



Key Autism Services

Unlocking Your Child's Potential

מנת צריכת לקוח ו-
מדריך אב

שירותי אוטיזם מרכזיים

ברוכים הבאים לשירותי אוטיזם מרכזיים! אנו נרגשים שבחרת בנו כדי לעזור לילדך לממש את הפוטנציאל שלו. במנה זו, תמצא את כל המידע שיהיה עליך לנווט בתהליך זה. כל הנושאים, לא משנה כמה קטנים חשובים לנו באותה מידה. אנו שואפים ללכת מעל ומעבר כדי לספק את השירותים האיכותיים ביותר ללקוחותינו.

תוכן עניינים

שירותי אוטיזם	.....
מרכזיים	.....
2	.....
פרטי קשר	.....
3	.....
הודעה	.....
על	.....
נוהלי	.....
מידע	.....
ופרטיות	.....
4	.....
אישור	.....
קבלת	.....
הודעה על	.....
מידע ונוהלי	.....
פרטיות	.....
9	.....
טיפול	.....
ABA10	.....
מדיניות	.....
אי-אפליה וסיוע בשפה	.....
12	.....
אין	.....
שידול	.....
לקוח	.....
14	.....
מדיניות	.....
ונהלים	.....
להגשת	.....
תלונות	.....
14	.....

מדיניות מחלות	
15 לקוחה	
.....	
מדיניות	
בריאות ובטיחות	
של מיקום	
16 שירות	
.....	
מדיניות השתתפות	
17 אב	
.....	
מדיניות	
ביטול לקוחות וחופשה	
מורחבת	
18	
.....	
E-הסכמה לתקשורת	
19 דואר/טקסט	
.....	
מדיניות	לגבי השימוש בדואר אלקטרוני
.....	
להעברת	
מידע	
בריאותי	
21	
.....	
אחריות פיננסית	
22	
.....	
לשירותי	הסכמה
ABA	
.....	
23	
.....	
פרטי	
24 לקוחה	
.....	
הערכת	
סיכונים	
25 ראשונית	
.....	
טיפול	תיאום
26	
.....	
לפרסום	אישור
רשומות רפואיות	
ומידע רפואי	

27
.....
דף חתימה של
הורה/מטפל - מדריך
להורים
28
.....

פרטי קשר

טלפון: 857-829-4040
פקס: 844-965-9105

דוא"ל: info@keyautismservices.com

אתר: <https://www.keyautismservices.com>
[facebook.com/KeyAutismServices](https://www.facebook.com/KeyAutismServices)

כתובת: רחוב אפל 106
סוויטה 221
מפלי טינטון, ניו ג'רזי 07724

T הודעתו מתארת כיצד מידע בריאותי אודותיך עשוי לשמש ולחשוף וכיצד תוכל לקבל גישה למידע זה. P חכירה לסקור אותו בקפידה.

אנו מחויבים להגן על סודיות המידע הבריאותי שלך, ונדרשים על פי חוק לעשות זאת. הודעה זו מתארת כיצד אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך בשירותי מפתח אוטיזם וכיצד אנו עשויים לחשוף אותו לאחרים מחוץ לשירותי האוטיזם המרכזיים, הודעה זו מתארת גם את הזכויות שיש לך בנוגע למידע הבריאותי שלך. עלינו לעקוב אחר החובות המתוארות בהודעה זו ולתת לך עותק שלה. אנא עיינו בהודעה זו בקפידה וידעו אותנו אם יש לכם שאלות.

כיצד אנו משתמשים במידע הבריאותי שלך וחושפים אותו

מותר לנו או נדרשים להשתמש או לחשוף מידע בריאותי אודותיך למטרות מסוימות ללא אישורך. עם זאת, שימושים וגילויים מסוימים של המידע הבריאותי שלך דורשים את אישורך. להלן דרכים שבהן אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך או לשתף אותו:

טיפול:

אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך כדי לספק לך שירותים ואספקה רפואיים. אנו עשויים גם לחשוף את המידע הבריאותי שלך לאחרים הזקוקים למידע זה כדי לטפל בך, כגון רופאים, עוזרי רופא, אחיות, סטודנטים לרפואה וסיעוד, טכנאים, מטפלים, ספקי שירותי חירום והובלה רפואית, ספקי ציוד רפואי ומתקנים אחרים המעורבים בטיפול שלך. לדוגמה, אנו נאפשר לרופא שלך לקבל גישה לרשומה הרפואית שלך כדי לסייע בטיפול שלך ולטיפול מעקב.

כמו כן, אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך ולחשוף אותו כדי להזכיר לך פגישה קרובה, ליידע אותך לגבי אפשרויות טיפול או חלופות אפשריות, או כדי לספר לך על שירותים הקשורים לבריאות העומדים לרשותך.

תשלום:

אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך ולחשוף אותו למבטחים ולתוכניות בריאות כדי לקבל תשלום עבור השירותים או האספקה שאנו מספקים לך. לדוגמה, קופת החולים או חברת ביטוח הבריאות שלך עשויות לבקש לראות חלקים מהמידע הבריאותי שלך לפני שהם ישלמו לנו עבור הטיפול שלך.

פעולות בריאות :

אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך ולשתף אותו כדי לנהל את הארגון שלנו, לשפר את הטיפול שלך ולפנות אליך בעת הצורך. לדוגמה, אנו משתמשים במידע בריאותי אודותיך כדי לנהל את הטיפול והשירותים שלך.

בני משפחה ואחרים המעורבים בטיפולך:

אלא אם כן אתה מתנגד, אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לבן משפחה או לחבר קרוב שמעורב בתחום הבריאות שלך, או למישהו שעוזר לשלם עבור הטיפול שלך. אנו עשויים גם לחשוף את המידע הבריאותי שלך לארגוני סיוע לאסונות כדי לסייע באיתור בן משפחה או חבר באסון.

שותפים עסקיים:

אנו עשויים לחשוף את מידע הבריאות שלך לספקי השירותים החיצוניים שלנו ("שותפים עסקיים") המבצעים פונקציות בשמנו או מספקים לנו שירותים אם המידע נחוץ עבור פונקציות או שירותים כאלה. כל השותפים העסקיים שלנו מחויבים, על פי חוזה איתנו, להגן על פרטיות המידע שלך ואינם רשאים להשתמש או לחשוף כל מידע שאינו כפי שצוין בחוזה שלנו.

שימושים וגילויים אחרים

נדרש על פי חוק:

חוקים פדרליים, מדינתיים או מקומיים מחייבים אותנו לפעמים לחשוף מידע בריאותי של מטופלים. לדוגמה, אנו נדרשים לחשוף מידע רפואי למטופלים למחלקת הבריאות ושירותי האנוש של ארה"ב, כך שיוכל לחקור תלונות או לקבוע את עמידתנו ב-HIPAA. אנחנו גם נדרש למסור מידע לתוכניות פיצויים לעובדים בגין פגיעות הקשורות לעבודה.

פעילויות בריאות הציבור:

אנו עשויים לדווח על מידע בריאותי מסוים למטרות בריאות הציבור. לדוגמה, אנו נדרשים לדווח לממשלת המדינה על לידות, מקרי מוות ומחלות מדבקות. ייתכן גם שנצטרך לדווח על תופעות לוואי לתרופות או מוצרים רפואיים למינהל המזון והתרופות האמריקאי ("ה-FDA"), או להודיע למטופלים על החזרות של תרופות או מוצרים שהם משתמשים בהם.

ביטחון הציבור:

אנו עשויים לחשוף מידע בריאותי למטרות בטיחות הציבור בנסיבות מוגבלות. אנו עשויים לחשוף מידע בריאותי לשוטרים בתגובה לצו חיפוש או זימון חבר מושבעים גדול. כמו כן, אנו עשויים לחשוף מידע בריאותי כדי לסייע לשוטרים בזיהוי או באיתור של אדם, להעמיד לדין פשע של אלימות, לדווח על מקרי מוות שייתכן שנבעו מהתנהגות פלילית ולדווח על התנהגות פלילית בשירותי מפתח אוטיזם. אנו עשויים גם לחשוף את המידע הבריאותי שלך בפני קציני אכיפת החוק ואחרים כדי למנוע איום חמור של בריאות או בטיחות.

