитель (если таковой имеется)

Дата

Представитель Плана медицинского страхования

Дата