Pennsylvania
Department of Human Services

ADULT AUTISM WAIVER (अटिजम भएका वयस्कहरूको वेभर)
व्यक्तिगत सहायता योजना हस्ताक्षर फाराम

प्रयोजन: सहयोग संयोजक (SC) निम्न समयमा वयस्क अटिजम छुट ISP हस्ताक्षर फाराम पूरा गर्न जिम्मेवार छन्:

- प्रारम्भिक ISP बैठकहरू
- वार्षिक समीक्षा अद्यावधिक ISP बैठकहरू

ISP हस्ताक्षर फारामा पूरा गर्नका लागि निर्देशनहरू

बैठकको अन्त्यमा, ISP हस्ताक्षर फाराम पूरा गर्नुहोस्।

- पृष्ठको शीर्षमा रहेका सबै कोठाहरू SC द्वारा पूरा गरिनुपर्छ।
- सहभागी बैठकमा छलफल गरिएका परिवर्तनहरूमा सहमत छन् भने, सहभागीले हो मा चिन्ह लगाउनु हुने छ र त्यसमा आफ्नो नाम लेखेर हस्ताक्षर गर्नु हुने छ। सहभागीको कुनै प्रतिनिधि छन् भने, उहाँहरूले पनि आफ्नो नाम लेखेर हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र सहभागीसँगको आफ्नो नाता खुलाउनुपर्छ।
- SC ले बुँदाहरू 1-15 सही छन् भनी पुष्टि गर्न व्यक्ति वा प्रतिनिधिलाई लघु हस्ताक्षरको कोष्ठकमा हस्ताक्षर गर्न सहयोग गर्ने छन्। SC उल्लेखित 15 बुँदाहरू सही छन् र ISP बैठकको क्रममा भएका छन् भनेर सुनिश्चित गर्न जिम्मेवार छन्। सहभागी र/वा प्रतिनिधिलाई कुनै बुँदा सही छैन जस्तो लागेको खण्डमा उहाँहरूले त्यसमा लघु हस्ताक्षर गर्नु हुने छैन र पृष्ठ 2 मा भएको टिप्पणी खण्ड भर्नु हुने छ।
- कृपया पृष्ठको तल्लो भागमा सहभागीको जनसाङ्ख्यिकीय जानकारीको कुनै पनि अद्यावधिक समावेश गर्नुहोस् र त्यो जानकारी सहभागीको ISP को जनसाङ्ख्यिकीय खण्डमा समावेश गर्नुहोस्।
- लघु हस्ताक्षर कोष्ठकमा हस्ताक्षर गर्न लगाउनुअघि SC ले सहभागी र/वा प्रतिनिधिलाई प्रत्येक बुँदा राम्रोसँग व्याख्या गर्न तल दिइएको जानकारी प्रयोग गर्नुपर्छ।