פעילויות פיקוח על הבריאות:

אנו עשויים לחשוף מידע רפואי לסוכנות ממשלתית המפקחת על שירותי אוטיזם מרכזיים או על אנשיה עבור פעילויות הדרושות לממשלה כדי לספק פיקוח הולם על מערכת הבריאות, תוכניות הטבות ממשלתיות מסוימות וציות עם חוקים מסוימים של זכויות אזרח.

חוקרי מקרי מוות, בוחנים רפואיים ומנהלי הלוויות:

אנו עשויים לחשוף מידע הנוגע לחולים שנפטרו לחוקרים, בודקים רפואיים ומנהלי לוויית כדי לסייע להם במילוי תפקידם.

צבא, יוצאי צבא, ביטחון לאומי ומטרות ממשלתיות אחרות:

אם אתה חבר בכוחות המזוינים, אנו עשויים לשחרר את המידע הבריאותי שלך כנדרש על ידי רשויות הפיקוד הצבאי או למחלקה לענייני חיילים משוחררים. שירותי אוטיזם מרכזיים עשויים גם לחשוף מידע בריאותי לקצינים פדרליים למטרות מודיעין וביטחון לאומי או לשירותי הגנה נשיאותיים.

הליכים משפטיים:

שירותי אוטיזם מרכזיים עשויים לחשוף מידע בריאותי אם הורה לעשות זאת על ידי בית משפט או אם מוגש זימון או צו חיפוש. תקבל הודעה מראש על גילוי זה ברוב המצבים, כך שתהיה לך הזדמנות להתנגד לשיתוף המידע הבריאותי שלך.

שיווק/מכירת מידע:

לעולם לא נמכור את המידע שלך או נשתף את המידע שלך למטרות שיווק אלא אם תיתן לנו אישור בכתב. אם ניצור איתך קשר לקבלת מאמצי גיוס כספים כלשהם, תוכל לבקש שלא ניצור איתך קשר שוב.

מידע עם הגנה נוספת:

סוגים מסוימים של מידע בריאותי יש הגנה נוספת על פי החוק הפדרלי והמדינה. לדוגמה, מידע בריאותי על מחלות מדבקות ו-HIV / איידס, טיפול בסמים ובאלכוהול, בדיקות גנטיות, הערכה וטיפול במחלת נפש חמורה מטופל באופן שונה מסוגים אחרים של מידע בריאותי. עבור סוגים אלה של מידע, שירותי אוטיזם מפתח נדרשים לקבל את אישורך לפני חשיפת מידע זה לאחרים בנסיבות רבות.

ההרשאה בכתב שלך לכל שימוש אחר או חשיפה של המידע הבריאותי שלך:

אם שירותי אוטיזם מרכזיים מעוניינים להשתמש במידע הבריאותי שלך או לחשוף אותו למטרה שאינה נידונה בהודעה זו, שירותי מפתח לאוטיזם יבקשו את אישורך. אם תיתן את אישורך לשירותי מפתח לאוטיזם, תוכל לחזור כך מההיתר בכל עת, אלא אם כן הסתמכנו על ההרשאה שלך להשתמש במידע או לחשוף אותו. אם ברצונך לבטל את אישורך, אנא הודע לקצין הפרטיות בכתב.

הגבלות על גילוי PHI לחולים:

שירותי אוטיזם מרכזיים חייבים לציית לבקשה להגביל את החשיפה של PHI לחולים אם הגילוי הוא לתשלום או פעולות בריאות ונוגע לפריט או שירות רפואי שעבורו האדם שילם מכיסו במלואו.

הזכות לבקש את פרטי הבריאות שלך:

יש לך את הזכות להסתכל על המידע הבריאותי שלך ולקבל עותק של המידע הזה. אנא שימו לב כי חריגים עשויים לחול כפי שנמסרו בחוק. (החוק מחייב אותנו לשמור את הרשומה המקורית.) זה כולל את תיק הבריאות שלך, רשומת החיוב שלך ורשומות אחרות בהן אנו משתמשים כדי לקבל החלטות לגבי הטיפול שלך. כדי לבקש את המידע הבריאותי שלך, התקשר או כתב לקצין הפרטיות בכתובת שלהלן. אם תבקש עותק של המידע שלך, אנו נחייב אותך עבור עלויותינו להעתקת המידע. אנחנו נגיד לך מראש כמה העתקה זו תעלה. אתה יכול להסתכל על העבר שלך ללא עלות.

הזכות לבקש תיקון מידע בריאותי שלדעתך שגוי או לא שלם:

אם אתה בוחן את המידע הבריאותי שלך ומאמין שחלק מהמידע שגוי או לא שלם, אתה עשוי לבקש מאיתנו לתקן את הרשומה שלך. כדי לבקש מאיתנו לתקן את המידע הבריאותי שלך, שלח בקשה בכתב לכתובת שלהלן. אנו עשויים לדחות את בקשתך, אך נגיב לבקשתך בהסבר תוך 60 יום.

הזכות לקבל רשימה של גילויים מסוימים של מידע הבריאותי שלך:

יש לך את הזכות לבקש רשימה של רבים מהגילויים שאנו עושים של המידע הבריאותי שלך. אם ברצונך לקבל רשימה כזו, שלח בקשה בכתב לכתובת שלהלן. אנו נספק לך את הרשימה הראשונה בחינם, אך אנו עשויים לחייב אותך עבור כל רשימה נוספת שתבקש באותה שנה. אנו נגיד לך מראש כמה רשימה זו תעלה ואתה יכול לבחור לשנות או למשוך את בקשתך באותו זמן.

הזכות לבקש הגבלות על האופן שבו שירותי אוטיזם מרכזיים ישתמשו או יחשפו את המידע הבריאותי שלך עבור טיפול, תשלום או פעולות בתחום הבריאות:

יש לך את הזכות לבקש מאיתנו לא לעשות שימושים או גילויים של המידע הבריאותי שלך כדי לטפל בך, לבקש תשלום עבור טיפול, או להפעיל את המערכת. איננו נדרשים להסכים לבקשתך, אך אם נסכים, נציית להסכם זה. אם ברצונך לבקש הגבלה, כתוב לקצין הפרטיות בכתובת שלהלן ותיאר את בקשתך בפירוט.

הזכות לבקש תקשורת סודית:

יש לך את הזכות לבקש מאיתנו לתקשר איתך באופן שאתה מרגיש שהוא סודי יותר. לדוגמה, אתה יכול לבקש מאיתנו לא להתקשר לבית שלך, אלא לתקשר רק בדואר. לשם כך, אנא שוחחו על כך עם המטפל שלכם, או הגישו בקשה בכתב לקצין הפרטיות בכתובת שלהלן. אתה יכול גם לבקש לדבר עם ספקי שירותי הבריאות שלך באופן פרטי מחוץ לנוכחות של חולים אחרים - פשוט לשאול אותם.

הזכות לקבל הודעה בעקבות הפרה של PHI לא מאובטח:

יש לך את הזכות ותודיע לך אם המידע הבריאותי שלך נפרץ בהקדם האפשרי, אבל בכל מקרה, לא יאוחר משישיים (60) ימים לאחר גילוינו של הפרצה.

הזכות לבחור נציג:

אם נתת למישהו ייפוי כוח רפואי או אם מישהו הוא האפוסטרופוס החוקי שלך, אותו אדם יכול לממש את זכויותיך ולהיערך בנוגע למידע הבריאותי שלך. אנו נוודא שלאדם זה יש את הסמכות והוא יכול לפעול עבורך לפני שנקוט בפעולה כלשהי.

