



Key Autism Services
Unlocking Your Child's Potential

Paquet d'admission du client et Manuel du parent

Principaux services en matière d'autisme

Bienvenue à Key Autism Services! Nous sommes ravis que vous nous ayez choisis pour aider votre enfant à libérer son potentiel. Dans ce paquet, vous trouverez toutes les informations dont vous aurez besoin pour naviguer dans ce processus. Toutes les questions, aussi petites soient-elles, sont tout aussi importantes pour nous. Nous nous efforçons d'aller au-delà pour fournir des services de la plus haute qualité à nos clients.

Table des matières

..... Principaux services	
..... en matière d'autisme	
.....	2
.....	
Coordonnées.....	3
.....	
Avis..... d'information	
..... et	
..... pratiques	
..... de confidentialité	4
.....	
Accusé de	
..... réception de l'avis d'information	
..... et pratiques	
..... de	
..... confidentialité	9
.....	
.....	
..... Traitement	
.....ABA10	
.....	
.....Politique	
..... de non-discrimination et d'aide linguistique	12
.....	
Aucune sollicitation de	
..... client	
.....	14
.....	
Politiques et	
..... procédures de	
..... dépôt	

..... des griefs
.....14
.....
Politique sur les maladies des
..... clients 15
.....
.....Politique
.....de santé et de sécurité des lieux
..... de
..... service16
.....
.....Politique de participation des
..... parents17
.....
.....Politique
..... d’annulation et
..... de congé prolongé du
..... client18
.....
Consentement à..... la communication
..... par courriel et partexto 19
.....
Politique sur l’utilisation du courrier électronique
..... pour
..... transmettre des
..... renseignements sur la
..... santé
..... 21
.....
.....Responsabilité
..... financière22
.....
Consentement..... pour
..... les
..... services
.....ABA23
.....
.....Renseignements sur le
..... client24
.....
Évaluation initiale des risques
.....
.....25
.....
Coordination..... des soins
.....26

.....

Autorisation..... de divulgation de dossiers
..... médicaux et de renseignements médicaux.....27
.....

Page de signature des parents/fournisseurs de soins -
..... Manuel des
..... parents 28
.....

Coordonnées

Téléphone : 857-829-4040

Télécopieur : 844-965-9105

Courriel : info@keyautismservices.com

Web : <https://www.keyautismservices.com>

<https://www.facebook.com/KeyAutismServices>

Adresse: 106 Apple Street

Suite 221

Tinton Falls, Nj 07724

Avis d'information et pratiques en matière de protection de la vie privée

SONAVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS DE SANTÉ VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES INFORMATIONS. PBAIL EXAMINEZ-LE ATTENTIVEMENT.

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos renseignements sur la santé et sommes tenus par la loi de le faire. Cet avis décrit comment nous pouvons utiliser vos informations de santé au sein de Key Autism Services et comment nous pouvons les divulguer à d'autres en dehors de Key Autism Services, cet avis décrit également les droits que vous avez concernant vos propres informations de santé. Nous devons respecter les obligations décrites dans le présent avis et vous en remettre une copie. Veuillez lire attentivement cet avis et nous faire savoir si vous avez des questions.

COMMENT NOUS UTILISONS ET DIVULGUONS VOS INFORMATIONS DE SANTÉ

Nous sommes autorisés ou tenus d'utiliser ou de divulguer des informations de santé vous concernant à certaines fins sans votre autorisation. Toutefois, certaines utilisations et divulgations de vos renseignements sur la santé nécessitent votre autorisation. Voici comment nous pouvons utiliser ou partager vos renseignements sur la santé :

Traitement:

Nous pouvons utiliser vos informations de santé pour vous fournir des services et des fournitures médicales. Nous pouvons également divulguer vos informations de santé à d'autres personnes qui ont besoin de ces informations pour vous traiter, telles que les médecins, les adjoints au médecin, les infirmières, les étudiants en médecine et en soins infirmiers, les techniciens, les thérapeutes, les fournisseurs de services d'urgence et de transport médical, les fournisseurs d'équipement médical et d'autres établissements impliqués dans vos soins. Par exemple, nous permettrons à votre médecin d'avoir accès à votre dossier médical pour vous aider dans votre traitement et pour les soins de suivi.

Nous pouvons également utiliser et divulguer vos renseignements médicaux pour communiquer avec vous afin de vous rappeler un rendez-vous à venir, pour vous informer des options de traitement ou des solutions de rechange possibles, ou pour vous informer des services liés à la santé qui s'offrent à vous.

Païement:

Nous pouvons utiliser et divulguer vos informations de santé aux assureurs et aux régimes de santé pour être payés pour les services ou les fournitures que nous vous fournissons. Par exemple, votre régime de soins de santé ou votre compagnie d'assurance maladie peut demander à voir des parties de vos renseignements médicaux avant de nous payer pour votre traitement.

Opérations de soins de santé:

Nous pouvons utiliser et partager vos informations de santé pour gérer notre organisation, améliorer vos soins et vous contacter si nécessaire. Par exemple, nous utilisons des informations de santé vous concernant pour gérer votre traitement et vos services.

Membres de la famille et autres personnes impliquées dans vos soins :

Sauf si vous vous y opposez, nous pouvons divulguer vos renseignements médicaux à un membre de votre famille ou à un ami proche qui participe à vos soins de santé, ou à quelqu'un qui vous aide à payer vos soins. Nous pouvons également divulguer vos renseignements sur la santé à des organismes de secours en cas de catastrophe pour aider à localiser un membre de la famille ou un ami en cas de catastrophe.

Associés d'affaires :

Nous pouvons divulguer vos informations de santé à nos fournisseurs de services tiers (« Partenaires commerciaux ») qui exécutent des fonctions en notre nom ou nous fournissent des services si les informations sont nécessaires pour ces fonctions ou services. Tous nos partenaires commerciaux sont tenus, en vertu d'un contrat avec nous, de protéger la confidentialité de vos informations et ne sont pas autorisés à utiliser ou à divulguer des informations autres que celles spécifiées dans notre contrat.

AUTRES UTILISATIONS ET DIVULGATIONS

Requis par la loi:

Les lois fédérales, étatiques ou locales nous obligent parfois à divulguer les informations de santé des patients. Par exemple, nous sommes tenus de divulguer les informations sur la santé des patients au ministère américain de la Santé et des Services sociaux afin qu'il puisse enquêter sur les plaintes ou déterminer notre conformité à la loi HIPAA. Nous sommes aussi tenu de fournir des renseignements aux programmes d'indemnisation des accidents du travail pour les blessures liées au travail.

Activités de santé publique :

Nous pouvons signaler certaines informations de santé à des fins de santé publique. Par exemple, nous sommes tenus de déclarer les naissances, les décès et les maladies transmissibles au gouvernement de l'État. Nous pouvons également être amenés à signaler les effets indésirables de médicaments ou de produits médicaux à la Food and Drug Administration des États-Unis (la « FDA »), ou nous pouvons informer les patients des rappels de médicaments ou de produits qu'ils utilisent.

