



Key Autism Services

Unlocking Your Child's Potential

Pakiet
przyjmowania
klientów i
Podręcznik dla
rodziców

Kluczowe usługi w zakresie autyzmu

Witamy w Key Autism Services! Cieszymy się, że wybrałeś nas, aby pomóc Twojemu dziecku odblokować jego potencjał. W tym pakiecie znajdziesz wszystkie informacje potrzebne do poruszania się po tym procesie. Wszystkie kwestie, bez względu na to, jak małe, są dla nas równie ważne. Staramy się wykraczać poza to, aby zapewnić naszym klientom najwyższą jakość usług.

Spis treści

Kluczowe usługi.....	w zakresie autyzmu
.....
.....	2
.....
.....	Informacje
.....	kontaktowe3
.....
Zawiadomienie o.....	informacjach
.....
.....	i
.....	praktykach w zakresie
.....	prywatności
.....	4
.....
Potwierdzenie.....
.....	otrzymania
.....	powiadomienia o
.....	informacjach
.....	i praktykach
.....	w zakresie
.....	prywatności9
.....
.....	Zabieg
.....	ABA10
.....
Polityka niedyskryminacji.....	i pomocy językowej
.....
.....	12
.....
Brak.....	pozyskiwania klientów
.....
.....	14
.....
Zasady.....	i
.....	procedury
.....	składania
.....	skarg

.....	14
.....
.....	Polityka dotycząca chorób klientów
.....	15
.....
Zasady	bezpieczeństwa i higieny pracy
.....	w miejscu
.....	świadczenia usług
.....	16
.....
.....	Zasady uczestnictwa rodziców
.....	17
.....
Polityka	anulowania i
.....	przedłużonego urlopu
.....
.....	klienta
.....	18
.....
Zgoda na	komunikację
.....	e-mail/tekstową
.....	19
.....
Zasady	dotyczące korzystania z poczty elektronicznej
.....	do
.....	przekazywania
.....	informacji zdrowotnych
.....	21
.....
.....	Odpowiedzialność finansowa
.....	22
.....
Zgoda	na
.....	usługi
.....	ABA
.....	23
.....
.....	Informacje o kliencie
.....	24
.....
Wstępna	ocena
.....	ryzyka
.....	25
.....
Koordinacja	opieki
.....	26
.....

Upoważnienie do
..... udostępniania dokumentacji medycznej
..... i informacji medycznych
.....27
.....
..... Strona podpisu
..... rodzica/opiekuna - Podręcznik dla rodziców
.....28
.....
.....

Informacje kontaktowe

Telefon: 857-829-4040

Faks: 844-965-9105

E-mail: info@keyautismservices.com

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

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

Adres: 106 Apple Street

Apartment 221

Tinton Falls, NJ 07724

Zawiadomienie o informacjach i praktykach w zakresie prywatności

TJEGO ZAWIADOMIENIE OPISUJE, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE ZDROWOTNE O TOBIE MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ JAK MOŻESZ UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. PLEASE PRZEJRZYJ GO UWAŻNIE.

Zobowiązujemy się do ochrony poufności informacji o Twoim zdrowiu i jesteśmy do tego zobowiązani przez prawo. Niniejsze powiadomienie opisuje, w jaki sposób możemy wykorzystywać twoje informacje zdrowotne w ramach kluczowych usług autyzmu i jak możemy je ujawniać innym osobom spoza kluczowych usług autyzmu, niniejsze powiadomienie opisuje również prawa, które masz w odniesieniu do własnych informacji zdrowotnych. Musimy przestrzegać zobowiązań opisanych w niniejszym powiadomieniu i przekazać Ci jego kopię. Prosimy o uważne zapoznanie się z tym powiadomieniem i poinformowanie nas, jeśli masz pytania.