שינויים בהודעה זו:

מעט לעת, אנו עשויים לשנות את שיטות העבודה שלנו לגבי האופן שבו אנו משתמשים או חושפים מידע בריאותי של המטופלים, או כיצד נממש את זכויות המטופל בנוגע למידע שלהם. אנו שומרים לעצמנו את הזכות לשנות הודעה זו ולהפוך את ההוראות בהודעה החדשה שלנו ליעילות עבור כל המידע הבריאותי שאנו שומרים. אם נשנה פרקטיקות אלה, נפרסם הודעה מתוקנת על נוהלי הפרטיות. אתה יכול לקבל עותק של ההודעה הנוכחית שלנו על נוהלי הפרטיות בכל עת על ידי בקשת אחד מקצין הפרטיות בכתובת שלהלן.

זכויות נכות בצפון קרוליינה:

לקבלת מידע על זכויות הנכים בצפון קרוליינה, תוכלו לבקר <https://disabilityrightsnc.org> או לפנות אליהם ישירות 919-856-2195.

אישור בקבלת הודעה על מידע ונוהלי פרטיות

שם המטופל: _____

קיבלתי עותק של ההודעה על מידע ופרטיות של שירותי אוטיזם מרכזיים ("הודעה"), המתארת כיצד נעשה שימוש ושיתוף של מידע הבריאות שלי. אני מבין של-Key Autism Services יש את הזכות לשנות הודעה זו בכל עת. אני יכול לקבל עותק נוכחי על ידי יצירת קשר עם קצין הפרטיות ב 857-829-4040.

החתימה שלי שלהלן מאשרת כי קיבלתי עותק של ההודעה על נוהלי מידע ופרטיות:

תאריך נציגות מטופל או אישי

חתימה של

הדפס שם

תואר נציג אישי (למשל, גרדיאן, מוציא לפועל של עיזבון, ייפוי כוח בתחום הבריאות)

טיפול ב-ABA

ניתוח התנהגות יישומית (ABA) היא גישה מדעית מבוססת הוכחות המשמשת לשיפור חברתי התנהגויות משמעותיות. שירותי אוטיזם מרכזיים ("KAS") משתמשים בהליכים של ABA לצרכנים במסגרות הבית והקהילה. נהלים אלה משתמשים בשיטות עבודה מומלצות ומיושמים על ידי צוות מיומן.

תפקיד ה-BCBA:

אנליסט התנהגות מוסמך של הדירקטוריון (BCBA) הוא הסמכה ברמת בוגר בניתוח התנהגות. אנשי מקצוע המוסמכים ברמת BCBA הם מתרגלים עצמאיים המספקים שירותי התנהגות-ניתוח. בנוסף, BCBA's מפקחים על עבודתם של מנתחי התנהגות עוזר מוסמך, טכנאי התנהגות רשומים ואחרים המיישמים התערבויות התנהגותיות-אנליטיות.

תפקידו של המטפל ההתנהגותי (BT/RBT):

טכנאי ההתנהגות הוא פרה-מקצועי העוסק תחת פיקוח הדוק ומתמשך של BCBA. ה-BT אחראי בעיקר ליישום ישיר של שירותי ניתוח התנהגות. ה-BT אינו מתכנן תוכניות התערבות או הערכה. באחריותו של מפקח BT לקבוע אילו משימות BT יכול לבצע כפונקציה של הכשרתו, ניסיונו ויכולתו.

היקף השירותים

KAS מספקת טיפול ABA, טיפול מבוסס ראיות עבור אנשים עם אוטיזם. ABA הוא הטיפול המוכח והיעיל היחיד עבור אלה עם אוטיזם. BCBA שלנו אחראים מבחינה אתית ליישם הליכים אנליטי התנהגותיים המוכחים מבוססים ומדעיים בטבעם. כל אסטרטגיה אחרת לא יכולה להיות מיושמת על ידי צוות KAS.

אם הטיפול שלך ממומן באמצעות ספק הביטוח שלך, היקף השירותים מוגבל להגדרות הבית והקהילה. לכן, KAS אינה יכולה לספק שירותי ABA ישירים מבוססי ביטוח במסגרת חינוכית בשעות החינוך. בנוסף, ייתכן כי יעדי תוכנית הטיפול לא יאושרו על ידי מממנים בביטוח אם הם אקדמיים מטבעם.

מממנים בביטוח דורשים תיאום פעילויות טיפול בין KAS BCBA's לבין מומחים אחרים מתן שירותים ללקוחותינו. שירותים אלה כוללים, אך אינם מוגבלים ל:

- פגישות IEP
 - טיפול משותף עם מומחים אחרים
 - תורים לרופא
 - שיחות טלפון או התכתבויות דוא"ל עם רופאים, מורים ואחרים המספקים שירותים ללקוח
- צוות KAS אינו רשאי לשמש כמומחה או עד אחר בהליכים משפטיים, עו"ד או תפקידים אחרים שעשויים לשמש כמערכת יחסים כפולה.

קריטריוני כניסה

לקוחות בכל הגילאים שאובחנו עם הפרעת ספקטרום האוטיזם עשויים להיחשב עבור שירותים. KAS מציעה ומספקת שירותים ללא אפליה על בסיס גזע, דת, מוצא לאומי או אתני, גיל, מין, נטייה מינית או נכות נפשית או פיזית. הערכת סיכונים תבצע בתחילת השירותים כדי להעריך את יכולתו של הלקוח לגשת לשירותים בסביבה ביתית או קהילתית.

קריטריוני פריקה קלינית

BCBA's עשויה להמליץ על הפרשה קלינית של לקוחות אם לפחות אחד מהקריטריונים הבאים מתקיים:

- הטיפול אינו יעיל (ייתכן שהסיבה לאבחנות תחלואה)

- הלקוח שולט, שמר והכלל את כל יעדי הטיפול
- נערכה הערכה והלקוח אינו מציג ליקויים שיחייבו שירותי ניתוח התנהגות אינטנסיביים

כל הפרשה קלינית של שירותים תיעשה על ידי מעבר הטיפול לרמה פחותה של טיפול עד לעצמאות.

ניהול פיזי

שימוש קבוע בניהול פיזי (כלומר חסימות מגן, ליווי וכו') דורש הסכמה בכתב מהורים או אפטרופוסים. במקרה שלקוח, צוות או אדם אחר המעורב בטיפולו של הלקוח נמצא בסיכון מיידי לפגיעה פיזית חמורה, הצוות רשאי להפעיל אסטרטגיות ניהול פיזיות ללא הסכמה לביטחונם של המעורבים.

ציוות

כל מטפלי ההתנהגות משתתפים בתהליך הכשרה קפדני בעת ההעסקה. ההכשרה ממשיכה לשרת לקוחות הן על מיומנויות מאומנות והן על תכנות ספציפי ללקוח. אנליסט התנהגות מוסמך (BCBA) מבצע את כל ההכשרות והפיקוח. כוח האדם מותנה בזמינות הלקוח והצוות. כל שאלה או חשש בנוגע להכשרת הצוות צריכה להיות מופנית לתוכנית BCBA.

הורים יכולים לבקש להסיר BT או BCBA מ אירוע. כל מאמץ ייעשה כדי לתקן את החשש לפני הסרת צוות מהתיק. KAS אינה יכולה להבטיח את המשך השירותים אם לא ניתן להחליף את ה- BT או BCBA.

שעות הפעלה

שירותי ABA עשויים להתרחש בין השעות 07:00-19:00, אלא אם כן אושר אחרת.

חומרי תכנית

כל החומרים, התכנות, הגירויים, החיזוקים וכו'. מיועד לשימוש או למטרות של תוכנית של לקוח נחשב לרכושו של KAS. ההורים לא יהיו אחראים להחזיר פריטים אלה. עם שחרור השירותים, על ההורים לתאם את החזרת כל הפריטים המשויכים לתוכנית הלקוח עם ה- BCBA או מחלקת שירותי הלקוח. ניתן לספק ללקוח עותקים של חומרים, תכנות, נתונים או גירויים תמורת תשלום סביר ומבוסס על עלות.

