



اتفاقية الرعاية للمستفيدين ومُقَدِّمي الرعاية لهم



Care Agreement for Beneficiaries and Their Caregivers

إذا كنت أحد المستفيدين من خدمات WA Cares وقررت تعيين مُقَدِّم خدمات فردي من خلال منظمة Consumer Direct Care Network Washington، فستكون مسؤولاً عن إدارة مهامه اليومية التي يقوم بها نيابةً عنك. ومن المهم أن يتفق الطرفان على كل ما يخص شؤون الرعاية التي سيتم تقديمها. يوصي صندوق WA Cares باستخدام هذه الاتفاقية مع كل مُقَدِّم خدمات رعايتك، بما يشمل مُقَدِّم الرعاية من أفراد الأسرة. هذا المستند مخصص لتستخدمه مع مُقَدِّم رعايتك، ولا تحتاج منظمة Consumer Direct of Washington (CDWA) إلى نسخة منه.

يُرجى ملاحظة أنه إذا اخترت وكالة رعاية منزلية للحصول على خدمات الرعاية في المنزل، فسوف تضع الوكالة خطة رعاية نيابةً عنك.

1. معلومات المستفيد		
الاسم (الاسم الأول والاسم الأخير)		
الممثل القانوني (إن وُجد)		
رقم الهاتف (بما يشمل رمز المنطقة)		
2. معلومات مُقَدِّم الرعاية		
الاسم (الاسم الأول والاسم الأخير)		
العنوان		
رقم الهاتف (بما يشمل رمز المنطقة)		
3. احتياجات رعايتي		
أحتاج إلى مساعدة بشأن الأنشطة التالية (اطلع على ورقة عمل تحديد احتياجات الرعاية الواردة في الصفحة 3 لمساعدتك على إكمال هذا القسم، إذا لزم الأمر):		
<input type="checkbox"/> ارتداء الملابس	<input type="checkbox"/> إدارة الأدوية	<input type="checkbox"/> إعداد الوجبات
<input type="checkbox"/> الاستحمام	<input type="checkbox"/> التنقل	<input type="checkbox"/> التسوق
<input type="checkbox"/> استخدام المراحيض	<input type="checkbox"/> الحركة في الفراش	<input type="checkbox"/> المواعيد
<input type="checkbox"/> الحركة	<input type="checkbox"/> النظافة الشخصية	<input type="checkbox"/> توفير الخشب
<input type="checkbox"/> تناول الطعام	<input type="checkbox"/> الأعمال المنزلية	

4. جدول العمل

- a. أحتاج إلى خدمة الرعاية الشخصية لمدة _____ من الساعات أسبوعيًا أو شهريًا.
* سيتم تحويل كل الساعات إلى وحدات مدة كل منها 15 دقيقة في نظام مدفوعات صندوق WA Cares.
- b. أحتاج من مُقدّم رعايتي أن يقدم لي الدعم في الأيام والأوقات التالية:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الوقت:	الوقت:	الوقت:	الوقت:	الوقت:	الوقت:	الوقت:

- c. ستبدأ الخدمات في هذا التاريخ أو بعده (لا يمكن أن تسبق تاريخ بدء سريان التصريح المسبق):

الإقرار والتوقعات

بالتوقيع أدناه، أدرك وأقر بما يلي:

- تخضع مهام الرعاية، ومدتها، وجدولها للتغيير بناءً على احتياجات المستفيد، ومدى توفر مُقدّم الرعاية، وقدرته.
- يستطيع مُقدّم الرعاية تنفيذ مهام الرعاية المحددة، ويوافق على جدول العمل ومدته.
- يتولى مُقدّم الرعاية تقديم تقارير الجداول الزمنية بُمُد العمل المُصرح بها والمُنفذة فعليًا فقط، علمًا بأن أي مطالبة تزيد على القدر المُصرح به مسبقًا قد لا يتم تعويضها وقد تؤثر بالسلب في رصيد مخصصات المستفيد.
- يمكن للمستفيد الاستغناء عن خدمات مُقدّم الرعاية في أي وقت ولأي سبب.
- يجب على مُقدّم الرعاية تقديم إخطار قبل المغادرة، وذلك وفق نحو يمتثل لسياسة منظمة CDWA.

توقيع المستفيد (أو الممثل القانوني) التاريخ

توقيع مُقدّم الرعاية (مُقدّم الخدمات الفردي) التاريخ

ورقة عمل تحديد احتياجات الرعاية

يمكنك استخدام هذا المستند لتحديد مهام الرعاية التي تحتاج إلى مساعدة بشأنها، ونوع المساعدة التي تحتاج إليها، وعدد الساعات التي تتوقع أن تستغرقها المساعدة.

تتضمن مهام الرعاية كلاً من أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة في الحياة اليومية.

أنشطة الحياة اليومية (ADL)، تشير إلى المهام الأساسية للرعاية الذاتية التي يقوم بها الفرد بشكل يومي أو منتظم للحفاظ على رعايته الشخصية وصحته العامة.

الأنشطة المساعدة في الحياة اليومية (IADL)، تشير إلى المهام اللازمة لضمان المعيشة المستقلة وإدارة منزل الفرد وحياته.

فيما يلي أوصاف للمهام وأنواع المساعدة التي يمكن لمُقدِّم الرعاية مساعدتك بشأنها.