ISP हस्ताक्षर पृष्ठमा भएका पृष्ठहरू	विवरण
1. सम्भव भएसम्म, मैले आफ्नो ISP बैठकमा उपस्थित भए र मैले त्यसको नेतृत्व गरेँ।	सहभागीले सम्भव भएसम्म आफ्नो बैठकमा उपस्थित हुनु र त्यसको नेतृत्व गर्नु जरुरी छ; सहभागीले अनुरोध नगरेसम्म आमाबुवा, अभिभावक, प्रतिनिधिहरू आदिलाई मात्र सबै जिम्मा नदिनुहोस्। सहभागी आफ्नो ISP बैठकको नेतृत्व गर्न असमर्थ छन् भने, कृपया सेवासम्बन्धी टिप्पणीमा त्यसको कारण उल्लेख गर्नुहोस्। सहभागी आफ्नो बैठकमा उपस्थित हुनुभएन भने, सहभागीले यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर SC ले कहिले उहाँहरूसँग बैठकको नतिजाबारे समीक्षा गर्नुभयो भन्ने कुरा खुलाउनुपर्छ।
2. मेरो ISP टोलीमा मैले रोजेका मानिसहरू समावेश हुनुहुन्छ।	सहभागीको ISP टोलीमा सहभागीले रोजेका मानिसहरू मात्र समावेश गरिनुपर्छ।
3. आवश्यक परेको खण्डमा दोभासे उपस्थित हुनुहुन्थ्यो।	सहभागीलाई दोभासे आवश्यक पर्छ भने, उहाँ उपस्थित हुनुहुन्थ्यो। N/A ले सहभागीलाई दोभासे आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा जनाउँछ।
4. मैले र मेरो ISP टोलीले ISP बैठकका क्रममा मूल्याङ्कनको नतिजाहरू समीक्षा गर्‍यौँ।	मूल्याङ्कनका नतिजाहरू ISP बैठकको क्रममा SC द्वारा समीक्षा गरिनुपर्छ र ISP मा समावेश गरिनुपर्छ।
5. मलाई जुनसुकै समयमा योग्य र इच्छुक प्रदायक (सहायताहरू समन्वय गर्ने संस्थासहित) छनोट गर्ने अधिकारको बारेमा जानकारी गराइएको छ।	SC सहभागीलाई सहायताहरू समन्वय गर्ने संस्था लगायत सबै इच्छुक र योग्य प्रदायकहरू आफै छनोट गर्न पाइन्छ भनेर जानकारी गराउन जिम्मेवार हुन्छन्। SC सहभागीसँग योग्य प्रदायकहरूको सूचीको पहुँच छ भनेर सुनिश्चित गर्न जिम्मेवार हुन्छन्। सहभागीसँग सूचीको पहुँच छैन भने, SC ले सहभागीलाई सबै योग्य प्रदायकहरूको राज्यव्यापी सूचीको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुपर्छ।
6. मलाई मेरो ISP मा रहेका सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ र ती सेवाहरू कहिले, कहाँ र कसरी लिने भन्ने कुरा छनोट गर्ने अधिकार छ भनी जानकारी गराइएको छ।	सहभागीसँग समय, स्थान र आफ्ना सेवाहरू कसरी प्राप्त गर्ने भन्ने कुरा छनोट गर्ने अधिकार हुन्छ।