מדיניות אי-אפליה וסיוע בשפה

שירותי אוטיזם מרכזיים מציינים לחוקי זכויות האזרח הפדרליים ואינם מפלים על בסיס גיל, גזע, מוצא אתני, דת, תרבות, שפה, נכות פיזית או נפשית, מעמד סוציו-אקונומי, מין, נטייה מינית וזהות או ביטוי מגדרי. שירותי אוטיזם מרכזיים אינם מחריגים אנשים ואינם מתייחסים אליהם אחרת בשל גיל, גזע, מוצא אתני, דת, תרבות, שפה, נכות פיזית או נפשית, מעמד סוציו-אקונומי, מין, נטייה מינית וזהות או ביטוי מגדרי.

אם רלוונטי, שירותי מפתח אוטיזם עושים כמיטב יכולתם כדי לספק שירותי סיוע בשפה לאנשים ששפתם העיקרית אינה אנגלית ועזרים ושירותים לאנשים עם מוגבלויות כדי לאפשר להם לתקשר ביעילות עם אנשי שירותי אוטיזם מפתח אם אתה צריך שירותים אלה, אנא איש קשר: EXT102 857-829-4040

אם אתה סבור ששירותי אוטיזם מרכזיים לא סיפקו את ציורתם לחוקי זכויות האזרח הפדרליים או הפלו בדרך אחרת על בסיס גזע, צבע, מוצא לאומי, גיל, נכות או מין, באפשרותך להגיש תלונה עם:

שירותי אוטיזם מרכזיים

C/O דון פוסטר

כתובת למשלוח דואר: רחוב אפל 106, סוויטה 221, מפלי טינטון, NJ 07724 דוא"ל: don.foster@keyautismservices.com

אתה יכול להגיש תלונה באופן אישי או בדואר, בפקס או בדוא"ל. אם אתה זקוק לעזרה בהגשת תלונה, שירותי מפתח לאוטיזם זמינים כדי לעזור לך.

ניתן גם להגיש תלונה על זכויות אזרח למשרד הבריאות ושירותי האנוש של ארה"ב, המשרד לזכויות האזרח, באופן אלקטרוני באמצעות פורטל התלונות של המשרד לזכויות האזרח, הזמין <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, או בדואר או בטלפון ב:

משרד הבריאות ושירותי האנוש של ארה"ב 200 שדרת

העצמאות, SW

חדר 509F, HHH בניין

ושינגטון, D.C. 20201

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

ספרדית: שימו לב: אם אתם דוברי ספרדית, עומדים לרשותכם שירותי סיוע בשפה חופשית. התקשר don.foster@keyautismservices.com

ג'יימס: שים לב: אם אתה מדבר קריאולי האיטי, שירותי סיוע בשפה זמינים עבורך. התקשר don.foster@keyautismservices.com

וייטנאמית: הערה: אם אתה מדבר וייטנאמית, ישנם שירותי תמיכה בשפה חופשית העומדים לרשותך. התקשר don.foster@keyautismservices.com

אנגלית: אזהרה: אם אתם פורטוגזית, שירותי שפה זמינים, ללא תשלום. התקשר don.foster@keyautismservices.com

סינית: הערה: אם אתה משתמש בסינית מסורתית, אתה יכול לקבל סיוע בשפה בחינם. נא להתקשר don.foster@keyautismservices.com

צרפתית: שימו לב: אם אתם דוברי צרפתית, שירותי עזרה בשפה מוצעים ללא תשלום. התקשר don.foster@keyautismservices.com

שפה: הערה: אם אתה מדבר אנגלית, אתה יכול להשתמש בשירותי סיוע בשפה בחינם. התקשר don.foster@keyautismservices.com

אנגלית: שים לב: אם אתה מדבר בשפה הרוסית, אז שירותי תרגום חינם זמינים לך. התקשר don.foster@keyautismservices.com

אלהאטף שמיד don.fo אתה@keyautismservices.com. com
מלח ומלח: א.ק.ט.ט.ד.ש.ל, פ.ג.ש.א.ל.ל.
ג.ו.ט.ט.פ. A.T.P. בר סימן ערה ביק:

אנגלית: שימו לב: במקרה שהשפה המדוברת היא איטלקית, זמינים שירותי סיוע לשפה בחינם. התקשר למספר don.foster@keyautismservices.com

אנגלית: שימו לב: אם אתם דוברי גרמנית, שירותי סיוע לשפה זמינים ללא תשלום. מספר טלפון: don.foster@keyautismservices.com

קוריאנית: הערה: אם אתה מדבר קוריאנית, תוכל להשתמש בתמיכה בשפה ללא תשלום. אנא התקשרו don.foster@keyautismservices.com פעמים.

אנגלית: הערה: אם אתה מדבר פולנית, אתה יכול להשתמש בתמיכה בשפה חופשית. טלפן כדי don.foster@keyautismservices.com

גוג'ראטית: הוראות: אם אתה מדבר gajrati, אז נא: שירותי תמיכה בשפה חופשית זמינים לך. טלפן don.foster@keyautismservices.com

סגלגל טלפון יילד אוטאוואט, טור אל: מכונת קונופו דאסטאי חונסאמה עשו Thai: DF
צ'וא ה
don.foster@keyautismservices.com

אין שידול לקוח

סוכנות זו מצייתת למשרד המפקח הכללי של מחלקת הבריאות ושירותי האנוש של ארה"ב ולא תיתן ללקוחות פריטים העולים על 10 דולר בערך בבת אחת או יותר מ-50 דולר בשנה. אנחנו גם חורגים מזה ומצייתים לקוד האתי של ועדת ההסמכה לניתוח התנהגות ולא יכולים לקבל מתנות בכל סכום ובכל עת על ידי אף אחד.

לא ניצור קשר טלפוני עם לקוחות פוטנציאליים למטרות שידול, אלא אם הלקוח הפוטנציאלי נתן הרשאה בכתב לספק ליצור קשר טלפוני. אם יש צורך בקשר טלפוני בנוגע לריהוט פריט או שירות, הוא יושלם בתוך תקופה של 15 חודשים לפני המועד שבו סופק הפריט או השירות.

אף עובד או איש צוות ב-Key Autism לא יישל, יזמה או יבקש המלצה בנוגע לשירותי אוטיזם מרכזיים מכל אדם המקבל שירותים מכל מתקן או תוכנית אוטיזם מרכזי או מכל בן משפחה או גורם אחראי של מטופל או לקוח אוטיזם מפתח. שירות אוטיזם מרכזי לא יפרסם עדויות, שידלו או אחרת, של לקוחות שמקבלים שירותים באופן פעיל.

החוק מאפשר לנו לשלוח אליך תקשורת בכתב על טיפול ופעולות בריאות כולל מוצרים ושירותים שאנו מציעים. זהו חלק נורמלי מיחסי ספק-לקוח ואין צורך באישור כדי שנעשה זאת. עם זאת, תקשורת הממונת או מוחזרת על ידי צד שלישי ששירותי מוצרי הבריאות או הטיפולים שלו, כולל חומרי ABA, שנשלחים אליך בדואר, חייבים להיות מאושרים על-ידיך. יש לך את הזכות לבטל את ההרשאה בכתב בכל עת. הסוכנות שלנו לא תתנה את הטיפול בשאלה אם אישרת את התקשורת הזו.

כספק אנו עשויים להשתתף באירועים ציבוריים (ירידי בריאות) ודיוור המוני ללקוחות / לקוחות פוטנציאליים כדי ליידע אותם על מוצרים או שירותים חדשים. לאחר שלקוח יוצר איתנו קשר, אנו יכולים לעקוב אחר מנת להבהיר מועד פגישה או להעריך שביעות רצון משירות או פריט שהתקבלו.

ספקים/צוות המספקים הזמנה לשירות, יקבלו דו"ח על הממצאים וההמלצות. נתוני לקוח לא ישותפו עם אף ספק שירותי בריאות או בן משפחה אחרים ללא הרשאה ספציפית.

מדיניות ונהלים להגשת תלונות

למרות שעידוד פתרון לא רשמי של טיפול או מצבים הקשורים לחיוב, ייתכנו מצבים שבהם יש צורך בשיקולים רשמיים ופתרון. כל חששות הטיפול ABA צריך להיות מופנה לתוכנית BCBA של. אם התלונה אינה נפתרה באופן משיע רצון, הלקוח רשאי להגיש הצהרה בכתב או בעל פה למנהל השירותים הקליניים: support@keyautismservices.com.

