

가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) Medicaid 면제 프로그램에 참여하는 모든 개인은 면제 서비스의 제공과 관련된 특정 권리와 면제 서비스를 받기 위한 특정 책임을 갖게 됩니다.

면제 프로그램 참여자의 권리

귀하는 면제 프로그램 참여자로서 다음의 권리를 가집니다.

1. 면제 서비스를 받기 전에 참여자의 권리를 안내받습니다.
2. 인종, 종교, 피부색, 신념, 성별, 출신 국가, 성적 지향, 혼인 상태, 장애 여부와 관계없이 서비스를 받습니다.
3. 배려, 존엄, 존중을 바탕으로 개인으로서 대우받습니다. 사람, 거주, 소유물을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.
4. 참여자의 건강과 복지를 지원하기 위해 제공되는 서비스를 받습니다.
5. 합리적인 위험을 예상하고 이러한 경험으로부터 학습할 기회를 가집니다.
6. 면제 프로그램에서 이용할 수 있는 모든 서비스와 참여자에게 도움이 될 수 있는 기타 건강 및 지역사회 자원에 대한 설명을 제공받습니다.
7. 서비스 계획 변경을 포함하여 모든 서비스 계획의 작성, 검토 및 승인에 참여하거나 귀하를 대신해 참여할 사람을 지명할 수 있습니다.
8. 서비스 조정 제공자를 선택할 수 있습니다.

참고: 면제 프로그램 참여자에게는 구체적인 서비스 담당 직원이 아닌 제공 기관을 선택할 수 있는 권리가 주어집니다.

9. 서비스 코디네이터의 도움을 받아 다른 기관의 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. 서비스 코디네이터가 근무하는 곳과 같은 기관에서 다른 서비스의 대부분을 선택할 수는 없습니다.

참고: 면제 프로그램 참여자에게는 구체적인 서비스 담당 직원이 아닌 제공 기관을 선택할 수 있는 권리가 주어집니다.

10. 언제든지 서비스 변경(추가, 확대, 축소 또는 중단)을 요청할 수 있습니다.
11. 결정 통지서를 받은 후 또는 NHTD 또는 TBI 면제 프로그램의 참여자 자격이 있는 동안 언제든지 RRDC와의 회의 및/또는 청문회를 요청할 수 있는 절차에 대한 모든 정보를 안내받습니다.
12. 서비스 계획에 따라 귀하에게 서비스를 제공하는 사람의 이름과 의무를 안내받습니다.
13. 귀하의 일정과 활동을 관리할 자유가 있고 이를 위한 도움을 받을 수 있습니다.
14. 승인되고 자격이 있는 개인으로부터 서비스를 받습니다.
15. 서비스 코디네이터로부터 모든 면제 서비스 제공자, RRDS, 면제 불만 제기 연락처의 이름, 전화번호, 운영 시간 및 감독자 목록을 서면으로 받습니다.
16. 행동의 결과와 잠재적 위험에 대해 완전히 안내받고 이해한 후 케어, 치료 및 서비스를 거부할 수 있습니다.
17. 개인 기록의 기밀 유지를 비롯하여 개인정보를 보호할 수 있으며, 의료 시설을 옮기거나 법률 또는 Medicaid 요건에 의해 요구되는 경우를 제외하고, 해당 기록을 받도록 승인되지 않은 사람을 위한 정보 공개를 거부할 권리가 있습니다.
18. 제공된 서비스와 관련된 우려 사항에 대해 불만을 제기할 수 있습니다.
19. 서비스 코디네이터의 지원과 지시를 받아 서비스 및 서비스 제공자에 대한 우려 사항과 불만을 해결할 수 있습니다.