Sécurité publique :

Nous pouvons divulguer des renseignements sur la santé à des fins de sécurité publique dans des circonstances limitées. Nous pouvons divulguer des renseignements sur la santé aux agents d'application de la loi en réponse à un mandat de perquisition ou à une assignation à comparaître devant un grand jury. Nous pouvons également divulguer des renseignements sur la santé pour aider les agents d'application de la loi à identifier ou à localiser une personne, pour poursuivre un crime de violence, pour signaler les décès qui pourraient avoir résulté d'une conduite criminelle et pour signaler une conduite criminelle au sein des Services clés en autisme. Nous pouvons également divulguer vos informations de santé aux agents d'application de la loi et à d'autres personnes pour prévenir une menace grave pour la santé ou la sécurité.

Activités de surveillance de la santé :

Nous pouvons divulguer des renseignements sur la santé à un organisme gouvernemental qui supervise

Les Services clés en matière d'autisme ou son personnel pour les activités nécessaires au gouvernement afin d'assurer une surveillance appropriée du système de soins de santé, de certains programmes de prestations gouvernementales et de la conformité. avec certaines lois sur les droits civils.

Coroners, médecins légistes et directeurs de funérailles :

Nous pouvons divulguer des informations concernant des patients décédés à des coroners, des médecins légistes et des directeurs de funérailles pour les aider à s'acquitter de leurs fonctions.

Militaires, anciens combattants, sécurité nationale et autres fins gouvernementales :

Si vous êtes membre des forces armées, nous pouvons communiquer vos renseignements sur la santé selon les exigences des autorités de commandement militaire ou au ministère des Anciens Combattants. Les services clés de l'autisme peuvent également divulguer des informations sur la santé à des agents fédéraux à des fins de renseignement et de sécurité nationale ou pour des services de protection présidentiels.

Procédures judiciaires :

Les services clés en matière d'autisme peuvent divulguer des renseignements sur la santé si un tribunal leur ordonne de le faire ou si une assignation à comparaître ou un mandat de perquisition est signifié. Vous recevrez un préavis de cette divulgation dans la plupart des situations afin que vous ayez la possibilité de vous opposer au partage de vos informations de santé.

Marketing/Vente d'informations :

Nous ne vendrons jamais vos informations ou ne partagerons jamais vos informations à des fins de marketing, sauf si vous nous donnez une autorisation écrite. Si nous vous contactons pour des efforts de collecte de fonds, vous pouvez nous demander de ne plus vous contacter.

Informations avec protection supplémentaire :

Certains types d'informations de santé bénéficient d'une protection supplémentaire en vertu de la loi fédérale et de l'État. Par exemple, l'information sur la santé sur les maladies transmissibles et le VIH/sida, le traitement de l'abus de drogues et d'alcool, les tests génétiques, l'évaluation et le traitement d'une maladie mentale grave est traitée différemment des autres types d'information sur la santé. Pour ces types d'informations, Key Autism Services est tenu d'obtenir votre autorisation avant de divulguer ces informations à d'autres personnes dans de nombreuses circonstances.

Votre autorisation écrite pour toute autre utilisation ou divulgation de vos renseignements sur la santé :

Si Key Autism Services souhaite utiliser ou divulguer vos renseignements sur la santé à des fins qui ne sont pas abordées dans le présent avis, Key Autism Services demandera votre autorisation. Si vous donnez votre autorisation à Key Autism Services, vous pouvez reprendre cette autorisation à tout moment, sauf si nous nous sommes déjà fiés à votre autorisation d'utiliser ou de divulguer des informations. Si vous souhaitez révoquer votre autorisation, veuillez en informer le responsable de la protection de la vie privée par écrit.

Restrictions sur la divulgation des RPS au régime de soins de santé :

Les Services clés en matière d'autisme doivent se conformer à une demande visant à restreindre la divulgation des RPS à un régime de soins de santé si la divulgation est faite pour un paiement ou des

opérations de soins de santé et concerne un article ou un service de soins de santé pour lequel la personne a payé de sa poche en totalité.

QUELS SONT VOS DROITS ?

Droit de demander vos renseignements médicaux :

Vous avez le droit d'examiner vos propres renseignements sur la santé et d'en obtenir une copie. Veuillez noter que des exceptions peuvent s'appliquer comme prévu par la loi. (La loi nous oblige à conserver le dossier original.) Cela inclut votre dossier de santé, votre dossier de facturation et d'autres dossiers que nous utilisons pour prendre des décisions concernant vos soins. Pour demander vos renseignements sur la santé, appelez ou écrivez au responsable de la protection de la vie privée à l'adresse ci-dessous. Si vous demandez une copie de vos informations, nous vous facturerons nos frais de copie des informations. Nous vous dirons à l'avance ce que coûtera cette copie. Vous pouvez consulter votre dossier sans frais.

Droit de demander la modification des renseignements médicaux que vous croyez erronés ou incomplets :

Si vous examinez vos renseignements sur la santé et croyez que certains renseignements sont erronés ou incomplets, vous pouvez nous demander de modifier votre dossier. Pour nous demander de modifier vos renseignements médicaux, soumettez une demande écrite à l'adresse ci-dessous. Nous pouvons refuser votre demande, mais nous répondrons à votre demande avec une explication dans les 60 jours.

Droit d'obtenir une liste de certaines divulgations de vos renseignements sur la santé :

Vous avez le droit de demander une liste de nombreuses divulgations que nous faisons de vos renseignements sur la santé. Si vous souhaitez recevoir une telle liste, soumettez une demande écrite à l'adresse ci-dessous. Nous vous fournirons la première liste gratuitement, mais nous pouvons vous facturer toutes les listes supplémentaires que vous demandez au cours de la même année. Nous vous indiquerons à l'avance ce que cette liste coûtera et vous pouvez choisir de modifier ou de retirer votre demande à ce moment-là.

Droit de demander des restrictions sur la façon dont les services clés en matière d'autisme utiliseront ou divulgueront vos renseignements médicaux pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé:

Vous avez le droit de nous demander de NE PAS utiliser ou divulguer vos renseignements médicaux pour vous traiter, pour demander un paiement pour des soins ou pour faire fonctionner le système. Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande, mais si nous sommes d'accord, nous nous conformerons à cet accord. Si vous souhaitez demander une restriction, écrivez au responsable de la protection de la vie privée à l'adresse ci-dessous et décrivez votre demande en détail.

Droit de demander des communications confidentielles :

Vous avez le droit de nous demander de communiquer avec vous d'une manière que vous jugez plus confidentielle. Par exemple, vous pouvez nous demander de ne pas appeler votre domicile, mais de communiquer uniquement par courrier. Pour ce faire, veuillez en discuter avec votre soignant ou soumettre une demande écrite au responsable de la protection de la vie privée à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également demander à parler à vos fournisseurs de soins de santé en privé en

dehors de la présence d'autres patients – il suffit de leur demander.

Droit d'être avisé à la suite d'une violation de RPS non sécurisés :

Vous avez le droit et serez informé si vos informations de santé ont été violées dès que possible, mais en tout état de cause, au plus tard soixante (60) jours après notre découverte de la violation.