כל חששות תפעוליים או הקשורים לחיוב צריכים להיות מופנים למחלקת שירותי הלקוחות. אם התלונה לא נפתרה באופן משיע רצון, הלקוח רשאי להגיש הצהרה בכתב או בעל פה למנהל התפעול: support@keyautismservices.com.

בכל עת במהלך תהליך זה, אתה יכול ליצור קשר עם חברת הביטוח שלך. שום צורה של נקמה לא תתרחש ולא תיווצר כל השפעה על השירות כתוצאה מתלונה. כל המסמכים בנוגע לתלונות יוגשו בתיק של הלקוח.

מדיניות מחלות לקוח

מדיניות מחלות הלקוח מגנה על בריאותם של כל לקוחותינו, משפחותיהם ונותני השירותים שלנו. לקוחות, משפחותיהם ונותני השירותים שלנו צריכים לדבוק במדיניות זו כדי למנוע התפשטות של מחלות זיהומיות או מחלות. ייתכן שחלק מהלקוחות או הצוות שלנו פגעו במערכת החיסון או חוסר היכולת להילחם בזיהומים. מדיניות זו מגנה על כל הלקוחות והצוות מפני המחלה הזיהומית או המחלה.

יש לבטל שירותים במקרה של אחד מהתסמינים הבאים הקיימים אצל הלקוח עם או בלי שימוש בתרופות תוך 24 שעות ממועד הפגישה:

- טמפרטורה של 100.4 ומעלה
- 2 התרחשויות רצופות של שלשולים (לא קשור עם מצבים רפואיים)
- 1 התרחשות של הקאות (לא קשורה למצבים רפואיים)
- פריחות (לא כולל תפרחת חיתולים)
- פריקה ירוקה או צהובה
- עצבנות קיצונית או תשישות
- זיהום בעיניים
- פריצה או שיעול מתמשך
- שיעול פרודוקטיבי עם ליחה ירוקה או צהובה
- היעדרות בבית הספר או חולים אחרים עקב מחלה

כל בני המשפחה הסובלים מתסמינים אלה חייבים להיות מופרדים מלקוחות וספקים בזמן המפגשים. במקרה שבן משפחה חווה מחלה מדבקת ביותר (כלומר עין ורודה, מחלת פה-כף היד), יש לבטל את המפגשים עד לפתרון התסמינים.

הצוות רשאי לסיים הפעלה בכל עת שהוא מזהה לקוח אינו יכול לגשת לטיפול עקב מחלה.

הצוות יבטל ישיבה במקרה שהם מפגינים תסמינים שעלולים לחשוף לקוח למחלה.

אנא אשר שקראת והבין את המדיניות הנ"ל על-ידי הצבת ראשי התיבות שלך כאן: ____

מדיניות תקינות ובטיחות של מיקום שירות

לקוחות ומשפחות אחראים לספק מיקום בטוח ובריא עבור הצוות שלנו כדי לספק טיפול. במקרה שמיקום השירות הוגדר כלא בטוח או לא בריא, ללקוחות ולמשפחות יש אפשרות לספק מיקום אחר למתן שירות. אם לא סופק מיקום אחר, השירותים יושעו עד שניתן יהיה לזהות מיקום אספקת שירות בריא ובטוח.

המצבים הבאים (דוגמאות, לא רק), עשויים להיחשב לא בטוחים או לא בריאים לטיפול:

- פששים
- מכת מכרסמים או חרקים
- דליפות חד תחמוצת הפחמן
- בעיות HVAC (אין מיזוג אוויר לטמפרטורות בשעות היום מעל 80 מעלות, אין חום לטמפרטורות בשעות היום פחות מ 32 מעלות)
- סמים לא חוקיים נוכחים
- בני משפחה או מבוגרים נוכחים נכים
- אלימות במשפחה פעילה

אם אחד ממצבים אלה קיים, משפחות צריכות להודיע למקרה BCBA ומתאם שירותי לקוח לארגן השעיה בשירותים או עבור שירותים להתרחש במיקום אחר

אם אחד ממצבים אלה קיים במהלך הפגישה, צוות שירותי אוטיזם מפתח שומר לעצמו את הזכות לסיים את הפגישה באופן מידי.

במקרה שהצוות אינו בטוח באופן פעיל, צוות שירותי האוטיזם של Key שומר לעצמו את הזכות לסיים את הישיבה ולהבטיח את שלומם של עצמם ושל אנשים פגיעים אחרים.

אנא אשר שקראת והבין את המדיניות הנ"ל על-ידי הצבת ראשי התיבות שלך כאן: ____

מדיניות השתתפות אב

השתתפות ההורים היא מרכיב אינטגרלי בתוכנית טיפול מוצלחת של ABA. השתתפות הורה/מטפל נדרשת לקבלת שירותי ABA מבוססי ביטוח.

BCBA אחראים לקביעת תדירות ומשך מתאימים של מפגשי הדרכת הורים בהתבסס על הערכה. הורים יכולים לבקש הגדלה של תדירות או משך שירותים אלה כל עוד הם אינם חורגים משעות הביטוח המאושרות.

מבוגר אחראי מעל גיל 18 נדרש להיות נוכח בכל מפגש ABA. מבוגרים אחראים כוללים הורים, מורים, סבים וסבתות, שמרטפים, מטפלת, או כל מבוגר אחר שזוהה על ידי המשפחה ככותב כדי לספק את בריאותו ורווחתו של הילד שלך בזמן שההורה אינו נוכח.

המבוגר האחראי אחראי על האכלה, ניטור בריאות הילד, שגרת השירותים ובטיחותו הכללית, אלא אם כן יזוהו יעדי טיפול אשר יהיו כרוכים במעורבות הצוות. מבוגרים אחראים חייבים להיות נוכחים בכל אחד מהמצבים האלה ללא קשר למעורבותם.

צוות KAS אינו יכול לספק תחבורה לילדכם. אחים מוזמנים להיות חלק מהסביבה הטבעית של הלקוח, עם זאת, זה לא תמיד יכול להיות מתאים להם להיות נוכחים כאשר הטיפול הוא בפגישה. מבוגרים אחראים חייבים לפקח על אחים בכל עת במהלך מפגשי טיפול ABA.

הצוות ב-KAS שואף לפתח ולתחזק יחסי הורה / צוות קונסטרוקטיביים. אנא צרו קשר עם כל הצוות באופן מתאים. יש לך חששות לגבי התכנות של הילד שלך, אנא צור קשר עם התוכנית BCBA.

אנא אשר שקראת והבין את המדיניות הנ"ל על-ידי הצבת ראשי התיבות שלך כאן: ___

מדיניות ביטול לקוח וחופשה מורחבת

שירותי אוטיזם מרכזיים שואפים לקדם שינוי חיובי עבור הילדים שאנו תומכים בהם. טיפול ABA הוא היעיל ביותר כאשר מסופק באופן עקבי כפי שנקבע. השתתפות הלקוח והמשפחה היא קריטית ביישום שירותי ABA ונוכחות עקבית נחוצה להתקדמות הלקוח.

משפחות צריכות לעשות כל ניסיון לבטל בהקדם האפשרי לפני פגישה מתוכננת. ביטולים צריכים להתרחש לא פחות מ-48 שעות לפני פגישה מתוכננת. יש ליצור קשר עם האנשים הבאים במקרה של ביטול:

שלח הודעת דואר אלקטרוני אל:

- Cancellations@keyautismservices.com
- מטפל התנהגותי
- BCBA

o דוא"ל צריך לציין את שם הלקוח, תאריך הביטול, זמן ההפעלה, המטפל
ההתנהגות שהוקצה ושמות BCBA

ביטולים מופרזים עשויים להיחשב כמשהו יותר מ-1 בחודש. במקרה של ביטולים מוגזמים, שירותי מפתח לאוטיזם עשויים להשעות או לפרוק שירותים. אם בכל עת אינך מצליח לקיים את ההפעלות המתוזמנות שהוסכמו, פנה למתאם שירותי הלקוח ב- 857-829-4040 Ext 102 כדי לדון באפשרויות לשמירה על שירותים.

