



هدف: تکمیل فرم امضای طرح حمایت فردی (ISP) اداره برنامه‌های توسعه‌ای (ODP) (تاریخ بازبینی 4/2024) در موارد زیر الزامی است:

- جلسات اولیه ISP
- جلسات بازبینی سالانه و به‌روزرسانی ISP
- جلسات تیمی مربوط به تغییرات خدمات که منجر به بازنگری مهم در ISP می‌شود
- توجه: برای افرادی که در معافیت اوتیسم بزرگسالان ثبت‌نام کرده‌اند، لطفاً از فرم امضای برنامه حمایت فردی AAW استفاده کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم امضای ISP:

در پایان جلسه، فرد و اعضای تیم ISP باید فرم امضای طرح حمایت فردی (ISP) را تکمیل کنند.

- ضروری است که فرد در هر زمان ممکن در جلسه خود حضور یابد. هر شخصی که در جلسه شرکت می‌کند، از جمله خود فرد، باید ستون امضا را در مقابل نام خود با درج تاریخ امضا کند و بخش‌های عنوان، سازمان و رابطه با فرد را در فرم امضای ISP تکمیل نماید. استفاده از امضاهای الکترونیکی برای تکمیل فرم مجاز است.
 - اگر فرد، جانشین قانونی، یا هر عضو دیگری از تیم ISP که دعوت شده است، تصمیم بگیرد در جلسه شرکت نکند، هماهنگ‌کننده حمایت‌ها (SC) باید آن شخص را در فرم ذکر کرده و یادداشت کند که غایب بوده است.
 - اگر فرد در جلسه حضور داشت اما تصمیم به امضا نگرفت یا قادر به امضا نبود، SC باید این موضوع را در فرم، در خط مخصوص امضای فرد، ذکر کند.
 - اگر فرد در جلسه حضور نداشت، SC باید نتایج جلسه را در اولین فرصت با فرد مرور کرده و از او بخواهد فرم را امضا کند، و تاریخ مرور را یادداشت نماید.
 - اگر فرد زیر 18 سال سن دارد و/یا دارای قیم قانونی است، الزامی نیست که خود فرد فرم را امضا کند، اما باید این اختیار به او داده شود. امضای والد یا قیم قانونی فرد الزامی است.
 - اگر فرد، والد یا قیم قانونی او، یا هر عضو تیم ISP با محتوای طرح حمایت فردی (ISP) مخالفت داشته باشد، باید بخش مشخص شده برای اعتراض به محتوا در پایین صفحه امضا، امضا کند و سپس هماهنگ‌کننده حمایت‌ها (SC) این اختلاف را برای حل به نهاد اجرایی (AE) ارجاع خواهد داد.
- جدول زیر شامل اطلاعاتی در ستون "پاسخ نشان می‌دهد": است که بیانیه‌های ستون "تأییدیه‌ها و تصدیق‌ها" را تکمیل می‌کند. SC باید از این اطلاعات برای توضیح کامل هر بیانیه به فرد یا جانشین قانونی او پیش از وارد کردن پاسخ ارائه‌شده در ستون پاسخ مربوطه استفاده کند. این جدول باید توسط SC تکمیل شود. SC همچنین باید یک نسخه از فرم امضای تکمیل‌شده ISP را به ISP ضمیمه کرده و برای همه کسانی که به جلسه ISP دعوت شده‌اند، از جمله افرادی که در جلسه حضور نداشتند، ارسال کند. برای ارائه‌دهندگان خدمات، SC تنها نیاز دارد نسخه‌ای از فرم امضای ISP را ارسال کند، زیرا ارائه‌دهندگان می‌توانند به صورت الکترونیکی به ISP دسترسی داشته باشند.

نامربوط	خیر	بلی	پاسخ نشان می‌دهد:	تأییدیه‌ها و تصدیق‌ها
			من در جلسه ISP خود شرکت کردم.	1. فرد در جلسه ISP شرکت کرده است. اگر فرد در جلسه حضور نداشته است، باید این فرم را امضا کند تا نشان دهد SC نتایج جلسه را با او مرور کرده است.
			در صورت نیاز، مترجم حضور داشت.	2. اگر فرد به مترجم نیاز داشته باشد، یک مترجم حاضر بوده است. نامربوط نشان می‌دهد فرد به مترجم نیازی ندارد.
			من و تیم ISP خود گزارش خلاصه مقیاس شدت حمایت‌ها - نسخه بزرگسالان (SIS-A) را در این جلسه بررسی کردیم.	3. گزارش SIS-A فرد در جلسه ISP استفاده شده است. نامربوط نشان می‌دهد فرد هنوز SIS-A نداشته است.
			من خدمات و ارائه‌دهندگان واجد شرایط مشخص شده در ISP خود را انتخاب کرده و با آن موافقم.	4. فرد با خدمات مشخص شده و ارائه‌دهندگان واجد شرایط انتخاب شده در ISP فعلی خود موافق است.
			من تنظیمات موجود در ISP خود را انتخاب کرده و با آن موافقم و می‌دانم که می‌توانم خدمات را در محیط‌های غیرمخصوص معلولیت نیز دریافت کنم.	5. فرد با تنظیمات مشخص شده در ISP فعلی خود موافق است و با محیط‌های غیرمخصوص معلولیت که در دسترس اوست آشنا است.