7. मलाई सहभागी निर्देशित सेवाहरू (PDS) को बारेमा जानकारी गराइएको छ।	SC ले PDS सेवाका आधारभूत कुरा र प्रक्रियाको क्रममा जुनसुकै बेला आफ्नो मन परिवर्तन गर्ने क्षमताको बारेमा व्याख्या गरेर सहभागीलाई PDS मार्फत आफ्ना सेवाहरू निर्देशित गर्ने अवसरको बारेमा जानकारी गराउनुपर्छ। SC ले सहभागीलाई उहाँ PDS सेवा र विकल्पहरूका बारेमा थप जान्न इच्छुक छन् कि छैनन् भनेर सोध्नुपर्छ। इच्छुक भएको खण्डमा, SC ले अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गराउनुपर्छ र PDS सेवाहरूका लागि सिफारिस गर्नुपर्छ।
8. मैले आफ्नो ISP मा पहिचान गरिएका सेवा र प्रदायकहरू (भुक्तानी गरिएको र भुक्तानी नगरिएको दुवै) छनोट गरेको छु र म त्यसमा सहमत छु।	SC ले सहभागी आफ्नो ISP मा भएका पहिचान गरिएका सेवाहरू (भुक्तानी गरिएको र भुक्तानी नगरिएको दुवै) र प्रदायकहरूसँग सहमत छन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गरेका छन्।
9. मैले आफ्नो ISP मा सेटिङहरू छनोट गरेको छु र म त्यसमा सहमत छु, र मैले बुझेको छु कि म असक्षमतासँग मात्र सम्बन्धित नभएका सेटिङहरूमा सेवाहरू प्राप्त गर्ने विकल्प रोज्न सक्छु।	यी व्यक्ति आफ्नो वर्तमान ISP मा भएका पहिचान गरिएका सेटिङहरूसँग सहमत छन् र आफ्ना लागि उपलब्ध असक्षमतासँग मात्र सम्बन्धित नभएका सेटिङहरूको बारेमा बुझ्नुहुन्छ। SC सहभागीले असक्षमता नभएका व्यक्तिहरूसँगै सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन् र सहभागीले असक्षमता भएका अन्य व्यक्ति मात्र भएका ठाउँहरूमा सेवा लिनैपर्छ भन्ने छैन भन्ने कुरा बुझाउन जिम्मेवार हुनुहुन्छ। सहभागीले सेवाका स्थानहरूका सम्बन्धमा सहायता टोली समक्ष आफ्ना प्राथमिकताहरू अभिव्यक्त गरेका छन् र यी प्राथमिकताहरू ISP मा प्रतिबिम्बित गरिएका छन्।
10. मलाई वेभरमा भएका सेवाहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ, जसमा प्रतिस्पर्धात्मक एकीकृत रोजगारी तर्फ लैजान सक्ने रोजगारी सेवाहरू पनि समावेश छन्।	SC सहभागी वयस्क अटिजम छुट (AAW) मा उपलब्ध सेवाका प्रकारहरूको बारेमा सचेत छन् र बुझ्छन् र प्रतिस्पर्धात्मक एकीकृत रोजगारी तर्फ लैजान सक्ने रोजगारी सेवाहरू प्रस्ताव गरिएको छ भनेर सुनिश्चित गर्न जिम्मेवार छन्। यहाँ रोजगारीका बारेमा कुराकानी गर्न SC हरूका लागि उपलब्ध स्रोत दिइएको छ: PA Pathways to Employment Tool 1-29-21 – MyODP
11. म आफ्नो ISP मा भएका लक्ष्यहरूसँग सहमत छु।	यी व्यक्ति आफ्नो ISP मा पहिचान गरिएका सबै लक्ष्यसँग सहमत छन्।
12. म र मेरो तोकिएको प्रतिनिधि(हरू) लाई मेरा अधिकारहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ र मैले आफ्ना अधिकारहरूको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु। यसमा निष्पक्ष सुनुवाइ र अपिलका मेरा अधिकारहरू र मेरा लागि स्वीकृत गरिएको घर र समुदायमा आधारित छुट सेवाहरू (HCBS) का सम्बन्धमा विभागको निष्पक्ष सुनुवाइ र अपिल प्रक्रिया लगायतका कुराहरू पर्छन्।	SC ISP बैठकको भागका रूपमा सहभागीसँग अधिकारहरूको समीक्षा गर्न जिम्मेवार छन्। उहाँहरूलाई अधिकारहरूको प्रतिलिपि दिनुहोस् र यो कागजात AAW सहभागी पुस्तिकामा पनि फेला पार्न सकिन्छ भनी जानकारी गराउनुहोस्। व्यक्तिलाई निष्पक्ष सुनुवाइ र अपिल गर्न पाउने अधिकारहरू र विभागको निष्पक्ष सुनुवाइ र अपिल प्रक्रियाको बारेमा जानकारी गराइएको थियो।
13. म र मेरो तोकिएको प्रतिनिधि(हरू) लाई मेरा जिम्मेवारीहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ। मेरा जिम्मेवारीहरूमा Centers for Medicare and Medicaid Services र Office of Developmental Programs का सबै आवश्यकताहरू पालना गर्ने कुरा पर्छ, उदाहरणका लागि, आवृत्ति र स्थानसम्बन्धी आवश्यकताहरूका सम्बन्धमा SC को निगरानी र पुनर्मूल्याङ्कन।	SC ISP बैठकको भागका रूपमा सहभागीका जिम्मेवारीहरू समीक्षा गर्न र यो कागजात AAW सहभागी पुस्तिकामा पनि फेला पार्न सकिन्छ भनी जानकारी दिन जिम्मेवार छन्। SC ले ISP मा भएका सेवाहरू प्रदान गर्नका लागि योग्यता कायम राख्नुको महत्त्व सहभागीले बुझेका छन् भनेर व्याख्या गर्न वा सहभागीलाई यो कुरा थाहा छ भनेर सुनिश्चित गर्नुपर्छ।
14. यस बैठकमा HIPAA सम्बन्धित मेरा अधिकारहरू समीक्षा गरिएका छ। मलाई जानकारी गराइएको छ कि म HIPAA सम्बन्धी मेरो वर्तमान अनुमति पत्र जुनसुकै बेला परिवर्तन गर्न सक्छु।	SC सहभागी/प्रतिनिधिसँग यो जानकारी समीक्षा गर्न र सहभागीले आफ्नो अनुमति पत्र अद्यावधिक राख्नुको महत्त्व बुझेका छन् भनेर सुनिश्चित गर्न जिम्मेवार छन्: HIPAA ले उपभोक्ताको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको गोपनीयताका सम्बन्धमा निश्चित मापदण्ड र अभ्यासहरू अनिवार्य रूपमा पालना गर्नुपर्ने व्यवस्था गरेको छ। कानुनअनुसार, BSASP ले चिकित्सा र अन्य निश्चित जानकारीहरू प्रयोग वा खुलासा गर्नुअघि लिखित अनुमति लिनुपर्छ। सहभागीहरूसँग आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी हेर्ने र प्रतिलिपि लिने, जानकारी सच्याउने वा थप्ने, आफ्नो सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी कहाँ पठाइएको छ भन्ने सूची प्राप्त गर्ने, BSASP लाई आफ्नो सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग र खुलासा सीमित गर्न भन्ने र BSASP लाई निश्चित तरिकाले वा निश्चित स्थानमा उहाँहरूसँग सञ्चार गर्न अनुरोध गर्ने अधिकार हुन्छ। सहभागीले जुनसुकै समयमा आफ्नो वर्तमान HIPAA खुलासा फाराम पत्र परिवर्तन गर्न सक्छन्।