מבוגר מעל גיל 18 נדרש להיות נוכח בכל מפגש. זה יכול להיות הורה, אפוטרופוס, או כל מבוגר המיועד על ידי ההורה. מבוגר זה נדרש להיות נוכח בבית או בקהילה לאורך כל המפגש. אם מבוגר אינו נוכח, הצוות יבוטל.

כל חופשה/היעדרות ממושכת למשך יותר משבועיים, KAS אינה יכולה להבטיח את המשך הטיפול עם חזרתכם.

אנא הכירו בכך שקראתם והבנתם את המדיניות הנ"ל על ידי הצבת ראשי התיבות שלכם כאן: _____

E-הסכמה לתקשורת דואר/טקסט

הסיכון בשימוש בדואר אלקטרוני

להעברת פרטי לקוח בדואר אלקטרוני יש מספר סיכונים שעל הלקוחות לשקול לפני השימוש בדואר אלקטרוני. אלה כוללים, אך אינם מוגבלים, את הסיכונים הבאים:

- חוק הניידות ואחריות של ביטוח בריאות של 1996 ("HIPAA") ממליץ דואר אלקטרוני המכיל מידע תקינות מוגן יוצפן. הודעות דואר אלקטרוני שנשלחו מהסוכנות אינן מוצפנות, כך שייתכן שדואר אלקטרוני אינו מאובטח. לפיכך, ייתכן כי הסודיות של תקשורת כזו עלולה להיפר על ידי צד שלישי.
- ניתן להפיץ, להעביר, לאחסן דואר אלקטרוני ועל הנייר ולשדר אותו לנמענים לא מכוונים.
- שולחי דואר אלקטרוני יכולים להטעות בקלות דואר אלקטרוני.
- קל יותר לזייף דואר אלקטרוני מאשר מסמכים בכתב יד או במסמכים חתומים.
- עותקי גיבוי של דואר אלקטרוני עשויים להתקיים גם לאחר שהשולח או הנמען מחקו את העותק שלו.
- למעסיקים ולשירותים און-ליין יש זכות לבדוק דואר אלקטרוני המועבר דרך המערכות שלהם.
- ניתן ליירט, לשנות, להעביר או להשתמש בדואר אלקטרוני ללא הרשאה או זיהוי.
- ניתן להשתמש בדואר אלקטרוני כדי להכניס וירוסים למערכות מחשב. שרת הסוכנות עלול לרדת ודואר אלקטרוני לא יתקבל עד שהשרת יחזור להיות מקוון.
- דואר אלקטרוני יכול לשמש כראיה בבית המשפט.

תנאים לשימוש בדואר אלקטרוני

הסוכנות תשתמש במיילים מוצפנים כדי לשמור על אבטחה וסודיות של מידע דואר אלקטרוני שנשלח והתקבלו המכיל מידע סודי של הלקוח. הסוכנות והצוות אינם אחראים למעשים פסולים חשיפת מידע סודי שאינו נגרם על ידי התנהגות בלתי הולמת מכוונת של הסוכנות או הצוות. על הלקוחות להכיר ולהסכים לתנאים הבאים:

- דואר אלקטרוני אינו מתאים למצבים דחופים או חירום. הסוכנות והצוות אינם יכולים להבטיח שדואר אלקטרוני מסוים ייקרא וייענה לו בתוך פרק זמן מסוים.
- אם הדואר האלקטרוני של הלקוח דורש או מזמין תגובה מסוכנות או מצוות, והלקוח לא קיבל תגובה בתוך שני (2) ימי עסקים, באחריות הלקוח לבצע מעקב כדי לקבוע אם הנמען המיועד קיבל את הדואר האלקטרוני ומתי הנמען יגיב.
- דואר אלקטרוני חייב להיות תמציתי. הלקוח צריך לקבוע פגישה אם הבעיה מורכבת או רגישה מדי לדיון באמצעות דואר אלקטרוני.
- ניתן להדפיס את כל הדואר האלקטרוני ולהגישו בתיק הרפואי של הלקוח.
- צוות המשרד עשוי לקבל ולקרוא את ההודעות שלך.
- הסוכנות לא תעביר הודעות דואר אלקטרוני הניתנות לזיהוי לקוחות מחוץ לסוכנות ללא הסכמת הלקוחות מראש ובכתב, למעט כפי שאושר או נדרש על פי חוק.
- אין להשתמש בדואר אלקטרוני לתקשורת בנוגע למידע רפואי רגיש, כגון מידע הנוגע למחלות המועברות במגע מיני, איידס/HIV, בריאות הנפש או שימוש בסמים. הסוכנות אינה אחראית להפרות של סודיות הנגרמות על ידי הלקוח או כל צד שלישי.
- באחריות הלקוח לעקוב ו/או לקבוע פגישה אם הדבר מוצדק.
- הסכמה זו תישאר בתוקף עד לסיום הכתב על ידי הלקוח או הסוכנות.
- במקרה שהלקוח אינו עומד בתנאים בזאת, הסוכנות רשאית לסיים הרשאת הלקוח לתקשר באמצעות דואר אלקטרוני עם הסוכנות.

תנאים לשימוש בטקסט

- הן המשפחות והן הצוות יכולים להשתמש בהעברת הודעות טקסט כדי להודיע על התחלה מאוחרת של הפעלה, ביטול הפעלה או שינוי בזמן ההפעלה. צוות KAS אינו יכול ליזום או להגיב לכל תקשורת הודעת טקסט שעשויה לחשוף את המידע הסודי של הלקוח.
- כל מידע סודי (כולל תמונות וסרטוני וידאו) המשותפים עם צוות KAS נעשה זאת תוך סיכון של גילוי פוטנציאלי.
- משפחות ואנשי צוות רשאים להשתמש בהודעות טקסט כדי לתקשר בשעות הפעילות בלבד. אם התקשורת צריכה להתרחש מחוץ לזמנים אלה, זה צריך להיעשות באמצעות דואר אלקטרוני. רק בנסיבות מקלות (כלומר ביטול ישיבה שמתחילה בשעה 7 בבוקר) היא תקשורת באמצעות הודעת טקסט המותרת מחוץ לשעות אלה.

הוראות תקשורת

- הימנע משימוש במחשב/טלפון של מעסיקו
- שים את ראשי התיבות של הלקוח בהודעה.
- מפתח בנושא (למשל, שאלה רפואית, שאלת חיוב) בשורת הנושא.
- תודיע לסוכנות על שינויים במידע ליצירת קשר.
- להכיר בכל תקשורת המתקבלת מהסוכנות ו/או מהצוות.
- לנקוט באמצעי זהירות כדי לשמור על סודיות התקשורת.
- הגן על הסיסמה שלו או על אמצעי גישה אחרים לדואר אלקטרוני/טקסט.

הכרה והסכמ

אני מכיר בכך שקראתי והבנתי לחלוטין את טופס ההסכמה הזה. אני מבין את הסיכונים הכרוכים בתקשורת של דואר אלקטרוני / טקסט בין הסוכנות, הצוות וביני, ואת ההסכמה לתנאים ולהוראות המתוארים, כמו גם כל הוראות אחרות שהסוכנות רשאית לכפות כדי לתקשר עם הלקוח באמצעות דואר אלקטרוני / טקסט. אם יש לי שאלות, אני יכול לשאול עם קצין הפרטיות בפועל.

אני, לעצמי, היורשים, המוציאים לפועל, המנהלים וההקצאות שלי, משחררים ומשחררים באופן מלא ולנצח את שירותי האוטיזם המרכזיים ואת החברות המסונפות אליה, בעלי המניות, נושאי המשרה, הדירקטורים, הרופאים, הסוכנים והעובדים, מפני ונגד כל הפסד, תביעות והתחייבויות הנובעות או מחובר לשימוש בדואר אלקטרוני/טקסט כזה.

