



الغرض: يتولى منسق الدعم (SC) مسؤولية إكمال ملء نموذج التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP) لإعفاء المتوحد البالغ أثناء ما يلي:

- اجتماعات خطة الدعم الفردية (ISP) الأولية.
- اجتماعات تحديث خطة الدعم الفردية (ISP) ومراجعتها السنوية.

تعليمات إكمال ملء نموذج التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP)

أكمل ملء نموذج التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP) في نهاية الاجتماع.

- يجب على منسق الدعم (SC) إكمال جميع المربعات الموجودة أعلى الصفحة.
- إذا وافق المشاركون على التغييرات المقترحة في الاجتماع، سيختار المشاركون مربع "نعم"، وسيُوقَّع وسيكتب اسمه بأحرف واضحة. وإذا كان هناك ممثلًا عن المشارك، فيجب عليه أيضًا التوقيع وكتابة اسمه مع توضيح صلته بالمشارك.
- سيساعد منسق الدعم (SC) الفرد أو ممثله في التوقيع بالأحرف الأولى في مربع التوقيع بالأحرف الأولى، تأكيدًا على صحة البنود الواردة من 1 إلى 15. ويتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية التأكد من صحة كل بند من البنود الخمسة عشر المذكورة ومن حدوثها أثناء اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP). إذا شعر المشارك و/أو ممثله بأن أي بند من تلك البنود غير صحيحة، يجب على المشارك و/أو ممثله عدم التوقيع بالأحرف الأولى عليها، ويجب عليه إكمال ملء "الملاحظات" في الصفحة 2.
- يُرجى إدراج أي تحديثات في بيانات المشارك الديموغرافية في أسفل الصفحة، ودمج تلك المعلومات ضمن قسم البيانات الديموغرافية في خطة الدعم الفردية (ISP) للمشارك.
- يجب على منسق الدعم (SC) استخدام المعلومات الواردة أدناه لشرح كل بند للمشارك و/أو ممثله شرحًا واقعيًا قبل مطالبتهما بالتوقيع بالأحرف الأولى في مربع التوقيع بالأحرف الأولى.

الوصف	الأسئلة المذكورة في صفحة التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP)
1. حضرت اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP) وقُدِّنته بنفسه، متى أمكن.	من الأهمية بمكان أن يحضر المشارك اجتماعه وأن يقوده بنفسه -متى أمكن- ويجب عدم تفويض أولياء الأمور أو الأوصياء أو الممثلين أو غيرهم بذلك إلا عندما يطلب المشارك ذلك. إذا كان المشارك غير قادر على قيادة اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP) بنفسه، يُرجى توثيق سبب ذلك في ملاحظة خدمية. وإذا لم يحضر المشارك الاجتماع، فيجب على المشارك التوقيع على هذا النموذج للإقرار بالوقت الذي راجع فيه منسق الدعم (SC) نتائج الاجتماع معه.
2. يضم فريق خطة الدعم الفردية (ISP) أفرادًا من اختياري.	يجب ألا يضم فريق خطة الدعم الفردية (ISP) سوى الأفراد الذين اختارهم المشارك.
3. حضر مترجم فوري، إذا لزم الأمر.	إذا احتاج المشارك إلى مترجم فوري، فيلزم حضور مترجمًا فوريًا. ويُشير مصطلح "لا ينطبق" إلى أن المشارك لم يحتج إلى مترجم فوري.
4. راجعتُ مع فريق فريق خطة الدعم الفردية (ISP) نتائج التقييم أثناء اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP).	يجب على منسق الدعم (SC) مراجعة نتائج التقييم أثناء اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP)، وإدراج تلك النتائج ضمن خطة الدعم الفردية (ISP).
5. أُخطرتُ بحقي في انتقاء مقدم خدمات مؤهل وراغب (يشمل ذلك منظمة تنسيق الدعم) في أي وقت.	يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية إخطار المشارك بحقه في الاختيار الحر لجميع مقدمي الخدمات الراغبين والمؤهلين، ويشمل ذلك منظمات تنسيق الدعم. يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية التأكد من وصول المشارك إلى قائمة مقدمي الخدمات المؤهلين. إذا تعذر على المشارك الوصول إلى القائمة، يجب على منسق الدعم (SC) تقديم نسخة من قائمة تضم جميع مقدمي الخدمات المؤهلين في عموم الولاية إلى المشارك.
6. أُخطرتُ بحقي في تلقي الخدمات المنصوص عليها في خطة دعمي الفردية (ISP) وبحقي في اختيار متى وأين وكيف سألتقى تلك الخدمات.	يحق للمشارك اختيار موعد تلقي الخدمات ومكانها والطريقة التي يتلقاها بها.