15. मलाई जानकारी गराइएको छ कि म जुनसुकै समयमा मेरो ISP अद्यावधिक गर्न अनुरोध गर्न सक्छु।	SC ले सहभागी/प्रतिनिधिलाई जुनसुकै समयमा ISP अद्यावधिक गर्ने अधिकारको बारेमा जानकारी गराउनुपर्छ।

सहभागी (वा उहाँका प्रतिनिधि) ले बुँदा 1-15 पछिको कुनै पनि कोष्ठकमा लघु हस्ताक्षर गरेनन् भने, फारामको पृष्ठ 2 मा रहेको "टिप्पणी" पूरा गर्नुपर्छ।

बैठकमा उपस्थित प्रत्येक व्यक्तिले आफ्नो नाम, पद, एजेन्सी र सहभागीसँगको नाता; फोन नम्बर र/वा इमेल ठेगाना स्पष्टसँग लेख्नुपर्छ; हस्ताक्षर र मिति स्तम्भमा हस्ताक्षर र मिति राख्नुपर्छ; र हस्ताक्षर पृष्ठमा उहाँहरू व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भएको कुरामा चिन्ह लगाउनुपर्छ। टोलीका कुनै सदस्य फोनमार्फत जोडिएका थिए भने, SC ले ती टोली सदस्यको नाम, पद, एजेन्सी र सहभागीसँगको नाता लेख्नुपर्छ र ती टोली सदस्य फोनमार्फत जोडिएको कुरामा चिन्ह लगाउनुपर्छ।

SC ले पूरा गरिएको ISP हस्ताक्षर फारामको प्रतिलिपि ISP को साथमा राख्ने छन् र प्रणालीमा ISP को पहुँच नभएका टोलीका सबै सदस्यलाई यसको स्वीकृति र प्रमाणीकरण भएको 14 दिनभित्र, टोली सदस्यले रोजेको माध्यमबाट पठाउनु हुने छ। SC ले प्रणालीमा ISP मा पहुँच भएका प्रदायकहरूलाई मात्र ISP हस्ताक्षर फारामको प्रतिलिपि पठाउने छ।

टिप्पणी: SC ISP बैठकको विवरणका साथै यो फाराम पूरा भएको कुरा सेवासम्बन्धी टिप्पणीमा पूर्ण रूपमा दस्तावेजीकरण गर्न जिम्मेवार हुन्छन्।

ADULT AUTISM WAIVER (अटिजम भएका वयस्कहरूको वेभर)
व्यक्तिगत सहायता योजना हस्ताक्षर फाराम

सहभागीको नाम: ____________________ बैठक भएको मिति: ____________

SC को संस्था: ____________________ SC को नाम: ____________________

बैठकको प्रकार: ☐ प्रारम्भिक योजना ☐ वार्षिक योजना

म यस बैठकमा छलफल भएअनुसार ISP मा गरिने परिवर्तनहरूमा सहमत छु: ☐ हो ☐ होइन

सहभागी हस्ताक्षर: ____________________ पूरा नाम: ____________________

सहभागी बाहेक अन्य व्यक्तिले फाराममा हस्ताक्षर गर्ने भएमा पूरा गर्नु पर्ने छ:

प्रतिनिधि हस्ताक्षर: ____________________ #पूरा नाम: ____________________

सहभागीसँगको सम्बन्ध: ____________________

सहभागी वा प्रतिनिधिका लागि
कृपया यी कथनहरू सत्य हुन् भनी पुष्टि गर्न लघु हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