면제 프로그램 참여자의 권리(계속)

20. 자신이 원하거나 서비스 코디네이터가 서비스 및 서비스 제공자에 대한 우려 사항 및 불만을 해결하지 못한 경우, RRDS 및 DOH 면제 프로그램 담당자의 추가적인 지원과 안내를 받을 수 있습니다.
21. 불만 제기에 대한 답변을 받고 결과를 안내받습니다.
22. 귀하가 보복에 대한 두려움 없이 이 문서에 명시된 모든 권리를 행사할 수 있도록 서비스 제공자의 보호와 도움을 받을 수 있습니다.
23. 이 문서에 명시된 모든 권리와 책임을 법원에서 지정한 법적 보호자, 변호사 또는 귀하가 귀하를 대리하도록 선택한 사람에게 양도할 수 있습니다.
24. 면제 프로그램 참여자로서 겪은 경험에 대해 묻는 설문조사에 참여할 수 있습니다. 여기에는 면제 프로그램에 대한 지속적인 참여에 지장을 주지 않고 설문조사 응답을 거부할 권리도 포함됩니다.
25. 보복의 두려움 없이 이 문서에 기재된 모든 권리를 행사할 수 있습니다.

면제 프로그램 참여자의 책임

귀하에게는 면제 프로그램 참여자로서 다음의 책임이 있습니다.

1. 서비스 계획의 시기적절한 재승인을 위해 서비스 코디네이터와 함께 서비스 계획을 작성/수정합니다.
2. 서비스 계획에 명시된 면제 서비스에 직접 적극적으로 참여하고 적어도 한 달에 한 번 이상 서비스 조정을 받습니다.
3. 서비스 계획을 따르고 문제가 발생하는 경우 서비스 코디네이터에게 알립니다.
4. 서비스 또는 목표를 변경하려는 경우 서비스 코디네이터나 다른 면제 프로그램 제공자에게 알립니다.
5. 모든 처방 및 비처방 약을 포함하여 완전하고 정확한 의료 기록과 알고 있는 모든 지식을 제공하고 케어에 대한 귀하의 결정과 관련된 위험을 이해합니다.
6. 귀하와 관련된 모든 치료 및 개입을 서비스 코디네이터에게 알립니다.
7. 지역사회에서 안전하게 거주할 수 있도록 가정을 관리합니다.
8. 적절한 지역사회 거주지를 확보하고 유지합니다.
9. 서비스를 이해하지 못한 경우 질문합니다.
10. 어떤 범죄 행위에도 가담하지 않습니다. 범죄 행위에 가담하는 경우 서비스 제공자가 그만둘 수 있고, 경찰이 출동할 수 있고, 면제 프로그램의 지속에 지장이 있을 수 있다는 점을 이해해야 합니다.
11. 건강 상태, 상황, 비공식적 지원, 공식적 지원과 관련된 변경 사항을 서비스 코디네이터에게 보고합니다.
12. Medicaid, Medicare 또는 기타 의료와 관련된 보험 프로그램에 대한 지역사회 복지부(Local Department of Social Services)의 통지서를 포함하여 Medicaid의 보장과 관련된 정확한 정보를 서비스 코디네이터에게 제공합니다.
13. Medicaid 자격 유지를 위해 서비스 코디네이터와 협력합니다.
14. 예정된 서비스 방문을 변경하거나 재예약해야 하는 경우 최대한 빨리 모든 제공자에게 알립니다.
15. 문제가 발생하거나 제공된 서비스에 불만이 있는 경우 적절한 담당자에게 알립니다.
16. 배려, 존엄, 존중을 바탕으로 RRDS 및 서비스 제공자를 대합니다. 직원과 건물 등의 자산에 대한 존중과 배려를 보입니다. RRDS나 서비스 제공자에게 적대적인 분위기를 조성하지 않습니다.

본인은 면제 프로그램 참여자의 권리와 책임을 읽었거나 다른 사람이 본인에게 해당 내용을 읽어주었으며, 서술된 내용과 목적을 이해했습니다. 본인은 상기된 책임 및/또는 본인이 서명한 현재 서비스 계획을 이행하지 않은 경우 면제 서비스가 중단되고 면제 프로그램이 종료될 수 있다는 점을 이해합니다

_____ 신청자/참여자	_____ 서명	_____ 날짜
_____ 법적 보호자/위원회(해당하는 경우)	_____ 서명	_____ 날짜
_____ 공인 대리인(해당하는 경우)	_____ 서명	_____ 날짜
_____ 서비스 코디네이터 이름	_____ 서명	_____ 날짜

참조: 모든 기존 면제 서비스 제공자