<p>يجب على منسق الدعم (SC) إخطار المشارك بفرصة توجيه خدماته عبر خدمات التوجيه الذاتي للمشارك (PDS)، حيث يجب على المنسق شرح أساسيات خدمات التوجيه الذاتي للمشارك (PDS) وأن للمشارك الحق في تغيير رأيه في أي وقت أثناء تنفيذ الإجراءات. يجب على منسق الدعم (SC) سؤال المشارك هل هو مهتم بمعرفة مزيد من المعلومات عن خدمات التوجيه الذاتي للمشارك (PDS) وخياراتها أم لا. وإذا أبدى المشارك اهتمامه، فيجب على منسق الدعم (SC) تقديم نموذج إفصاح عن المعلومات له لكي يوقع عليه وإحالة المشاركة إلى خدمات التوجيه الذاتي للمشارك (PDS).</p>	<p>7. أخطرتُ بخدمات التوجيه الذاتي للمشارك (PDS).</p>
<p>يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية التأكد من موافقة المشارك على الخدمات المذكورة (مدفوعة الأجر وغير مدفوعة الأجر) ومقدمي الخدمات المذكورين في خطة دعمه الفردية (ISP).</p>	<p>8. انتقيتُ الخدمات ومقدمي الخدمات (مدفوعي الأجر وغير مدفوعي الأجر) المذكورين جميعهم في خطة دعمي الفردية (ISP) وأوافق عليهم.</p>
<p>يوافق الفرد على البيئة المذكورة في خطة دعمه الفردية (ISP) الحالية، ويدرك أن هناك بيئة غير مُخصَّصة لذوي الاحتياجات الخاصة متاحة له. يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية التأكد من إدراك المشارك أنه يستطيع تلقي الخدمات مع أفراد غير ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن المشارك ليس مضطراً إلى تلقي الخدمات في أماكن يقتصر التواجد فيها على أفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة فقط. عبّر المشارك عن أماكن تلقي الخدمات المُفضَّلة إليه لفريق الدعم، وأدرجت هذه التفضيلات ضمن خطة الدعم الفردية (ISP).</p>	<p>9. انتقيتُ البيئة المذكورة في خطة دعمي الفردية (ISP) وأوافق عليها، وأدرك أنني أستطيع اختيار تلقي الخدمات في بيئة غير مُخصَّصة لذوي الاحتياجات الخاصة.</p>
<p>يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية التأكد من إخطار المشارك بأنواع الخدمات المتاحة في إعفاء المتوحد البالغ (AAW)، ومن فهمه لها، ومن عرض خدمات التوظيف عليه التي قد تؤدي إلى توظيف متكامل تنافسي. ونقدم مورداً لمنسقي الدعم لمساعدتهم في محادثات التوظيف:</p> <p>أداة مسارات التوظيف في ولاية بنسلفانيا "PA Pathways to Employment Tool 1-29-21 – MyODP"</p>	<p>10. روجعت معي الخدمات المنصوص عليها في الإعفاء، وشُرحَت لي، وشملت خدمات التوظيف التي قد تؤدي إلى توظيف متكامل تنافسي.</p>
<p>يوافق الفرد على كل الأهداف المذكورة في خطة دعمه الفردية (ISP).</p>	<p>11. أوافق على الأهداف المذكورة في خطة دعمي الفردية (ISP).</p>
<p>يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية عرض حقوق المشارك عليه أثناء انعقاد اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP)، وتسليمه نسخة من الحقوق، وإخباره أن هذا المستند موجود أيضاً في دليل المشارك في إعفاء المتوحد البالغ (AAW). وأخطرتُ الفرد بحقوقه في جلسة استماع عادلة وفي الطعن وبإجراءات الوزارة المعنية بجلسات الاستماع العادلة والطعون.</p>	<p>12. عُرضتُ حقوقي عليّ وعلى ممثليني المُعيَّنين، وشُرحَت لنا، وتلقيتُ نسخة من حقوقي. ويشمل هذا حقوقي في جلسة استماع عادلة وفي الطعن، وإجراءات الوزارة المعنية بجلسات الاستماع العادلة والطعون بخصوص إعفاء الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).</p>
<p>يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية عرض مسؤوليات المشارك عليه أثناء انعقاد اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP)، وإخطار المشارك بأن هذا المستند موجود أيضاً في دليل المشارك في إعفاء المتوحد البالغ (AAW). يجب على منسق الدعم (SC) أن يشرح للمشارك أهمية الحفاظ على الأهلية لاستمرار تقديم الخدمات المذكورة في خطة الدعم الفردية (ISP)، أو أن يحرص منسق الدعم على إدراك المشارك ذلك.</p>	<p>13. عُرضتُ مسؤولياتي عليّ وعلى ممثليني المُعيَّنين، وشُرحَت لنا. وتشمل مسؤولياتي الامتثال لجميع شروط مراكز خدمات برنامج ميديكير وبرنامج ميديكيد "Centers for Medicare and Medicaid Services" وشروط مكتب البرامج التنموية "Office of Developmental Programs"، مثل شروط متابعة منسقي الدعم للأفراد التي تشمل عدد مرات المتابعة وأماكن المتابعة وشروط إعادة التقييم.</p>