Droit de choisir un représentant :

Si vous avez donné une procuration médicale à quelqu'un ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix concernant vos renseignements sur la santé. Nous nous assurons que cette personne a l'autorité et peut agir pour vous avant de prendre des mesures.

MODIFICATIONS APPORTÉES AU PRÉSENT AVIS :

De temps à autre, nous pouvons modifier nos pratiques concernant la façon dont nous utilisons ou divulguons les renseignements sur la santé des patients, ou la façon dont nous mettons en œuvre les droits des patients concernant leurs renseignements. Nous nous réservons le droit de modifier cet avis et de rendre les dispositions de notre nouvel avis effectives pour toutes les informations de santé que nous conservons. Si nous modifions ces pratiques, nous publierons un avis révisé de pratiques de confidentialité. Vous pouvez obtenir une copie de notre Avis de pratiques de confidentialité actuel à tout moment en demandant une au responsable de la protection de la vie privée à l'adresse ci-dessous.

Droits des personnes handicapées en Caroline du Nord :

Pour plus d'informations sur les droits des personnes handicapées en Caroline du Nord, vous pouvez visiter <https://disabilityrightsn.org/> ou les contacter directement au 919-856-2195.

Accusé de réception de l'avis d'information et pratiques en matière de protection de la vie privée

Nom du patient : _____

J'ai reçu une copie de l'Avis de **renseignements et des pratiques de confidentialité de** Key Autism Services («Avis»), qui décrit la façon dont mes renseignements sur la santé sont utilisés et partagés. Je comprends que Key Autism Services a le droit de modifier cet avis à tout moment. Je peux obtenir une copie à jour en communiquant avec le responsable de la protection de la vie privée au 857-829-4040.

Ma signature ci-dessous reconnaît que j'ai reçu une copie de l'Avis d'information et des pratiques de confidentialité :

Date de signature du patient ou du représentant

personnel

Nom d'impression

Titre du représentant personnel (*p. ex., tuteur, exécuteur testamentaire, procuration en matière de soins de santé*)

Traitement ABA

L'analyse comportementale appliquée (ACA) est une approche scientifique fondée sur des données probantes utilisée pour améliorer socialement des comportements significatifs. Key Autism Services («KAS») utilise les procédures d'ACA pour les consommateurs à domicile et dans la communauté. Ces procédures utilisent les meilleures pratiques et sont mises en œuvre par un personnel hautement qualifié.

Rôle de la BCBA :

Le Board Certified Behavior Analyst (BCBA) est une certification de deuxième cycle en analyse du comportement. Les professionnels certifiés au niveau BCBA sont des praticiens indépendants qui fournissent des services d'analyse comportementale. En outre, les BCBA supervisent le travail des analystes du comportement adjoints certifiés par le conseil d'administration, des techniciens en comportement enregistrés et d'autres personnes qui mettent en œuvre des interventions d'analyse comportementale.

Rôle du thérapeute comportemental (BT/ RBT):

Le technicien en comportement est un paraprofessionnel qui exerce sous la supervision étroite et continue d'un BCBA. Le BT est principalement responsable de la mise en œuvre directe des services d'analyse comportementale. Le BT ne conçoit pas de plans d'intervention ou d'évaluation. Il est de la responsabilité du superviseur BT de déterminer quelles tâches un BT peut effectuer en fonction de sa formation, de son expérience et de ses compétences.

Étendue des services

KAS fournit une thérapie ABA, un traitement fondé sur des preuves pour les personnes autistes. L'ABA est le seul traitement efficace et éprouvé pour les personnes atteintes d'autisme. Nos BCBA sont éthiquement responsables de mettre en œuvre des procédures d'analyse comportementale fondées sur des preuves et de nature scientifique. Toute autre stratégie ne peut être mise en œuvre par le personnel de KAS.

Si votre traitement est financé par votre fournisseur d'assurance, la portée des services est limitée aux milieux résidentiels et communautaires. Par conséquent, KAS n'est pas en mesure de fournir des services d'ABA directs basés sur l'assurance dans un cadre éducatif pendant les heures de formation. De plus, les objectifs du plan de traitement peuvent ne pas être approuvés par les bailleurs de fonds d'assurance s'ils sont de nature académique.

Les bailleurs de fonds d'assurance exigent une coordination des activités de soins entre KAS BCBA et d'autres spécialistes

fournir des services à nos clients. Ces services comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- Réunions du PEI
- Co-traitement avec d'autres spécialistes
- Rendez-vous chez le médecin
- Appels téléphoniques ou correspondance par courriel avec des médecins, des enseignants et d'autres personnes qui fournissent des services au client

Le personnel de KAS n'est pas autorisé à servir d'expert ou d'autre témoin dans des procédures judiciaires, d'avocat ou d'autres rôles pouvant servir de double relation.

Critères d'entrée

Les clients de tous âges ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre autistique peuvent être considérés pour des services. KAS offre et fournit des services sans discrimination fondée sur la race, la

religion, l'origine nationale ou ethnique, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle ou un handicap mental ou physique. Une évaluation des risques sera effectuée au début des services afin d'évaluer la capacité du client à accéder aux services à domicile ou dans une collectivité.

Critères de sortie clinique

BcBA peut recommander un congé clinique des clients si au moins un des critères suivants est rempli:

- Le traitement est inefficace (peut être dû à des diagnostics comorbides)

- Le client a maîtrisé, maintenu et généralisé tous les objectifs de traitement
- L'évaluation a été effectuée et le client ne présente aucun déficit qui nécessiterait des services intensifs d'analyse du comportement

Toute sortie clinique de services se fera en faisant la transition du traitement vers un niveau de soins inférieur jusqu'à l'indépendance.

Gestion physique

Le recours régulier à la gestion physique (c.-à-d. prises de protection, escortes, etc.) nécessite le consentement écrit des parents ou des tuteurs. Dans le cas où un client, un membre du personnel ou une autre personne impliquée dans les soins du client présente un risque imminent de préjudice physique grave, le personnel peut employer des stratégies de gestion physique sans consentement pour la sécurité des personnes impliquées.

Dotation

Tous les thérapeutes comportementaux participent à un processus de formation rigoureux lors de l'embauche. La formation se poursuit auprès des clients sur les compétences formées et les programmes spécifiques au client. Un analyste du comportement certifié par le conseil d'administration (BCBA) effectue toutes les formations et la supervision. La dotation dépend de la disponibilité des clients et du personnel. Toute question ou préoccupation concernant la formation du personnel doit être adressée au programme BCBA.

Les parents peuvent demander qu'un BT ou un BCBA soit retiré d'un dossier. Tous les efforts seront faits pour remédier à la préoccupation avant de retirer le personnel de l'affaire. KAS ne peut garantir la continuité des services si le BT ou le BCBA ne peut pas être remplacé.

Heures de session

Les services ABA peuvent avoir lieu entre 7 h et 19 h, sauf approbation contraire.

Matériel du programme

Tous les matériaux, la programmation, les stimuli, les renforçateurs, etc. conçu pour l'utilisation ou les fins du programme d'un client est considéré comme la propriété de KAS. Les parents ne seront pas responsables du remboursement de ces articles. À la cessation des services, les parents doivent coordonner le retour de tous les articles associés au programme du client avec la BCBA ou le service à la clientèle. Des copies de documents, de programmes, de données ou de stimuli peuvent être fournies au client moyennant des frais raisonnables et fondés sur les coûts.