תאריך חתימתאב/מטפל

שם מודפס

מדיניות לגבי שימוש בדואר אלקטרוני להעברת מידע בריאותי

זוהי המדיניות של שירותי אוטיזם מפתח להשתמש בדוא"ל מאובטח ומוצפן בעת העברת מידע הבריאות המוגן שלך (PHI) בדוא"ל לך או לאדם שייצג לך את ה-PHI שלך.

עם זאת, מעת לעת, הלקוחות שלנו מבקשים שנשתמש בדוא"ל רגיל לא מאובטח (למשל, gmail) כדי לספק את ה-PHI שלהם להם או לצדדים שלישיים שהם ייעדו. שליחת מידע רפואי מוגן באמצעות דואר אלקטרוני לא מאובטח טומנת בשולחנה שני סיכונים משמעותיים:

1. ניתן לשלוח את הדוא"ל לאדם הלא נכון עקב טעות הקלדה או בחירת שם שגוי ברשימת מילוי אוטומטי
2. ניתן לגשת לדוא"ל באופן אלקטרוני בעת המעבר.

סיכונים אלה פירושה כי שימוש בדוא"ל רגיל ולא מאובטח כדי להעביר את ה-PHI שלך עלול לגרום לחשיפת ה-PHI שלך לאנשים שאינם מורשים לקבל אותו.

על מנת שנוכל לשלוח לך הודעות דוא"ל לא מאובטחות המכילות את המידע הבריאותי שלך, אנא הסכימו על ידי חתימה על שורת החתימה שלהלן. אנו נמשיך להשתמש בדוא"ל מאובטח ומוצפן ככל האפשר.

אני מבין את הסיכונים הקשורים לשימוש בדוא"ל רגיל ולא מאובטח כדי להעביר את ה-PHI שלי לי או לאחרים שייצגתי לקבל את ה-PHI שלי. על ידי חתימה להלן, אני מסכים לשימוש בדוא"ל לא מאובטח על ידי שירותי אוטיזם מפתח.

תאריך חתימתאב/מטפל

שם מודפס

אנו מחויבים לסייע ללקוחותינו ולמשפחותינו להבין את הכיסוי הביטוחי שלהם ואת האחריות הפיננסית הקשורה לטיפול ב-ABA. אם יש לך שאלות לגבי הכיסוי הביטוחי שלך או אחריות פיננסית, אנא פנה לתמיכה בתפעול @ support@keyautismservices.com

הביטוח שלך או הטבות תוכנית אחרות

- לפני ההערכה הראשונית שלך, שירותי מפתח אוטיזם ייצרו קשר עם חברת הביטוח שלך כדי לאמת את הכיסוי הביטוחי ואת הזכויות הטבות.
- עבור שירותי ביטוח ממומנים, KAS תתאם עם חברת הביטוח שלך כדי לקבל אישור לשירותים.
- השירותים לא יינתנו עד לאישור השירותים על ידי חברת הביטוח.

אחריות התשלום שלך

- אתה אחראי לכל השתתפות עצמית, ביטוח משותף, השתתפות עצמית או שירותים שאינם מכוסים הקשורים לטיפול. החשבוניות יישלחו בדואר אלקטרוני מדי חודש והתשלום ישוב עם קבלתן. אם אינך מצליח לספק תשלום עבור החשבונית, אנא צרו קשר עם support@keyautismservices.com כדי להסדיר תוכנית תשלום.
- כל שינוי בביטוח (שינויי פוליסה, שינויי מספר זיהוי חבר וכו') חייב להיות מועבר מראש כדי למנוע הפרעה לשירותים. אם הכיסוי הביטוחי שלך משתנה או מסתיים ואיננו יכולים לקבל תשלום רטרואקטיבית, אתה אחראי לכל השירותים שאינם מכוסים.
- אם Medicaid הוא הספק המשני שלך ושירותים שאינם מכוסים, תקבל הודעה. אתה תהיה אחראי לכל השתתפות עצמית, השתתפות עצמית ודמי ביטוח משותף. באפשרותך להחליט באותו זמן להמשיך או להפסיק שירותים.
- KAS מקבלת צ'קים, הזמנות כסף וכל כרטיסי האשראי העיקריים לתשלום שירותים. צ'קים שהוחזרו עבור כספים לא מספיקים וערכה עמלת צ'קים שהוחזרה בסך \$35.

חיוב עבור טיפול עקיף (שירותים שאינם פנים אל פנים)

תוכנית הטיפול של ילדך עשויה לדרוש טיפול עקיף. פעילויות טיפול עקיפות אלה עשויות לכלול, אך אינן מוגבלות; יצירת תוכניות, כתיבת דוחות, פיתוח גירויים. הסבר הטבות (EOB) שהתקבל מהספק שלך עשוי לשקף תאריכי שירותים שבהם לא קיבלת שירותי טיפול ישיר פנים אל פנים. תאריכים אלה משקפים שירותים עקיפים אלה.

השעיה/שחרור משירותים

KAS שומרת לעצמה את הזכות להשעות או לשחרר שירותי ABA בגין אי קבלת תשלום עבור יתרות שטרם נפרעו.

אחריות פיננסית: אני מבין ששירותי מפתח לאוטיזם יעשו את כל הניסיונות הסבירים לחייב את חברת הביטוח שלי תחילה, ויעבדו אותי כדי לטפל בבעיות פוטנציאליות. עם זאת, במקרה שחברת הביטוח שלי לא תשלם עבור חלק כלשהו מהשירותים הניתנים, אני מסכים ומודה כי אני אחראי לכל העמלות שנותרו.

הרשאה לשחרור מידע: אני מאשר לשירותי אוטיזם מרכזיים, לשחרר מידע המבוקש על ידי חברת הביטוח שלי כדי להשלים את התביעה שלי.

הרשאה לתשלום תביעות לשירותי אוטיזם מרכזיים: אני מאשר לשלוח ישירות את התשלום מחברת הביטוח לשירותי אוטיזם מרכזיים. זה מאפשר לשירותי אוטיזם מפתח להגיש תביעות בשמי.

תאריך חתימתאב/מטפל

שם מודפס

ניתוח התנהגות יישומית (ABA) היא גישה מדעית מבוססת הוכחות המשמשת לשיפור התנהגויות בעלות משמעות חברתית. שירותי אוטיזם מרכזיים משתמשים בהליכים של ABA לצרכנים במסגרות הבית והקהילה. על-ידי הסכמה לשירותי ABA, אתה מסכים של-Key Autism Services יש את הזכות ל:

- מתן שירותי ABA ביתיים ו/או קהילתיים
- פיתוח תוכניות טיפול, יעדים ויעדים
- איסוף נתונים כדי לדווח על התקדמות ביעדים וביעדים
- דיון בטיפול עם ספקי ביטוח למטרות הרשאה
- יצירת תוכניות וחומרים לטיפול
- עריכת יעדים או נהלים של תוכנית טיפול והתנהגות

הסכמה לבאים לתקבל בנפרד, במידת הצורך:

- הערכה התנהגותית תפקודית (FBA)
- ניתוח פונקציונלי (FA)
- הגשת תוכניות טיפול לחברות הביטוח
- יישום תוכניות התנהגות

אני מסכים לכך שילדי יקבל את הטיפול ב-ABA כפי שמתואר לעיל מראשית אישור הביטוח ועד להפסקת שירותי ABA.

תאריך חתימתאב/מטפל

שם מודפס

שם לקוח

פרטי לקוח

שם הלקוח: _____
כתובת: _____
עיר: _____ מדינה: _____
מיקוד: _____
DOB: _____ מין: _____

שם איש קשר ראשי: _____
קשר ללקוח: _____
טלפון: _____ הזמן הטוב ביותר ליצירת קשר?
דואר אלקטרוני: _____

שם איש קשר משני: _____
קשר ללקוח: _____
טלפון: _____ הזמן הטוב ביותר ליצירת קשר?
דואר אלקטרוני: _____

ספק ביטוח ראשי: מספר _____
טלפון: _____
מזהה חבר: _____ קבוצה #: _____
שם מבוטח: _____ מבוטחת: _____
SSN מבוטח: _____

ספק ביטוח משני: מספר _____
טלפון: _____
מזהה חבר: _____ קבוצה #: _____
שם מבוטח: _____ מבוטחת: _____
SSN מבוטח: _____

שם איש קשר לשעת חירום: _____
קשר ללקוח: _____ טלפון _____ ליצירת קשר
לשעת חירום: _____

הערכת סיכונים ראשונית (למטרות צריכה בלבד)

שם לקוח: _____

אנא ענה אם הדברים הבאים התרחשו בשנתיים האחרונות. אם התשובה היא כן, אנא תאר את האירוע בפירוט.

