



توافق‌نامه مراقبت برای ذی‌نفعان و مراقبان آنها



Care Agreement for Beneficiaries and Their Caregivers

به‌عنوان ذی‌نفع WA Cares که تصمیم به استخدام ارائه‌دهنده مستقل از طریق Consumer Direct Care Network Washington می‌گیرد، شما مسئول مدیریت فعالیت‌های روزانه‌اش برای خود هستید. نکته حائز اهمیت این است که هر دو طرف روی خدمات مراقبتی که ارائه خواهد شد، توافق کنند. WA Cares توصیه می‌کند از این توافق‌نامه برای هر یک از مراقبان خود، شامل اعضای خانواده، استفاده کنید. این توافق‌نامه برای استفاده شما و مراقب است و CDWA به نسخه‌ای از آن نیاز ندارد. لطفاً توجه داشته باشید اگر سازمان مراقبت در منزل جهت انجام مراقبت در منزل انتخاب کنید، آن‌ها طرح مراقبتی برای شما تدوین خواهند کرد.

1. اطلاعات ذی‌نفع	
نام (نام و نام خانوادگی)	
نماینده قانونی (در صورت وجود)	
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	
2. اطلاعات مراقب	
نام (نام و نام خانوادگی)	
نشانی	
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	
3. خدمات مراقبتی موردنیاز من	
در رابطه با این فعالیت‌ها به کمک نیاز دارم (در صورت نیاز، برای کمک در تکمیل این بخش، به کاربرگ شناسایی نیازهای مراقبتی در صفحه 3 رجوع کنید):	
<input type="checkbox"/> لباس پوشیدن	<input type="checkbox"/> مدیریت مصرف داروها
<input type="checkbox"/> استحمام	<input type="checkbox"/> جابه‌جایی
<input type="checkbox"/> استفاده از سرویس بهداشتی	<input type="checkbox"/> جابه‌جایی در تخت
<input type="checkbox"/> حرکت	<input type="checkbox"/> بهداشت فردی
<input type="checkbox"/> غذا خوردن	<input type="checkbox"/> کارهای خانه
<input type="checkbox"/> تهیه غذا	<input type="checkbox"/> نوبت‌ها
<input type="checkbox"/> خرید	<input type="checkbox"/> فراهم کردن چوب

4. برنامه کاری

a. به _____ ساعت مراقبت شخصی در هفته یا در ماه نیاز دارم.
 * تمام ساعات به واحدهای 15 دقیقه‌ای در سیستم پرداخت WA Cares تبدیل خواهد شد.
 ب. انتظار دارم مراقبم در این روز(ها) و ساعت(ها) خدمات حمایتی به من ارائه کند:

یکشنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	شنبه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زمان:	زمان:	زمان:	زمان:	زمان:	زمان:	زمان:

c. خدمات در یا پس از این تاریخ شروع خواهد شد (نمی‌تواند قبل از تاریخ شروع پیش‌تأییدیه باشد):

گواهی و امضاها

امضای من در زیر به‌منزله درک و گواهی این موارد است:

- وظایف مراقبت، ساعات و برنامه‌های کاری می‌تواند بسته به نیازهای ذی‌نفع و در دسترس بودن و توانایی مراقب تغییر کند.
- مراقب توانایی انجام وظایف مراقبتی تعیین‌شده را دارد و با برنامه و ساعات کاری موافقت می‌کند.
- مراقب فقط گزارش‌های ساعات کاری مجاز و انجام‌شده را ارسال می‌کند و متوجه است که ممکن است هزینه مطالبه ساعات اضافه‌تر از پیش‌تأییدیه پرداخت نشود و این اقدام تأثیر منفی روی مانده مزایای ذی‌نفع بگذارد.
- ذی‌نفع می‌تواند در هر زمان و به هر دلیلی، همکاری با مراقب را خاتمه دهد.
- مراقب باید پیش از توقف همکاری خود، مطابق با خط‌مشی CDWA، اطلاع‌رسانی کند.

امضای ذی‌نفع (یا نماینده قانونی) تاریخ

امضای مراقب (ارائه‌دهنده مستقل) تاریخ

کاربرگ شناسایی نیازهای مراقبتی

از این سند می‌توانید برای تعیین وظایف مراقبتی که در آن‌ها نیازمند کمک هستید، نوع کمک موردنیاز خود و تعداد ساعات مدنظر برای دریافت کمک استفاده نمایید.

وظایف مراقبتی هم شامل فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره و هم شامل فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره است.

فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره یا به اختصار ADLها، به وظایف خودمراقبتی پایه خودمراقبتی گفته می‌شود که فرد برای حفظ سلامت کلی و مراقبت شخصی‌اش هر روز یا به‌طور منظم انجام می‌دهد.

فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره یا به اختصار IADLها، به وظایفی گفته می‌شود که برای زندگی مستقل و مدیریت امور خانه و زندگی فرد ضروری است.

توصیف وظایف و نوع کمکی که مراقب می‌تواند به شما ارائه دهد در زیر توضیح داده شده است.