Politique de non-discrimination et d'aide linguistique

Key Autism Services se conforme à une loi fédérale sur les droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur l'âge, la race, l'origine ethnique, la religion, la culture, la langue, le handicap physique ou mental, le statut socioéconomique, le sexe, l'orientation sexuelle et l'identité ou l'expression de genre. Key Autism Services n'exclut pas les personnes et ne les traite pas différemment en raison de leur âge, de leur race, de leur origine ethnique, de leur religion, de leur culture, de leur langue, de leur handicap physique ou mental, de leur statut socioéconomique, de leur sexe, de leur orientation sexuelle et de leur identité ou expression de genre.

S'il y a lieu, Key Autism Services fait de son mieux pour fournir des services d'aide linguistique aux personnes dont la langue principale n'est pas l'anglais et des aides et des services aux personnes handicapées pour leur permettre de communiquer efficacement avec le personnel des Services d'autisme clés Si vous avez besoin de ces services, veuillez Personne-ressource : 857-829-4040
POSTE102

Si vous croyez que Key Autism Services n'a pas respecté les lois fédérales sur les droits civils ou a fait preuve de discrimination d'une autre manière sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe, vous pouvez déposer un grief auprès de:

Services clés en
matière d'autisme

C/O Don Foster

Adresse postale : 106 Apple Street, Suite 221, Tinton Falls, NJ 07724

Courriel : don.foster@keyautismservices.com

Vous pouvez déposer un grief en personne ou par la poste, par télécopieur ou par courriel. Si vous avez besoin d'aide pour déposer un grief, Key Autism Services est disponible pour vous aider.

Vous pouvez également déposer une plainte pour atteinte aux droits civils auprès du Bureau des droits civils du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, par voie électronique via le portail de plaintes du Bureau des plaintes relatives aux droits civils, disponible à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par courrier ou par téléphone à l'adresse suivante :

Département de la Santé et des Services sociaux
des États-Unis 200 Independence Avenue, SW

Salle 509F, HHH Building

Washington, D.C. Année

20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Espagnol: ATTENTION: si vous parlez espagnol, vous avez à votre disposition des services d'assistance linguistique gratuits. Appelez le don.foster@keyautismservices.com

James: ATTENTION: Si vous parlez créole haïtien, des services d'aide linguistique sont disponibles pour vous. Appelez don.foster@keyautismservices.com

Vietnamien: REMARQUE: Si vous parlez vietnamien, il existe des services d'assistance linguistique gratuits à votre disposition. Appelez don.foster@keyautismservices.com

Anglais: AVERTISSEMENT: Si vous êtes portugais, des services linguistiques sont disponibles, gratuitement. Appelez don.foster@keyautismservices.com

Chinois: Remarque: Si vous utilisez le chinois traditionnel, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuitement. S'il vous plaît appelez don.foster@keyautismservices.com

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le don.foster@keyautismservices.com

Langue: REMARQUE: Si vous parlez anglais, vous pouvez utiliser les services d'assistance linguistique gratuitement. Appelez don.foster@keyautismservices.com

Anglais: ATTENTION: Si vous parlez la langue russe, des services de traduction gratuits sont à votre disposition. Appelez [on.foster@keyautismservices.com](mailto:don.foster@keyautismservices.com)

Sel et sel : E.K.T.T.D.S.A.L., F.N.S.A.L.A.L.L.L. G.O.T.T.F. A.T.P. Bar Signe
Ara bic:

الهاتف تمديد don.foyour@keyautismserdanslesglaces.Com

Anglais: ATTENTION: Dans le cas où la langue parlée est l'italien, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Appelez le numéro don.foster@keyautismservices.com

Anglais: ATTENTION: Si vous parlez allemand, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Numéro de téléphone: don.foster@keyautismservices.com

Coréen : Remarque : Si vous parlez coréen, vous pouvez utiliser gratuitement la prise en charge linguistique. S'il vous plaît appelez don.foster@keyautismservices.com heures.

Anglais: REMARQUE: Si vous parlez polonais, vous pouvez utiliser un support linguistique gratuit. Appeler à don.foster@keyautismservices.com

Gujarati:Instructions: Si vous parlez gajrati, alors nan:des services de soutien linguistique gratuits sont à votre disposition. Appeler don.foster@keyautismservices.com

Thai: ๕๖ : À Khunpu Dhasatai Tor Yil Ottawat, ovale téléphone
Khunsama Voiture ch Le DF
ua

don.foster@keyautismservices.com

Aucune sollicitation de client

Cette agence se conforme au Bureau de l'inspecteur général du ministère américain de la Santé et des Services sociaux et ne donnera pas aux clients des articles d'une valeur supérieure à 10 \$ à la fois ou supérieurs à 50 \$ par an. Nous allons également au-delà de cela et respectons le code d'éthique du Conseil de certification de l'analyse du comportement et ne pouvons accepter des cadeaux de quelque montant que ce soit à tout moment par quiconque.

Nous ne contacterons pas les clients potentiels par téléphone à des fins de sollicitation à moins que le client potentiel n'ait donné l'autorisation écrite au fournisseur de prendre contact par téléphone. Si un contact téléphonique est nécessaire concernant la fourniture d'un article ou d'un service, il sera complété dans un délai de 15 mois précédant la date à laquelle l'article ou le service a été fourni.

Aucun employé ou membre du personnel de Key Autism ne sollicitera, n'incitera ou ne demandera un témoignage concernant les services de Key Autism de la part d'une personne recevant des services d'un établissement ou d'un programme Key Autism ou d'un membre de la famille ou d'une partie responsable d'un patient ou d'un client Key Autism. Key Autism Service n'affichera pas de témoignages, sollicités ou non, de clients qui obtiennent activement des services.

La loi nous permet de vous envoyer des communications écrites sur les traitements et les opérations de soins de santé, y compris les produits et services que nous offrons. Il s'agit d'une partie normale de la relation fournisseur-client et aucune autorisation n'est requise pour le faire. Toutefois, les communications qui sont commanditées ou remboursées par un tiers dont les produits de soins de santé, les services ou les thérapies, y compris les documents d'ACA, qui vous sont envoyés par la poste, doivent être autorisés par vous. Vous avez le droit de révoquer l'autorisation par écrit à tout moment. Notre agence ne conditionnera pas le traitement à la question de savoir si vous avez autorisé ces communications.

En tant que fournisseur, nous pouvons participer à des événements publics (foires de la santé) et à des envois postaux de masse aux clients / clients potentiels pour les informer de nouveaux produits ou services. Une fois qu'un client nous contacte, nous pouvons faire un suivi afin de clarifier l'heure d'un rendez-vous ou d'évaluer la satisfaction à l'égard d'un service ou d'un article reçu.

Les fournisseurs/membres du personnel qui commandent un service recevront un rapport sur les constatations et les recommandations. Les données du client ne seront pas partagées avec un autre fournisseur de soins de santé ou un membre de la famille sans autorisation spécifique.