نام:

#MCI

نامربوط	خیر	بلی	پاسخ نشان می‌دهد:	تأییدیه‌ها و تصدیق‌ها
				6. موافقت می‌کنم:
			فرد موافقت می‌کند که تمام الزامات را رعایت نماید.	الف) تمام الزامات مراکز خدمات Medicaid و ODP، مانند بازه تکرار و مکان نظارت فردی توسط SC، بازنگری، SIS-A و غیره را رعایت کنم.
			فرد موافقت می‌کند که در برنامه TSM شرکت کند. نامربوط نشان می‌دهد فرد در یک معافیت ثبت نام کرده یا واجد شرایط MA نیست.	ب) مدیریت حمایت هدفمند (TSM) دریافت کنم.
			فرد با تمام اهداف مشخص شده در ISP خود موافق است.	ج) با اهداف موجود در ISP خود موافقت می‌کنم.
				7. موارد زیر به من اطلاع داده شده است:
			فرد از حقوق جلسه رسیدگی منصفانه و تجدیدنظر و فرایند اداره مطلع شده است. نامربوط نشان می‌دهد فرد خدمات پایه‌ای دریافت می‌کند.	الف) حقوق جلسه رسیدگی منصفانه و فرایند تجدیدنظر و فرایند جلسات رسیدگی منصفانه و تجدیدنظر علاوه برای خدمات مصوب معافیت خانگی و جامعه محور (HCBS) یا TSM.
			فرد از حقوق جلسه رسیدگی منصفانه و تجدیدنظر و حق خود برای تجدیدنظر در برنامه شهرستان مطلع شده است. نامربوط نشان می‌دهد فرد خدمات HCBS دریافت می‌کند.	ب) حقوق جلسه رسیدگی منصفانه و تجدیدنظر و فرایند تجدیدنظر برنامه شهرستان برای خدمات پایه‌ای من.
			فرد از حق انتخاب ارائه‌دهندگان واجد شرایط، از جمله SCOها، مطلع شده است.	ج) حق من برای انتخاب ارائه‌دهنده واجد شرایط و سازمان هماهنگی حمایت‌ها در هر زمان.
			فرد از حق خود برای انتخاب از میان انواع خدمات موجود آگاه شده است.	د) حق من برای انتخاب از میان انواع خدماتی که در دسترس من است.
			فرد از حق خود برای درخواست تغییر در خدمات خود در هر زمان، به دلیل تغییر در نیاز ارزیابی شده، مطلع شده است. در صورت ایجاد تغییر، ISP باید به روزرسانی، تصویب و مجاز شود.	ه) حق من برای درخواست تغییر در خدمات خود در هر زمان.
			فرد توسط SC خود از گزینه‌های اشتغال حمایت شده، اشتغال حمایت شده پیشرفته و خدمات مشاوره مزایا مطلع شده است. (منابعی برای SCها جهت پشتیبانی از گفتگوهای مربوط به اشتغال در دسترس است https://home.myodp.org/employment/supports-coordinators-of-consolidated-pfd-community-living-waivers/) نامربوط نشان می‌دهد فرد کمتر از 14 سال سن دارد.	و) اشتغال رقابتی و یکپارچه و گزینه‌های اشتغال حمایت شده، اشتغال حمایت شده پیشرفته و خدمات مشاوره مزایا.
			فرد فارغ از وضعیت فعلی محل زندگی خود، از گزینه‌های مدیریت خود خدمات مطلع شده است.	g) گزینه‌های مدیریت خدمات خود.
			فرد مطلع شده است که نسخه‌های ISP او توسط SC به همه اعضای تیم ISP ارائه خواهد شد. ارائه‌دهندگان که به صورت الکترونیکی به ISP دسترسی دارند، ISP را به صورت الکترونیکی دریافت می‌کنند و تنها یک نسخه از فرم امضای ISP را از SC دریافت خواهند کرد.	ح) هماهنگ کننده حمایت‌ها (SC) نسخه‌ای از ISP من را به اشخاص و/یا سازمان‌های ذکر شده در این فرم ارائه خواهد داد.