<p>14. يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية عرض هذه المعلومات على المشارك/ ممثل المشارك، والتأكد من أن المشارك مدرك أهمية تحديث نماذج الإفصاح عن معلوماته:</p> <p>يفرض قانون (HIPAA) تطبيق معايير وممارسات معينة فيما يتعلق بخصوصية البيانات الصحية للمستهلكين. ويفرض القانون على مكتب دعم التوحد والفئات الخاصة (BSASP) الحصول على إذن خطي قبل أن يستخدم المكتب معلومات طبية ومعلومات معينة أخرى أو يُفصح عنها. ويحق للمشاركين الاطلاع على معلوماتهم الصحية ونسخها، وتصحيح المعلومات أو إضافتها، والحصول على قائمة بالأماكن التي أرسلت إليها معلوماتهم الصحية المحمية، وتقديم طلب إلى مكتب (BSASP) لتقييد استخدام معلوماتهم الصحية المحمية والإفصاح عنها، ومطالبة مكتب (BSASP) بالتواصل معهم بطريقة معينة أو في مكان معين. ويجوز للمشارك تغيير نموذج الإفصاح عن معلوماته بموجب قانون (HIPAA) الحالي في أي وقت.</p>	<p>عُرِضَتْ عليَّ حقوقي بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) في هذا الاجتماع. أُخِطِرْتُ بأنني أستطيع تغيير نموذج الإفصاح عن معلوماتي بموجب قانون (HIPAA) الحالي في أي وقت. V.</p>
<p>يجب على منسق الدعم (SC) إخطار المشارك/ممثلته بالحق في تحديث خطة الدعم الفردية (ISP) في أي وقت.</p>	<p>15. أُخِطِرْتُ بأنه يجوز لي طلب إجراء تحديثات في خطة دعمي الفردية (ISP) في أي وقت.</p>

إذا لم يُوقَّع المشارك (أو ممثله) بالأحرف الأولى على أي مربع من مربعات البنود من 1 إلى 15، يجب إكمال مربع "الملاحظات" الموجود في الصفحة 2 بالنموذج.

يجب على كل شخص حضر الاجتماع كتابة اسمه ومنصبه وجهة عمله وصلته بالمشارك ورقم هاتفه و/أو عنوان بريده الإلكتروني والتوقيع وكتابة التاريخ في العمود المُخصَّص لذلك، وتحديد المربع الذي يقول إنه شارك في الاجتماع حضورياً في صفحة التوقيع. إذا حضر أحد أعضاء الفريق الاجتماع عبر الهاتف، يجب على منسق الدعم (SC) كتابة اسم هذا العضو ومنصبه وجهة عمله وصلته بالمشارك، وتحديد المربع الذي يقول إنه شارك في الاجتماع عبر الهاتف.

سيرفق منسق الدعم (SC) نسخة من نموذج التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP) في خطة الدعم الفردية (ISP)، وسيُرسلها إلى جميع أعضاء الفريق الذين لا يستطيعون الوصول إلى خطة الدعم الفردية (ISP) في النظام خلال 14 يوماً من تاريخ اعتمادها والموافقة عليها وبالطريقة التي يحددها عضو الفريق. ولن يرسل منسق الدعم (SC) سوى نسخة من نموذج التوقيع على خطة الدعم الفردية (ISP) إلى مقدمي الخدمات الذين يستطيعون الوصول إلى خطة الدعم الفردية (ISP) في النظام.

الملاحظات: يتحمل منسق الدعم (SC) مسؤولية توثيق تفاصيل اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP) توثيقاً كاملاً وإكمال هذا النموذج، وذلك ضمن ملاحظة خدمية.