Politiques et procédures de dépôt des griefs

Bien que la résolution informelle des situations liées au traitement ou à la facturation soit encouragée, il peut y avoir des situations dans lesquelles une considération et une résolution formelles sont nécessaires. Toutes les préoccupations relatives au traitement de l'ACA doivent être adressées aux PROGRAMMES DE LBC. Si le grief n'est pas résolu de manière satisfaisante, le client peut soumettre une déclaration écrite ou orale au directeur des services cliniques : support@keyautismservices.com.

Toute préoccupation liée à l'exploitation ou à la facturation doit être adressée au Service à la clientèle. Si le grief n'est pas résolu de façon satisfaisante, le client peut soumettre une déclaration écrite ou orale au directeur des opérations : support@keyautismservices.com.

À tout moment au cours de ce processus, vous pouvez communiquer avec votre compagnie d'assurance.

Aucune forme de représailles ne doit se produire et aucun impact sur le service ne doit être créé à la suite d'un grief. Tous les documents concernant le grief seront déposés dans le dossier du client.

Politique sur les maladies des clients

La Politique sur les maladies des clients protège la santé de tous nos clients, de leurs familles et de nos fournisseurs de services. Les clients, leurs familles et nos fournisseurs de services doivent adhérer à ces politiques pour prévenir la propagation de maladies infectieuses. Certains de nos clients ou de notre personnel peuvent avoir un système immunitaire compromis ou l'incapacité de lutter contre les infections. Cette politique protège tous les clients et le personnel contre la maladie infectieuse ou la maladie.

Les services doivent être annulés en cas de l'un des symptômes suivants présents chez le client avec ou sans l'utilisation de médicaments dans les 24 heures suivant une séance:

- Une température de 100,4 ou plus
- 2 occurrences consécutives de diarrhée (non associées à des conditions médicales)
- 1 apparition de vomissements (non associés à des conditions médicales)
- Éruptions cutanées (à l'exclusion de l'érythème fessier)
- Décharge verte ou jaune
- Irritabilité ou épuisement extrême
- Infection oculaire
- Piratage ou toux persistante
- Toux productive avec mucosités vertes ou jaunes
- Absence à l'école ou à d'autres thérapies pour cause de maladie

Tous les membres de la famille qui présentent ces symptômes doivent être séparés des clients et des fournisseurs pendant les séances. Dans le cas où un membre de la famille souffre d'une maladie très contagieuse (c.-à-d. œil rose, maladie main-pied-bouche), les séances doivent être annulées jusqu'à ce que les symptômes aient été résolus.

Le personnel peut mettre fin à une séance à tout moment où il identifie qu'un client n'est pas en mesure d'accéder au traitement en raison d'une maladie.

Le personnel annulera une séance s'il présente des symptômes susceptibles d'exposer un client à une maladie.

Veillez reconnaître que vous avez lu et compris la politique qui précède en plaçant vos

initiales ici: _____

Politique de santé et de sécurité des emplacements de service

Les clients et les familles sont responsables de fournir un endroit à la fois sûr et sain pour que notre personnel puisse fournir un traitement. Dans le cas où le lieu de service a été jugé dangereux ou malsain, les clients et les familles ont la possibilité de fournir un autre endroit pour la prestation de services. Si un autre emplacement n'est pas fourni, les services seront suspendus jusqu'à ce qu'un lieu de prestation de services sain et sûr puisse être identifié.

Les situations suivantes (par exemple, sans s'y limiter) peuvent être considérées comme dangereuses ou malsaines pour le traitement :

- Punaises de lit
- Infestation de rongeurs ou d'insectes
- Fuites de monoxyde de carbone
- Problèmes de CVC (pas de climatisation pour les températures diurnes supérieures à 80 degrés, pas de chaleur pour les températures diurnes inférieures à 32 degrés)
- Drogues illicites présentes
- Membres de la famille ou adultes inaptes
- Violence domestique active

Si l'une de ces situations est présente, les familles doivent aviser le cas BCBA et le coordonnateur des services à la clientèle pour prendre des dispositions en vue d'une suspension des services ou de la prestation de services à un autre endroit.

Si l'une de ces situations est présente pendant la session, le personnel des Services clés en autisme se réserve le droit de mettre fin immédiatement à la session.

Dans le cas où le personnel est activement dangereux, le personnel des Services d'autisme clé se réserve le droit de mettre fin à la session et d'assurer sa sécurité et celle des autres personnes vulnérables.

Veillez reconnaître que vous avez lu et compris la politique qui précède en plaçant vos

initiales ici:_____

Politique de participation des parents

La participation des parents fait partie intégrante d'un programme de traitement de l'ACA réussi. La participation des parents ou des fournisseurs de soins est requise pour recevoir des services d'ACA fondés sur l'assurance.

Les BCBA sont responsables de déterminer la fréquence et la durée appropriées des séances de formation des parents en fonction de l'évaluation. Les parents peuvent demander une augmentation de la fréquence ou de la durée de ces services à condition qu'ils ne dépassent pas les heures d'assurance autorisées.

Un adulte responsable de plus de 18 ans doit être présent tout au long de chaque séance d'ACA. Les adultes responsables comprennent les parents, les enseignants, les grands-parents, les baby-sitters, les nounous outout autre adulte identifié par la famille qui écrit pour assurer la santé et le bien-être de votre enfant pendant que le parent n'est pas présent.

L'adulte responsable est responsable de l'alimentation, de la surveillance de la santé de l'enfant, des routines de toilette et de la sécurité globale, à moins que des objectifs de traitement ne soient identifiés, ce qui impliquerait la participation du personnel. Les adultes responsables doivent être présents dans chacune de ces situations, quelle que soit leur implication.

Le personnel de KAS n'est pas en mesure d'assurer le transport de votre enfant. Les frères et sœurs sont invités à faire partie de l'environnement naturel d'un client, mais il n'est pas toujours approprié pour eux d'être présents lorsque le traitement est en séance. Les adultes responsables doivent surveiller leurs frères et sœurs en tout temps pendant les séances de traitement aba.

Le personnel de KAS s'efforce de développer et de maintenir une relation constructive entre les parents et le personnel. Veuillez interagir avec tout le personnel de manière appropriée. Si vous avez des préoccupations concernant les programmes de votre enfant, veuillez communiquer avec le programme BCBA.

Veillez reconnaître que vous avez lu et compris la politique qui précède en plaçant vos

initiales ici:_____

Politique d'annulation et de congé prolongé du client

Key Autism Services s'efforce de promouvoir un changement positif pour les enfants que nous soutenons. La thérapie ABA est plus efficace lorsqu'elle est administrée de manière cohérente comme prescrit. La participation des clients et de leur famille est essentielle à la mise en œuvre des services d'ACA et une présence constante est nécessaire pour que les clients progressent.