नामको सुरुका अक्षरहरू

1.	म सम्भव भएसम्म आफ्नो ISP बैठकमा उपस्थित भए र मैले त्यसको नेतृत्व गरेँ।	
2.	मेरो ISP टोलीमा मैले रोजेका मानिसहरू छन्।	
3.	आवश्यक परेको खण्डमा दोभासे उपस्थित थिए।	
4.	मैले र मेरो ISP टोलीले ISP बैठकका क्रममा मूल्याङ्कनको नतिजाहरू समीक्षा गर्‍यौँ।	
5.	मलाई जुनसुकै समयमा योग्य र इच्छुक प्रदायक (सहायताहरू समन्वय गर्ने संस्थासहित) छनोट गर्ने अधिकारको बारेमा जानकारी गराइएको छ र योग्य प्रदायकहरूको सूचि दिइएको छ।	
6.	मलाई मेरो ISP मा रहेका सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ र ती सेवाहरू कहिले, कहाँ र कसरी लिने भन्ने कुरा छनोट गर्ने अधिकार छ भनी जानकारी गराइएको छ।	
7.	मलाई Bureau of Community Services को सहभागी निर्देशित सेवाहरूमार्फत आफ्ना सेवाहरू निर्देशित गर्ने अवसरका बारेमा जानकारी गराइएको छ।	
8.	मैले आफ्नो ISP मा पहिचान गरिएका सेवा र प्रदायकहरू (भुक्तानी गरिएको र भुक्तानी नगरिएको दुवै) छनोट गरेको छु र म त्यसमा सहमत छु।	
9.	मैले आफ्नो ISP मा सेटिङहरू छनोट गरेको छु र म त्यसमा सहमत छु र मैले बुझेको छु कि म असक्षमतासँग मात्र सम्बन्धित नभएका सेटिङहरूमा सेवाहरू प्राप्त गर्ने विकल्प रोज्न सक्छु।	
10.	मलाई छुटमा भएका सेवाहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ, जसमा रोजगारी सेवाहरू पनि समावेश छन्।	
11.	म आफ्नो ISP मा भएका लक्ष्यहरूसँग सहमत छु।	
12.	म र मेरो तोकिएको प्रतिनिधि(हरू) लाई मेरा अधिकारहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ र मैले आफ्ना अधिकारहरूको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु।	

सहभागी वा प्रतिनिधिको लागि
कृपया यी कथनहरू सत्य हुन् भनी पुष्टि गर्न सुरुमा लेख्नुहोस्:

नामको सुरुका अक्षरहरू

13. म र मेरो तोकिएको प्रतिनिधि(हरू) लाई मेरा जिम्मेवारीहरूको बारेमा समीक्षा र व्याख्या गरिएको छ।	
14. यस बैठकमा HIPAA सम्बन्धित मेरा अधिकारहरू समीक्षा गरिएका छ। मलाई जानकारी गराइएको छ कि म HIPAA सम्बन्धी मेरो वर्तमान अनुमति पत्र जुनसुकै बेला परिवर्तन गर्न सक्छु।	
15. मलाई जानकारी गराइएको छ कि म जुनसुकै समयमा मेरो ISP अद्यावधिक गर्न अनुरोध गर्न सक्छु।	

टिप्पणी: माथिका कथनहरू 1-15 का कुनै पनि लघु हस्ताक्षर कोष्ठकहरू खाली छन् भने, निम्न खण्ड पूरा गर्नुहोस्:

म माथि उल्लेख गरिएको बुँदा नं ____________ सँग सहमत छैन र मलाई ती विषयमा थप छलफल गर्ने अवसर प्राप्त हुने छ/भएको थियो।

____________ सहभागीको लघु हस्ताक्षर

कृपया सहभागीको जनसाङ्ख्यिकीय जानकारीको कुनै पनि अद्यावधिक समावेश गर्नुहोस्:

ISP टोली सदस्य सहभागीहरू:

यहाँ बैठकका अन्य सबै सहभागीको नाम उल्लेख गरिनुपर्छ। आवश्यक भएमा, थप सहभागीहरूको नाम अटाउन दोस्रो फाराम प्रयोग गर्नुहोस्।

पूरा नाम	पद, एजेन्सी र सहभागीसँगको सम्बन्ध	फोन नम्बर र/वा इमेल ठेगाना	हस्ताक्षर र मिति	सहभागिता
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत
				☐ व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित ☐ फोन मार्फत