نوع کمک	توضیح
حضور در حالت آماده یا نظارت/پایش	مراقب می‌تواند در فاصله‌ای نزدیک یا در محدوده دید شما حاضر باشد
راهنمایی کلامی	ارائه راهنمایی برای انجام کارها (غذا خوردن، مصرف داروها، استحمام) یا یادآورهای نحوه تکمیل کار (ابتدا یک کار و سپس کار دیگر)
کمک فیزیکی	ارائه کمک فیزیکی در تکمیل وظیفه (بلند شدن از تخت، پوشیدن جوراب، شست‌وشوی مو)
فعالیت‌های زندگی روزمره	توصیف
لباس پوشیدن	دریافت کمک در زمینه انتخاب لباس، بستن دکمه‌ها و زیپ، پوشیدن و درآوردن لباس/جوراب/کفش
استحمام	دریافت کمک در زمینه وارد و/یا خارج شدن از حمام/وان، شست‌وشوی بدن، شست‌وشوی مو، آبکشی، قرار داشتن در حالت آماده کمک، حمام در تخت
حرکت	دریافت کمک در زمینه حرکت در خانه، هل دادن یا هدایت کردن ویلچر یا واکر، برداشتن موانع از مسیرها، نظارت بر ایمنی
جابجایی	دریافت کمک در رابطه با بلند شدن از صندلی، نشستن روی مبل، نشستن روی/بلند شدن از ویلچر و تخت
غذا خوردن	غذا آوردن توسط فردی برای شما، خرد یا له کردن غذا طبق نیاز، یادآوری برای جویدن غذا، کمک در صرف غذا، نگه داشتن نوشیدنی‌ها برای شما
جابجایی در تخت	دریافت کمک در زمینه غلتیدن یا نشستن در تخت، تغییر وضعیت بدن به‌طور منظم برای جلوگیری از له شدگی پوست
بهداشت فردی	دریافت کمک در زمینه مسواک زدن، تمیز کردن دندان مصنوعی، اصلاح صورت، شانه زدن مو، استفاده از لوسیون، رسیدگی به ناخن‌ها
استفاده از سرویس بهداشتی	کمک در نشستن/بلند شدن از توالت، استفاده از لگن یا ظرف ادرار، تمیز کردن، مرتب کردن لباس، نظارت یا ارائه راهنمایی مربوطه
فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره	توصیف
کارهای خانه	دریافت کمک در زمینه شست‌وشوی ظروف، تمیز کردن آشپزخانه پس از تهیه غذا، شست‌وشوی لباس‌ها، مرتب کردن تختخواب، نظافت کف زمین، گردگیری و مرتب کردن وسایل

تهیه غذا	دریافت کمک در زمینه پخت و عده‌های غذایی یا گرم کردن آن‌ها، تهیه میان‌وعده، برنامه‌ریزی برای تهیه منوی غذایی (حتماً هرگونه آلرژی، رژیم غذایی یا ترجیحات غذایی خاص را به او اطلاع دهید)		
خرید*	بردن شما به فروشگاه و کمک به شما در خرید، می‌تواند شما را به محل مدنظرتان برساند و به دنبال شما بیاید، می‌تواند برای شما خرید کند، سفارش آنلاین، از جمله دارو، تحویل بگیرد		
نوبت‌ها*	حمل‌ونقل به نوبت‌های پزشکی، نوبت‌های دندان‌پزشکی، نوبت‌های سلامت روان، گروه‌های حمایتی چه با خودروی مراقب و چه همراهی کردن در سایر شیوه‌های حمل‌ونقل نظیر اتوبوس درون شهری		
فراهم کردن چوب	دریافت کمک در زمینه جمع کردن هیزم در خانه، قرار دادن هیزم در شومینه، آماده‌سازی شومینه. خرد کردن هیزم برعهده مراقب نیست.		
مدیریت مصرف داروها	یادآوری در مصرف داروها، سفارش مجدد داروها، ایجاد جعبه دارو (IP)ها نمی‌توانند بدون اطلاع شما، هیچ دارویی حتی از طریق پنهان کردن در غذا به شما بدهد، همچنین اگر IP نسیتی با شما ندارد، مصرف بعضی از داروها باید تحت نظارت پرستار ناظر دارای پروانه کار صورت گیرد)		
* در رابطه با وظایف مرتبط با حمل‌ونقل، محدودیتی در مسافت جابه‌جایی برای مراقب وجود دارد. در صورت نیاز، برای دریافت حمایت بیشتر از خدمات حمل‌ونقل WA Cares Fund استفاده کنید.			
استفاده از اطلاعات بالا، این کاربرد می‌تواند در تدوین خدمات مراقبتی با مراقب(ها) به شما کمک کند. در ادامه می‌توانید از این اطلاعات برای تکمیل توافق‌نامه مراقبت در بالا استفاده کنید.			
وظیفه	در این رابطه به کمک نیاز دارم؟	تعداد دفعات نیاز به کمک؟	مواردی که در آن به کمک نیاز دارم
نمونه - استحمام	بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	3 بار در هفته	رفتن به حمام و بیرون آمدن از آن و شست‌وشوی مو
لباس پوشیدن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
استحمام	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
حرکتی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
جابه‌جایی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
غذا خوردن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
مدیریت مصرف داروها	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
جابه‌جایی در تخت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
بهداشت فردی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
استفاده از سرویس بهداشتی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
کار خانه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
تهیه غذا	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
خرید	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
نوبت‌ها	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
فراهم کردن چوب	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		