Les familles doivent faire tout leur possible pour annuler dès que possible avant une session prévue. Les annulations doivent avoir lieu au moins 48 heures avant une session prévue. Les personnes suivantes doivent être contactées en cas d'annulation :

Envoyez un e-mail à :

- Cancellations@keyautismservices.com
- Thérapeute comportemental
- L'

o L'e-mail doit indiquer le nom du client, la date d'annulation, l'heure de la séance, les noms du thérapeute comportemental attribué et de la BCBA

Les annulations excessives peuvent être considérées comme supérieures à 1 par mois. En cas d'annulation excessive, Key Autism Services peut suspendre ou libérer des services. Si, à tout moment, vous n'êtes pas en mesure de maintenir les séances prévues convenues, communiquez avec un coordonnateur du service à la clientèle au 857-829-4040, poste 102, pour discuter des options de maintien des services.

Un adulte de plus de 18 ans doit être présent à chaque séance. Il peut s'agir d'un parent, d'un tuteur ou de tout adulte désigné par le parent. Cet adulte doit être présent à la maison ou dans la communauté tout au long de la session. Si un adulte n'est pas présent, la séance sera annulée par le personnel.

En cas de vacances / absence prolongée de plus de 2 semaines, KAS ne peut garantir la poursuite du traitement à votre retour.

Veillez reconnaître que vous avez lu et compris la politique qui précède en plaçant

vos initiales ici:_____

Consentement à la communication par courriel et par texto

Risque lié à l'utilisation du courrier électronique

La transmission de renseignements sur les clients par courriel comporte un certain nombre de risques que les clients devraient prendre en compte avant de les utiliser.

Courriel. Ceux-ci incluent, sans toutefois s'y limiter, les risques suivants:

- La loi hipaa de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie recommande que :
Les e-mails contenant des informations de santé protégées doivent être chiffrés. Les courriels envoyés par l'Agence ne sont pas cryptés, de sorte que les courriels peuvent ne pas être sécurisés. Par conséquent, il est possible que la confidentialité de ces communications soit violée par un tiers.
- Le courrier électronique peut être distribué, transféré, stocké électroniquement et sur papier, et diffusé à des destinataires non intentionnels.
- Les expéditeurs d'e-mails peuvent facilement mal adresser un e-mail.
- Le courrier électronique est plus facile à falsifier que les documents manuscrits ou signés.
- Des copies de sauvegarde de l'e-mail peuvent exister même après que l'expéditeur ou le destinataire a supprimé sa copie.
- Les employeurs et les services en ligne ont le droit d'inspecter les courriels transmis par l'entremise de leurs systèmes.
- Les e-mails peuvent être interceptés, modifiés, transférés ou utilisés sans autorisation ni détection.
- Le courrier électronique peut être utilisé pour introduire des virus dans les systèmes informatiques. Le serveur de l'agence pourrait tomber en panne et le courrier électronique ne serait pas reçu tant que le serveur n'est pas de nouveau en ligne.
- Le courrier électronique peut être utilisé comme preuve devant les tribunaux.

Conditions d'utilisation du courrier électronique

L'Agence utilisera des courriels cryptés pour maintenir la sécurité et la confidentialité des renseignements électroniques envoyés et reçus contenant des renseignements confidentiels sur les clients. L'Agence et le personnel ne sont pas responsables en cas d'irrégularité la divulgation de renseignements confidentiels qui n'est pas causée par une inconduite intentionnelle de l'Agence ou du personnel.

Les clients doivent reconnaître et consentir aux conditions suivantes :

- Le courrier électronique n'est pas approprié pour les situations urgentes ou d'urgence. L'Agence et le personnel ne peuvent garantir qu'un courriel particulier sera lu et répondu dans un délai donné.
- Si le courriel du client exige ou invite une réponse de l'Agence ou du personnel, et que le client n'a pas reçu de réponse dans les deux (2) jours ouvrables, il est de la responsabilité du client de faire un suivi pour déterminer si le destinataire prévu a reçu le courriel et quand le destinataire répondra.
- Le courrier électronique doit être concis. Le client doit prendre rendez-vous si la question est trop complexe ou délicate pour être discutée par e-mail.
- Tous les courriels peuvent être imprimés et classés dans le dossier médical du client.
- Le personnel de bureau peut recevoir et lire vos messages.
- L'Agence ne transmettra pas les courriels identifiables du client à l'extérieur de l'Agence sans le

consentement écrit préalable des clients, sauf autorisation ou exigence de la loi.

- Le client ne doit pas utiliser le courrier électronique pour communiquer des informations médicales sensibles, telles que des informations concernant les maladies sexuellement transmissibles, le sida / VIH, la santé mentale ou la toxicomanie. L'Agence n'est pas responsable des violations de la confidentialité causées par le client ou tout tiers.
- Il est de la responsabilité du client de faire un suivi et/ou de fixer un rendez-vous si nécessaire.
- Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'il soit résilié par écrit par le client ou l'Agence.
- Dans le cas où le client ne respecte pas les conditions des présentes, l'Agence peut résilier le privilège du client de communiquer par courriel avec l'Agence.

Conditions d'utilisation du texte

- Les familles et le personnel peuvent utiliser la messagerie texte pour signaler le début tardif d'une session, l'annulation d'une session ou un changement d'heure de session. Le personnel de KAS ne peut pas initier ou répondre à des communications par message texte qui pourraient divulguer les informations confidentielles du client.
- Toute information confidentielle (y compris les photos et les vidéos) qui est partagée avec le personnel de KAS le fait au risque d'une divulgation potentielle.
- Les familles et le personnel sont autorisés à utiliser la messagerie texte pour communiquer pendant les heures d'ouverture seulement. Si la communication doit avoir lieu en dehors de ces moments, elle doit être effectuée par courrier électronique. Ce n'est que dans des circonstances atténuantes (c.-à-d. l'annulation d'une session qui commence à 7 heures du matin) que la communication par message texte est autorisée en dehors de ces heures.

Instructions de communication

- Éviter d'utiliser l'ordinateur/le téléphone de son employeur
- Mettez l'acronyme du client dans le message.
- Entrez dans le sujet (p. ex., question médicale, question de facturation) dans la ligne d'objet.
- Informer l'Agence des changements apportés aux coordonnées.
- Accuser réception de toute communication reçue de l'Agence et/ou du personnel.
- Prendre des précautions pour préserver la confidentialité des communications.
- Protéger son mot de passe ou tout autre moyen d'accès à l'e-mail/texte.

Reconnaissance et accord

Je reconnais avoir lu et bien compris ce formulaire de consentement. Je comprends les risques associés à la communication de courriels/textos entre l'Agence, le personnel et moi-même, et je consens aux conditions et instructions décrites, ainsi qu'à toute autre instruction que l'Agence peut imposer pour communiquer avec le client par courriel/texte. Si j'ai des questions, je peux me renseigner auprès du responsable de la protection de la vie privée.

Moi-même, mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et ayants droit, libérons et déchargeons entièrement et pour toujours Key Autism Services et ses sociétés affiliées, actionnaires, dirigeants, administrateurs, médecins, agents et employés, de et contre toutes les pertes, réclamations et responsabilités découlant de ou liés à l'utilisation de cet e-mail/texte.

de soins

Date de signature du parent/fournisseur

Nom imprimé

Politique sur l'utilisation du courrier électronique pour transmettre des renseignements sur la santé

Key Autism Services a pour politique d'utiliser un courrier électronique sécurisé et crypté lors de la transmission de vos renseignements de santé protégés (RPS) par courriel à vous ou à une personne que vous avez désignée pour recevoir votre PHI.

