

Kế hoạch Chăm sóc Tạm thời & Tự do Lựa chọn

Phần I: Thông tin Nhận dạng		
Tên Người nhận/Trẻ:	Ngày sinh:	
Địa chỉ Thực:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:
Số Điện thoại:	Số Medicaid:	
Người nhận hiện đang cư trú (đánh dấu vào một): <input type="checkbox"/> Nhà ở cho gia đình <input type="checkbox"/> Cơ sở chăm sóc tập thể <input type="checkbox"/> Viện dưỡng lão <input type="checkbox"/> Bệnh viện Tâm thần <input type="checkbox"/> Trung tâm Phát triển / ICF <input type="checkbox"/> Cơ sở Điều trị Nội trú Tâm thần		
Tên Cơ sở (nếu có):		

Phần II: Tự do lựa chọn	
Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn trong việc chấp nhận Dịch vụ CSoC hoặc sắp xếp vào một cơ sở giáo dục. CSoC và các dịch vụ thể chế đã được giải thích cho tôi.	
Tôi muốn nhận (đánh dấu một cái): <input type="checkbox"/> Dịch vụ Miễn trừ CSoC <input type="checkbox"/> Dịch vụ Thể chế	
Tên viết tắt của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:	Ngày:
Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã đưa cho tôi một bản sao Sổ tay Hội viên CSoC của Louisiana, trong đó bao gồm các thông tin quan trọng như quyền và trách nhiệm của tôi, cách tìm nhà cung cấp, cũng như cách nộp đơn kháng cáo và khiếu nại.	
Tên viết tắt của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:	Ngày:
Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã giúp tôi biết cách báo cáo những người bị nghi ngờ lạm dụng, bỏ rơi, tống tiền, bóc lột và cái chết của người lớn và trẻ em cũng như quyền không bị gò bó, ẩn dật và bị tổn hại, đồng thời cung cấp tài liệu để tôi xem xét.	
Tên viết tắt của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:	Ngày:

Phần III: Tiết lộ Thông tin

Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ và tất cả thông tin liên quan đến đơn đăng ký dịch vụ của tôi, có thể thuộc quyền sở hữu của Wraparound Agency (WAA), cho Magellan Health Services of Louisiana. Việc tiết lộ thông tin bao gồm, nhưng không giới hạn, Kế hoạch Chăm sóc Cá nhân của tôi, ghi chú tiến độ, báo cáo/đánh giá của bác sĩ, báo cáo/đánh giá tâm lý, đánh giá y tế/xã hội/giáo dục, bao gồm cả những đánh giá do trường học, cơ quan khác và hoặc tổ chức cung cấp, bao gồm tất cả thông tin của bên thứ ba có thể thuộc quyền sở hữu của LDH. Trong trường hợp biểu mẫu này được Bộ Dịch vụ Gia đình và Trẻ em (DCFS) ký, thông tin tiết lộ sẽ được bảo mật theo luật tiểu bang và liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Quy chế Sửa đổi 46:56 của Louisiana. Việc sử dụng thông tin này sẽ được giới hạn trong mục đích cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi cho đứa trẻ được nêu tên ở trên.

Chữ ký của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:

Mối quan hệ với Người nhận:

Ngày:

Phần IV: Dịch vụ

Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn nhà cung cấp và giữa những dịch vụ mà tôi có thể đủ điều kiện nhận. Các dịch vụ này đã được giải thích cho tôi và danh sách các nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực của tôi đã được cung cấp cho tôi. Tôi đã chọn (các) nhà cung cấp và (các) dịch vụ sau.

Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã giúp tôi biết những dịch vụ miễn trừ nào có sẵn cho tôi và cung cấp tài liệu để tôi xem xét.