نوع المساعدة	الوصف
الدعم أو المتابعة/الإشراف	يمكن أن يكون مُقدِّم الرعاية على مقربة منك، أو في مجال رؤيتك.
التنبيه اللفظي	الإشارة بفعل شيء ما (تناول الطعام، أو تلقي الدواء، أو الاستحمام)، أو تذكيرات بكيفية إكمال مهمة ما (أولاً، ثم تالياً)
المساعدة الجسدية	المساعدة اليدوية في إكمال مهمة ما (إنهاضك من الفراش، وإلباسك الجوارب، وغسل شعرك)
نشاط الحياة اليومية	الوصف
ارتداء الملابس	الحصول على مساعدة بشأن الوصول إلى الملابس واختيارها، وتزوير الملابس، وإغلاق السحاب، وارتداء الملابس/الجوارب/الأحذية ونزعها.
الاستحمام	الحصول على مساعدة بشأن الدخول إلى و/أو الخروج من الدُش/حوض الاستحمام، وغسل الجسم، وغسل الشعر، وشطف الجسم بالماء، وتقديم المساعدة الداعمة، والمساعدة على الاستحمام في الفراش
الحركة	الحصول على مساعدة بشأن السير حول منزلك، ودفع الكرسي المتحرك أو المشاية أو توجيههما، وإخلاء الممرات من أي عوائق، والمراقبة لضمان السلامة
التنقل	الحصول على مساعدة بشأن النهوض من الكرسي، والجلوس على الأريكة، والجلوس على/النهوض من الكرسي المتحرك، والدخول إلى/النهوض من الفراش
تناول الطعام	وجود شخص ما يقوم بإحضار الطعام إليك، أو تقطيعه، أو هرسه حسب الحاجة، وبنهك إلى أخذ لُقَمَات منه، ويطعمك، ويحمل المشروبات إليك لتتمكن من تناولها
الحركة في الفراش	الحصول على مساعدة بشأن التقلب في الفراش أو الجلوس منتصباً عليه، وتغيير وضعية الجسم بانتظام للوقاية من تقرحات الجلد
النظافة الشخصية	الحصول على مساعدة بشأن غسل أسنانك بالفرشاة، وتنظيف طقم أسنانك، والحلاقة، وتمشيط شعرك، ووضع مرطبات البشرة، وتقليم الأظافر
استخدام المراض	المساعدة بشأن الدخول إلى/الخروج من دورة المياه، أو استخدام المراض أو المبولة، أو التنظيف بعد الانتهاء، أو تعديل الملابس، أو المتابعة، أو التنبيه
النشاط المساعد في الحياة اليومية	الوصف
الأعمال المنزلية	الحصول على مساعدة بشأن غسل أطباقك، وتنظيف الطاولات بعد إعداد الوجبات، وغسل ملابسك، وترتيب فراشك، وتنظيف الأرضيات، والتنظيف، وترتيب الأغراض

إعداد الوجبات	الحصول على مساعدة بشأن طهي الوجبات الجاهزة للأكل أو إعادة تسخينها لاحقاً، وإعداد الوجبات الخفيفة، وإعداد قائمة الطعام (احرص على إخباره بحالات الحساسية الغذائية، أو قيود النظام الغذائي، أو التفضيلات الغذائية لديك)		
التسوق*	اصطحبك إلى المتجر ومساعدتك بشأن التسوق، ويمكنك إيصالك إلى المتجر وإعادتك منه، ويمكنك التسوق بدلاً منك، واستلام أي طلب مُجرى عبر الإنترنت، بما يشمل استلام الأدوية		
المواعيد*	توفير وسائل النقل إلى المواعيد الطبية، ومواعيد طبيب الأسنان، ومواعيد متابعة الصحة النفسية، وإلى مجموعات الدعم إما في سيارة مُقدّم الرعاية أو برفقته في أي وسيلة نقل أخرى كحافلة المدينة		
توفير الخشب	الحصول على مساعدة بشأن تكديس الخشب في المنزل، وتجهيز المدفأة، وإشعال النار. ولا يشمل ذلك تقطيع الخشب.		
إدارة الأدوية	تذكيرات بتناول الأدوية، وإعادة طلب الأدوية، وتجهيز علبة أقراص أو موزع أدوية (لا يمكن لمُقدّم الخدمات الفرديين وضع الأقراص في فمك أو إعطاؤها إليك دون علمك، كأن تكون مخفية في الطعام على سبيل المثال، وهناك بعض الأدوية يجب أن تكون تحت إشراف ممرض(ة) مسجل مفوض إذا لم تكن لمُقدّم الخدمات الفردي علاقة بك)		
* بالنسبة إلى المهام المتعلقة بالنقل، هناك حد أقصى من الأميال التي يمكن تعويض مُقدّم الرعاية عنها. وإذا لزم الأمر، يمكنك الاستعانة بخدمة النقل التابعة لصندوق WA Cares Fund Transportation (WA Cares) للحصول على الدعم الإضافي.			
باستخدام المعلومات المذكورة أعلاه، يمكن لورقة العمل التالية أن تساعد بشأن تخطيط رعايتك مع مُقدّم (مُقدّم) رعايتك. ويمكن الاستعانة بهذه المعلومات بعد ذلك لإكمال اتفاقية الرعاية الواردة أعلاه.			
المهمة	هل أحتاج إلى مساعدة بشأن هذا؟	ما معدل تواتر المساعدة المطلوبة؟	ما أحتاج إلى مساعدة بشأنه
مثال - الاستحمام	لا <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/>	3 مرات أسبوعياً	الدخول إلى حوض الاستحمام والخروج منه، وغسل شعري
ارتداء الملابس	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
الاستحمام	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
الحركة	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
التنقل	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
تناول الطعام	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
إدارة الأدوية	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
الحركة في الفراش	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
النظافة الشخصية	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
استخدام المراحيض	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
الأعمال المنزلية	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
إعداد الوجبات	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
التسوق	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
المواعيد	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
توفير الخشب	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		