Cependant, de temps à autre, nos clients nous demandent d'utiliser régulièrement des courriels non sécurisés (p. ex., Gmail) pour livrer leurs RPS soit à eux, soit à des tiers qu'ils ont désignés. L'envoi d'informations de santé protégées par courrier électronique non sécurisé comporte deux risques importants :

1. L'e-mail peut être envoyé à la mauvaise personne en raison d'une erreur de frappe ou de la sélection du mauvais nom dans une liste de remplissage automatique
2. Le courriel pouvait être consulté par voie électronique pendant le transport.

Ces risques signifient que l'utilisation de courriels réguliers et non sécurisés pour transmettre vos RPS pourrait entraîner la divulgation de vos RPS à des personnes qui ne sont pas autorisées à les recevoir.

Afin que nous puissions vous envoyer des courriels non sécurisés contenant vos renseignements sur la santé, veuillez consentir en signant sur la ligne de signature ci-dessous. Nous continuerons à utiliser autant que possible des e-mails sécurisés et cryptés.

Je comprends les risques associés à l'utilisation de courriels réguliers et non sécurisés pour transmettre mes RPS à moi ou à d'autres personnes que j'ai désignées pour recevoir mes RPS. En signant ci-dessous, je consens à l'utilisation d'e-mails non sécurisés par Key Autism Services.

de soins

Date de signature du parent/fournisseur

Nom imprimé

Responsabilité financière

Nous nous engageons à aider nos clients et leurs familles à comprendre leur couverture d'assurance et leurs responsabilités financières liées au traitement de l'ACA. Si vous avez des questions concernant votre couverture d'assurance ou votre responsabilité financière, veuillez contacter le support des opérations @ support@keyautismservices.com

Votre assurance ou d'autres avantages du programme

- Avant votre évaluation initiale, Key Autism Services communiquera avec votre compagnie d'assurance pour vérifier l'admissibilité à la couverture d'assurance et aux prestations.
- Pour les services financés par l'assurance, KAS coordonnera avec votre compagnie d'assurance pour obtenir l'autorisation des services.
- Les services ne seront pas rendus tant que l'autorisation des services n'aura pas été approuvée par la compagnie d'assurance.

Votre responsabilité de paiement

- Vous êtes responsable des franchises, de la coassurance, des quotes-parts ou des services non couverts associés au traitement. Les factures seront envoyées par e-mail mensuellement et le paiement est dû à la réception. Si vous n'êtes pas en mesure de payer la facture, veuillez contacter support@keyautismservices.com pour organiser un plan de paiement.
- Tout changement d'assurance (changement de police, changement de numéro d'identification de membre, etc.) doit être communiqué à l'avance pour éviter une interruption des services. Si votre couverture d'assurance change ou est résiliée et que nous ne sommes pas en mesure de recevoir le paiement rétroactivement, vous êtes responsable de tous les services non couverts.
- Si Medicaid est votre fournisseur secondaire et que les services ne sont pas couverts, vous en serez informé. Vous serez responsable de toutes les franchises, quotes-parts et frais de coassurance. Vous pouvez décider à ce moment-là de continuer ou de mettre fin aux services.
- KAS accepte les chèques, les mandats et toutes les principales cartes de crédit pour le paiement des services. Les chèques retournés pour des fonds insuffisants seront évalués à des frais de chèque retournés de 35 \$.

Facturation des soins indirects (services non en face à face)

Le programme de traitement de votre enfant peut exiger que des soins indirects soient effectués. Ces activités de soins indirects peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter; la création de programmes, la rédaction de rapports, le développement de stimuli. L'explication des avantages (EOB) reçue de votre fournisseur peut refléter les dates des services où vous n'avez reçu aucun service de traitement direct en face à face. Ces dates reflètent ces services indirects.

Suspension/décharge des services

KAS se réserve le droit de suspendre ou de décharger les services ABA pour défaut de paiement des soldes impayés.

Responsabilité financière : Je comprends que Key Autism Services fera tous les efforts raisonnables pour facturer d'abord ma compagnie d'assurance et travaillera avec moi pour résoudre les problèmes potentiels. Toutefois, dans le cas où ma compagnie d'assurance ne paie pas pour une partie des services fournis, j'accepte et reconnais que je suis responsable des frais restants.

Autorisation de divulguer des renseignements : J'autorise Key Autism Services à divulguer les renseignements demandés par ma compagnie d'assurance pour compléter ma réclamation.

Autorisation de payer les réclamations pour les services clés en matière d'autisme : J'autorise le paiement de la compagnie d'assurance à être envoyé directement à Key Autism Services. Cela permet à Key Autism Services de déposer des réclamations en mon nom.

soins

Nom imprimé

Consentement pour les services ABA

L'analyse appliquée du comportement (ABA) est une approche scientifique fondée sur des preuves utilisée pour améliorer les comportements socialement significatifs. Key Autism Services utilise les procédures d'ACA pour les consommateurs à domicile et dans la communauté. En consentant aux services d'ACA, vous consentez à ce que Key Autism Services ait le droit de :

- Fournir des services d'ACA à domicile ou communautaires
- Élaborer des plans de traitement, des buts et des objectifs
- Recueillir des données pour rendre compte des progrès réalisés à l'égard des buts et des objectifs
- Discuter du traitement avec les fournisseurs d'assurance à des fins d'autorisation
- Créer des programmes et du matériel pour le traitement
- Modifier les objectifs ou les procédures du plan de traitement et du plan de comportement

Le consentement pour ce qui suit sera reçu séparément, si nécessaire :

- Évaluation comportementale fonctionnelle (FBA)
- Analyse fonctionnelle (AF)
- Soumission des plans de traitement aux compagnies d'assurance
- Mise en œuvre de plans de comportement

Je consens à ce que mon enfant reçoive le traitement ABA tel que décrit ci-dessus, du début de l'autorisation d'assurance à la résiliation des services ABA.

de soins

Date de signature du parent/fournisseur

Nom imprimé

Nom du client

Renseignements sur le client

Nom du client: _____
_____ Adresse: _____
_____ Ville: _____ État: _____
_____ Zip: _____ DOB: _____
_____ Sexe: _____

Nom du contact principal : _____
Relation avec le client : _____
Téléphone: _____ Meilleur(s) moment(s) pour
contacter? _____ Messagerie électronique: _____

Nom du contact secondaire : _____
_____ Relation avec le
client : _____
Téléphone: _____ Meilleur(s) moment(s) pour
contacter? _____ Messagerie électronique: _____

Fournisseur d'assurance principal : Numéro de _____
_____ téléphone : _____
ID du membre : _____ Numéro de groupe : _____
Nom assuré: _____ Assuré DOB: _____
Assuré SSN: _____

Fournisseur d'assurance secondaire : Numéro de _____
_____ téléphone : _____
ID du membre : _____ Numéro de groupe : _____
Nom assuré: _____ Assuré DOB: _____
Assuré SSN: _____

Nom de la personne-ressource en cas d'urgence : _____
Relation avec le client : Téléphone de la _____
personne-ressource d'urgence : _____

Évaluation initiale des risques (à des fins d'admission seulement)

Nom du client : _____

Veillez répondre si ce qui suit s'est produit au cours des deux dernières années. Si la réponse est oui, veuillez décrire l'incident en détail.