Tên viết tắt của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:

Ngày:

Miễn trừ CSoC và Dịch vụ Tại Nhà và Tại Cộng đồng

Dịch vụ	Nhà cung cấp	MIS#	Người Liên hệ	Liên hệ #	Tần suất

Các Nguồn lực Cộng đồng		
Giáo dục	Liên quan	Giới thiệu Yêu cầu
Chỗ ở 504		
IEP		
Gia đình Giúp đỡ Gia đình		
Hợp SBLC		
Đánh giá Giáo dục		
Phát triển	Liên quan	Giới thiệu Yêu cầu
Chisholm		
Đánh giá OCDD		
Giới thiệu OCDD		
Miễn trừ OCDD		
Danh sách Chờ Miễn trừ OCDD		
Nhân viên Chăm sóc Cá nhân		
Y tế	Liên quan	Giới thiệu Yêu cầu
Liệu pháp Chức năng		
Vật lý Trị liệu		
Ngữ âm Trị liệu		
Tư pháp vị thành niên	Liên quan	Giới thiệu Yêu cầu
FINS		
OJJ		
Tập sự		
Khác	Liên quan	Giới thiệu Yêu cầu
Liệu pháp ABA		
Sống Chuyển tiếp Độc lập		
Nghỉ ngơi - không miễn trừ		
Cư trú Sử dụng Cơ sở		
Khác:		

Phần V: Kế hoạch Khủng hoảng

Xác định các quan ngại về khủng hoảng ngay lập tức và tạo ra các bước hành động rõ ràng và cụ thể để nhóm làm theo nhằm đạt được sự ổn định và duy trì tuổi trẻ trong gia đình và cộng đồng.

Tên:

Ngày:

Vấn đề An toàn Tức thì:

NHÀ — Bước Hành động

Người có trách nhiệm

Số Liên hệ

TRƯỜNG — Bước Hành động

Người có trách nhiệm

Số Liên hệ

Phần V: Kế hoạch Khủng hoảng

KHÁC:

Bước Hành động	Người có trách nhiệm	Số Liên hệ

Tôi đã tham gia vào việc lập kế hoạch xử lý khủng hoảng và đồng ý với các bước đã xây dựng.

Chữ ký của Người nhận / Người giám hộ hợp pháp hoặc Người giám hộ:

Ngày:

Chữ ký của Thanh thiếu niên:

Ngày:

Chữ ký Nhân viên Hỗ trợ:

Ngày:

Miễn trừ/Dịch vụ HCBS Các liên kết chuyển đến phần mô tả các thực hành dựa trên bằng chứng trên trang web Bằng chứng Thực hành của Louisiana.

- Điều trị Kiên quyết tại Cộng đồng
- [Trị liệu Tâm lý cho Cha mẹ Trẻ em](#)
- Tư vấn – Nhóm
- Tư vấn – Cá nhân
- Tư vấn – Gia đình
- CPST (Hỗ trợ và Điều trị Tâm thần Cộng đồng)
- Can thiệp Khủng hoảng và Ổn định
- Liệu pháp Hành vi cho Người bị tiểu đường
- [EMDR](#) (Khử mẫn cảm và tái xử lý chuyển động của mắt)
- [Liệu pháp Chức năng Gia đình](#)
- [Liệu pháp Chức năng Gia đình CW](#)
- [Dịch vụ Xây tổ ấm \(Homebuilders\)](#)
- ILSB (Sống Độc lập Xây dựng Kỹ năng)
- Quản lý Sử dụng Thuốc
- [Liệu pháp Tương tác với Trẻ em dành cho Cha mẹ](#)
- Hỗ trợ của Cha mẹ
- Liệu pháp Vui chơi
- [Điều trị PTSD ở trường mầm non](#) (Điều trị Rối loạn Căng thẳng Sau Chấn thương Tâm lý ở Trường Mầm non)
- Bài kiểm tra Tâm lý
- Phục hồi Tâm lý xã hội
- [CBT tập trung vào Chấn thương \(Liệu pháp Hành vi Nhận thức Tập trung vào Chấn thương\)](#)
- Nghỉ ngơi ngắn ngày
- Sử dụng Chất gây nghiện IOP (Sử dụng Chất gây nghiện cho Bệnh nhân Ngoại trú Chuyên sâu)
- [P Gấp ba](#)
- Can thiệp Quan hệ Dựa trên Niềm tin
- [Điều trị PTSD ở Thanh thiếu niên](#) (Điều trị Rối loạn Căng thẳng Sau Chấn thương Tâm lý ở Thanh thiếu niên)
- Hỗ trợ Thanh thiếu niên