1. האם ההורה/המטפל, או כל אדם אחר, היה צריך להשתמש באיפוק פיזי על הלקוח בכל עת במהלך השנתיים האחרונות?
אם כן, אנא תאר את
אירועים

2. האם הלקוח עוסק בהתנהגות פיזית מסוכנת (למשל, רכוש שנהרס; פגיעה או איום בפגיעה באדם אחר; או עוסק, או איים לעסוק, פגיעה עצמית) בכל עת במהלך [השנתיים] האחרונות? אם כן, אנא תאר את התקרית האחרונה.

3. האם ללקוח היו או השמיע מחשבות אובדניות או רצחניות, הערות או ניסיונות?

4. האם משבר נייד או המשטרה התערבו באירועים של התנהגות מאתגרת? אם התשובה היא כן, כמה זמן המשטרה התערבה בתקופה זו? אנא תארו את התקרית האחרונה שהובילה להתערבות המשטרה.

5. האם הילד קיבל הערכת בטיחות?

6. האם הלקוח אושפז במחלקה פסיכיאטרית? מתי היה האשפוז האחרון? אנא תארו את האירוע שהוביל לאשפוז האחרון.

7. האם הלקוח עוסק באווירפגיה (בליעת אוויר חוזרת), הרהורים (הקאות ואכילה של מזון מתעכל חלקית), פיקה (אכילת פריטים שאינם מזון)?

תאריך חתימתאב/מטפל

תיאום הטיפול

מלאו את המידע עבור מטפלים שברצונכם לשתף איתם פעולה לטיפול בחולה

רופא ילדים: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

עובד סוציאלי בבית הספר: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

פסיכולוג: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

גורולוג: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

מרפא בעיסוק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

קלינאית תקשורת: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

פיזיותרפיסט: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

אישור לשחרור רשומות רפואיות ומידע רפואי

שם לקוח: _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____

אני מאשר ומסכים בזאת לשירותי אוטיזם מרכזיים לשחרר את הרשומות הרפואיות והמידע הרפואי שלי, בין אם בעל פה, בכתב או אלקטרוני, הנוגע לשירותים הרפואיים הניתנים לצורך תיאום פעילויות הטיפול לנמען המפורט להלן:

שם: _____

כותרת: _____

קשר ללקוח: _____

כתובת: _____

מספר טלפון: מספר _____ פקס: _____

דואר אלקטרוני: _____

הגבלות:

הרשאה זו תקפה לתקופה של _____ (חודשים/שנים) מהתאריך שנחתם.

חתימה: _____ תאריך: _____

שם מודפס: _____ קשר ללקוח: _____

דף חתימה של הורה/מטפל - מדריך להורים

קראתי, הבנתי, והייתה לי הזדמנות לשאול שאלות על המדיניות והנהלים הכלולים במדריך ההורים של שירותי האוטיזם המרכזיים. אני אדבוק במדיניות ובנהלים המתוארים במדריך ההורים.

תאריך חתימתאב/מטפל

שם מודפס

שם לקוח

טופס הסכמה של חבר טלרפואה

שמהמטופל: תאריך

לידה :

1. **מטרה:** מטרת טופס זה היא לקבל את הסכמתך להשתתף בייעוץ טלרפואה בקשר עם הנהלים ו/או השירותים הבאים:
שירותי ABA לילדים ומשפחות שאובחנו עם אוטיזם

2. **טבעו של ייעוץ טלרפואה :** במהלך הייעוץ טלרפואה:

- a. פרטים על ההיסטוריה הרפואית שלך, בדיקות, צילומי רנטגן ובדיקה יידונו עם אנשי מקצוע אחרים בתחום הבריאות באמצעות טכנולוגיית וידאו אינטראקטיבית, שמע וטלקומוניקציה.
 - b. בדיקה גופנית שלך עשויה להתבצע.
 - c. טכנאי שאינו רפואי עשוי להיות נוכח באולפן הטלרפואה כדי לסייע בשידור הווידאו.
3. **מידע רפואי ורשומות :** כלהחוקים הקיימים בנוגע לגישה שלך למידע רפואי ועותקים של הרשומות הרפואיות שלך חלים על ייעוץ טלרפואה זה. אנא שימו לב כי לא כל התקשורת מוקלטת ומאוחסנת. בנוסף, הפצת כל תמונה או מידע המאפשרים זיהוי של מטופל עבור אינטראקציה טלרפואה זו לחוקרים או לגופים אחרים לא תתרחש ללא הסכמתך.
4. **סודיות:** נעשו מאמצים סבירים וראויים לבטל את כל סיכוני הסודיות הקשורים לייעוץ הטלרפואה, וכל הגנות הסודיות הקיימות על פי החוק הפדרלי והמדינה חלות על מידע שנחשף במהלך התייעצות טלרפואה זו.
5. **זכויות:** אתה רשאי לעכב או לבטל את הסכמתך לייעוץ הטלרפואה בכל עת מבלי להשפיע על זכותך לטיפול או לטיפול עתידיים או להסתכן באובדן או משיכה של כל הטבות תוכנית שאליהן היית זכאי בדרך אחרת.
6. **מחלוקות:** אתה מסכים שכל מחלוקת המגיעה מהייעוץ הטלרפואה תיפתר ב ניו ג'רזי, והחוק בניו ג'רזי יחול על כל המחלוקות.
7. **סיכונים, השלכות והטבות:** אתה כבר הודיע על כל הסיכונים הפוטנציאליים, ההשלכות והיתרונות של טלרפואה. הרופא המטפל שלך דן איתך במידע שסופק לעיל. הייתה לך הזדמנות לשאול שאלות על המידע המוצג בטופס זה והייעוץ הטלרפואה. כל השאלות שלך נענו, ואתה מבין את המידע הכתוב שנמסר לעיל.

I הסכים ל להשתתף ב a טלרפואה ייעוץ בשביל הפרוצדורות המתואר מעל.

שם: חתום

קשר גומלין עם

יעו

מטופל:

תאריך:

ציפיות הטיפול ב-ABA

ABA היא גישה מדעית מבוססת הוכחות המשמשת לשיפור התנהגות בעלת משמעות חברתית. האסטרטגיות והשיטות המשמשות להוצאת שינוי התנהגות זה עלולות להוות סיכונים פוטנציאליים ועלולים לגרום ליתרונות פוטנציאליים לילדך.

סיכונים אפשריים הקשורים לטיפול ABA

1. שיבושים בשגרה כתוצאה מדרישת הזמן הכרוכה בלוח זמנים ישיר של שירות וציפיות להכשרת הורים
2. התקדמות איטית או לא עקבית וחוסר הכללה כתוצאה ממעורבות המטפל, חוסר תיאום של טיפול עם ספקים אחרים, או היסטוריה קודמת של חיזוק של התנהגויות לא רצויות.
3. לחץ על התא המשפחתי תוך התבוננות וצפייה בשינוי התנהגות.
4. מרכיבים מסוימים של טיפול ABA כרוכים "הכחדה" אשר עלול לגרום לעלייה קצרת טווח של התנהגות מאתגרת לפני ירידה.

יתרונות אפשריים הקשורים לטיפול ABA

1. הקטנת התנהגויות לא רצויות
2. הגברת כישורי החברה, התקשורת והמשחק
3. עצמאות עם פעילויות של חיי היומיום כולל שירותים, הלבשה וכישורים מבוססי קהילה.
4. הצורך המופחת בטיפול ב-ABA