1. Le parent ou le fournisseur de soins ou toute autre personne a-t-il dû recourir à la contention physique sur le client à un moment quelconque au cours des deux dernières années? Si oui, veuillez décrire le incident(s) _____

2. Le client a-t-il eu un comportement physique dangereux (p. ex., biens détruits; a causé ou menacé de nuire à une autre personne; ou s'être livré à l'automutilation ou menacé de s'automutiler) à tout moment au cours des [deux] dernières années? Dans l'affirmative, veuillez décrire le dernier incident.

3. Le client a-t-il eu ou a-t-il eu des pensées, des commentaires ou des tentatives suicidaires ou homicides?

4. La crise mobile ou la police sont-elles intervenues pour des incidents de comportement difficile? Si la réponse est oui, combien de fois la police est-elle intervenue pendant cette période? Veuillez décrire le dernier incident qui a mené à l'intervention de la police.

5. L'enfant a-t-il fait l'objet d'une évaluation de l'innocuité?

6. Le client a-t-il été hospitalisé en milieu psychiatrique? À quand remonte la plus récente hospitalisation? Veuillez décrire l'incident qui a mené à l'hospitalisation la plus récente.

7. Le client a-t-il pratiqué une aérophagie (déglutition répétitive de l'air), une rumination (vomissements et consommation d'aliments partiellement digérés), pica (manger des aliments qui ne sont pas de la nourriture)?

de soins

Date de signature du parent/fournisseur

Coordination des soins

Remplissez les informations pour les fournisseurs de soins avec lesquels vous souhaitez que nous collaborions pour les soins du patient

Pédiatre : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Travailleur social scolaire : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Psychologue : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Neurologue : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Ergothérapeute : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Orthophoniste : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Physiothérapeute : _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Autorisation de divulgation de dossiers médicaux *et* de renseignements médicaux

Nom du client : Date _____ de naissance : _____

Adresse: _____

Par la présente, j'autorise et je consens à ce que Key Autism Services divulgue mes dossiers médicaux et mes renseignements médicaux, que ce soit sous forme orale, écrite ou électronique, relatifs aux services médicaux fournis aux fins de la coordination des activités de soins au bénéficiaire énumérés ci-dessous :

Nom: _____

Titre: _____

Relation avec le client : Adresse _____

: _____

Numéro de téléphone : Numéro de _____ télécopieur : _____

Messagerie électronique: _____

Restrictions:

Cette autorisation est valable pour une période de ___(mois/années) à compter de la date de signature.

Signature : _____ Date : _____

Nom imprimé : _____ Relation avec le client : _____

J'ai lu, compris et j'ai eu l'occasion de poser des questions sur les politiques et les procédures incluses dans le Manuel des parents des Services principaux d'autisme. Je respecterai les politiques et les procédures décrites dans le Manuel des parents.

de soins

Date de signature du parent/fournisseur

Nom imprimé

Nom du client

**Formulaire de consentement des membres en
télémédecine**

NOM DU PATIENT:

DATE DE

NAISSANCE:

1. **OBJET:** Le but de ce formulaire est d'obtenir votre consentement pour participer à une consultation de télémédecine dans le cadre de la ou des procédures et/ou services suivants :
Services ABA pour les enfants et les familles diagnostiqués avec l'autisme

2. **NATURE DE LA CONSULTATION EN TÉLÉMÉDECINE :** Lors de la consultation en télémédecine :
 - a. Les détails de vos antécédents médicaux, de vos examens, de vos radiographies et de vos tests seront discutés avec d'autres professionnels de la santé grâce à l'utilisation de technologies vidéo, audio et de télécommunication interactives.
 - b. Un examen physique de vous peut avoir lieu.
 - c. Un technicien non médical peut être présent dans le studio de télémédecine pour faciliter la transmission vidéo.

3. **INFORMATIONS ET DOSSIERS MÉDICAUX:** Toutes les lois en vigueur concernant votre accès aux informations médicales et aux copies de vos dossiers médicaux s'appliquent à cette consultation de télémédecine. Veuillez noter que toutes les télécommunications ne sont pas enregistrées et stockées. De plus, la diffusion d'images ou d'informations identifiables par le patient pour cette interaction de télémédecine aux chercheurs ou à d'autres entités ne doit pas avoir lieu sans votre consentement.

4. **CONFIDENTIALITÉ:** Des efforts raisonnables et appropriés ont été déployés pour éliminer tout risque de confidentialité associé à la consultation de télémédecine, et toutes les protections de confidentialité existantes en vertu des lois fédérales et étatiques s'appliquent aux informations divulguées lors de cette consultation de télémédecine.

5. **DROITS :** Vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à la consultation de télémédecine à tout moment sans affecter votre droit à des soins ou à un traitement futurs ou risquer la perte ou le retrait de tout avantage du programme auquel vous auriez autrement droit.

6. **LITIGES:** Vous acceptez que tout litige provenant de la consultation de télémédecine soit résolu en New Jersey, et que la loi du New Jersey s'applique à tous les litiges.

7. **RISQUES, CONSÉQUENCES & AVANTAGES:** Vous avez été informé de tous les risques, conséquences et bénéfices potentiels de la télémédecine. Votre professionnel de la santé a discuté avec vous des renseignements fournis ci-dessus. Vous avez eu l'occasion de poser des questions sur les informations présentées sur ce formulaire et la consultation en télémédecine. Toutes vos questions ont reçu une réponse et vous comprenez les informations écrites fournies ci-dessus.

I accepter À participer dans a télémédecine consultation pour le procédure(s) décrit au-dessus.

Nom : Signé

Relation avec

P

a

t

i

e

n

t

:

D

a

t

e

:

Attentes en matière de traitement ABA

L'ABA est une approche scientifique fondée sur des données probantes utilisée pour améliorer les comportements socialement significatifs. Les stratégies et les pratiques utilisées pour susciter ce changement de comportement peuvent présenter des risques potentiels et peuvent entraîner des avantages potentiels pour votre enfant.

Risques possibles associés à la thérapie ABA

1. Perturbations de la routine en raison de l'exigence de temps liée à un horaire de service direct et des attentes des parents en matière de formation
2. Progrès lents ou incohérents et absence de généralisation en raison de la participation des soignants, du manque de coordination des soins avec d'autres fournisseurs ou des antécédents de renforcement des comportements indésirables.
3. Stress sur la cellule familiale tout en observant et en anticipant le changement de comportement.
4. Certains composants de la thérapie ABA impliquent une « extinction » qui peut entraîner une augmentation à court terme du comportement difficile avant de diminuer.

Avantages possibles associés à la thérapie ABA

1. Diminuer les comportements indésirables
2. Amélioration des compétences sociales, de communication et de jeu
3. Indépendance avec les activités de la vie quotidienne, y compris la toilette, l'habillage et les compétences communautaires.
4. Réduction du besoin de thérapie ABA