اسم المشارك: _____ تاريخ الاجتماع: _____
اسم منظمة منسق الدعم (SC): _____ اسم منسق الدعم (SC): _____
نوع الاجتماع: خطة أولية خطة سنوية

أوافق على إجراء التغييرات في خطة الدعم الفردية (ISP) على النحو الذي نوقش في هذا الاجتماع: نعم لا

توقيع المشارك: _____ الاسم بأحرف واضحة: _____

إذا كان الشخص المُوَقَّع على النموذج شخصاً آخر غير المشارك، فيجب إذاً إكمال ملء هذا الجزء.

توقيع الممثل: _____ الاسم بأحرف واضحة: _____

صلة القرابة بالمشارك: _____

التوقيع بالأحرف الأولى

هذا الجزء مخصص للمشارك أو ممثله

يرجى التوقيع بالأحرف الأولى للتأكيد على صحة تلك البنود:

1.	حضرتُ اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP) وقدتته بنفسِي، متى أمكن.
2.	يضم فريق خطة الدعم الفردية (ISP) أفراداً من اختياري.
3.	حضر مترجم فوري، إذا لزم الأمر.
4.	راجعتُ مع فريق فريق خطة الدعم الفردية (ISP) نتائج التقييم أثناء اجتماع خطة الدعم الفردية (ISP).
5.	أخطرتُ بحقي في انتقاء مقدم خدمات مؤهل وراغب (يشمل ذلك منظمة تنسيق الدعم) في أي وقت، وتلقيتُ قائمة بمقدمي الخدمات المؤهلين.
6.	أخطرتُ بحقي في تلقي الخدمات المنصوص عليها في خطة دعمي الفردية (ISP) وبحقي في اختيار توقيت ومكان وكيفية تلقي هذه الخدمات.
7.	أخطرتُ بفرصة توجيه خدماتي عبر خدمات التوجيه الذاتي للمشارك "Participant Directed Services" في مكتب الخدمات المجتمعية "Bureau of Community Services".
8.	انتقيتُ الخدمات ومقدمي الخدمات (مدفوعي الأجر وغير مدفوعي الأجر) المذكورين جميعهم في خطة دعمي الفردية (ISP) وأوافق عليهم.
9.	انتقيتُ البيئة المذكورة في خطة دعمي الفردية (ISP) وأوافق عليها، وأدرك أنني أستطيع اختيار تلقي الخدمات في بيئة غير مخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة.
10.	روجعتُ معي الخدمات المنصوص عليها في الإعفاء، وشُرحتُ لي، وشملتُ خدمات التوظيف.
11.	أوافق على الأهداف المذكورة في خطة دعمي الفردية (ISP).
12.	عُرِضَتْ حقوقِي عليَّ وعلى ممثليني المُعَيَّنِينَ، وشُرِحتُ لنا، وتلقيتُ نسخة من حقوقي.



التوقيع بالأحرف الأولى

هذا الجزء مخصص للمشارك أو ممثله
يرجى التوقيع بالأحرف الأولى للتأكيد على صحة تلك البنود:

	13. عُرِضَتْ مسؤولياتي عليّ وعلى ممثليني المُعَيَّنِينَ، وشُرِّحَتْ لنا.
	14. عُرِضَتْ عليّ حقوقي بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) في هذا الاجتماع. أُخْطِرْتُ بأنني أستطيع تغيير نموذج الإفصاح عن معلوماتي بموجب قانون (HIPAA) الحالي في أي وقت.
	15. أُخْطِرْتُ بأنه يجوز لي طلب إجراء تحديثات في خطة دعمي الفردية (ISP) في أي وقت.

الملاحظات: إذا تُرِكَ أي مربع من مربعات التوقيع بالأحرف الأولى للبنود من 1 إلى 15 المذكورة أعلاه فارغاً، فأكمل ما يلي:

أنا لا أوافق على البنود أرقام _____ المذكورة أعلاه، وسأحظى/حظيتُ بفرصة مناقشتهم مناقشة أكبر.

توقيع المشارك بالأحرف الأولى _____

يرجى إدراج أي تحديثات في البيانات الديموغرافية للمشارك:



أعضاء فريق خطة الدعم الفردية (ISP) الآخرين الحاضرين:
يجب ذكر جميع المشاركين الآخرين في الاجتماع هنا. يُرجى استخدام نموذجًا آخر لذكر الحضور الإضافيين إذا لزم الأمر.

المشاركة	التوقيع والتاريخ	رقم الهاتف و/أو عنوان البريد الإلكتروني	المنصب وجهة العمل والصلة بالفرد	الاسم بأحرف واضحة
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				
<input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> عبر الهاتف				