W JAKI SPOSÓB WYKORZYSTUJEMY I UJAWNIAMY TWOJE INFORMACJE ZDROWOTNE

Jesteśmy upoważnieni lub zobowiązani do wykorzystywania lub ujawniania informacji zdrowotnych o Tobie do określonych celów bez Twojej zgody. Niektóre sposoby wykorzystania i ujawnienia informacji o stanie zdrowia wymagają jednak twojej zgody. Poniżej przedstawiono sposoby, w jakie możemy wykorzystywać lub udostępniać informacje o twoim zdrowiu:

Leczenie:

Możemy wykorzystywać Twoje informacje zdrowotne, aby zapewnić Ci usługi medyczne i materiały eksploatacyjne. Możemy również ujawnić Twoje informacje zdrowotne innym osobom, które potrzebują tych informacji do leczenia Ciebie, takim jak lekarze, asystenci lekarzy, pielęgniarki, studenci medycyny i pielęgniarstwa, technicy, terapeuci, dostawcy usług ratunkowych i transportu medycznego, dostawcy sprzętu medycznego i inne placówki zaangażowane w Twoją opiekę. Na przykład umożliwimy Twojemu lekarzowi dostęp do Twojej dokumentacji medycznej, aby pomóc w leczeniu i dalszej opiece.

Możemy również wykorzystywać i ujawniać Twoje informacje zdrowotne, aby skontaktować się z Tobą, aby przypomnieć Ci o zbliżającej się wizycie, poinformować Cię o możliwych opcjach leczenia lub alternatywach lub poinformować Cię o dostępnych usługach związanych ze zdrowiem.

Płatność:

Możemy wykorzystywać i ujawniać informacje o Twoim zdrowiu ubezpieczycielom i planom zdrowotnym, aby otrzymać zapłatę za usługi lub dostawy, które Ci dostarczamy. Na przykład Twój plan zdrowotny lub firma ubezpieczeniowa może poprosić o wyświetlenie części informacji o Twoim zdrowiu, zanim zapłacą nam za Twoje leczenie.

Działalność w zakresie opieki zdrowotnej :

Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne w celu prowadzenia naszej organizacji, poprawy Opieki i kontaktowania się z Tobą w razie potrzeby. Na przykład wykorzystujemy informacje zdrowotne o Tobie do zarządzania Twoim leczeniem i usługami.

Członkowie rodziny i inne osoby zaangażowane w Twoją opiekę:

O ile nie wyrazisz sprzeciwu, możemy ujawnić Twoje informacje zdrowotne członkowi rodziny lub bliskiemu przyjacielowi, który jest zaangażowany w Twoją opiekę zdrowotną, lub komuś, kto pomaga zapłacić za Twoją opiekę. Możemy również ujawnić Twoje informacje zdrowotne organizacjom pomagającym w przypadku katastrof, aby pomóc zlokalizować członka rodziny lub przyjaciela w przypadku katastrofy.

Partnerzy biznesowi:

Możemy ujawnić Twoje informacje zdrowotne naszym zewnętrznym dostawcom usług ("Partnerzy biznesowi"), którzy wykonują funkcje w naszym imieniu lub świadczą nam usługi, jeśli informacje są niezbędne do takich funkcji lub usług. Wszyscy nasi Współpracownicy biznesowi są zobowiązani, na mocy umowy z nami, do ochrony prywatności Twoich informacji i nie mogą wykorzystywać ani ujawniać żadnych informacji innych niż określone w naszej umowie.

INNE ZASTOSOWANIA I UJAWNIANIE INFORMACJI

Wymagane przez prawo:

Przepisy federalne, stanowe lub lokalne czasami wymagają od nas ujawnienia informacji o stanie zdrowia pacjentów. Na przykład jesteśmy zobowiązani do ujawnienia informacji o stanie zdrowia pacjentów Amerykańskiemu Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej, aby mógł on zbadać skargi lub ustalić naszą zgodność z HIPAA. My również jesteśmy wymagane do przekazywania informacji do Programów Odszkodowań Pracowniczych za urazy związane z pracą.

Działania w zakresie zdrowia publicznego:

Możemy zgłaszać pewne informacje zdrowotne do celów zdrowia publicznego. Na przykład jesteśmy zobowiązani do zgłaszania urodzeń, zgonów i chorób zakaźnych rządowi stanowemu. Możemy również być zmuszeni do zgłaszania działań niepożądanych leków lub produktów medycznych do amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków ("FDA") lub możemy powiadamiać pacjentów o wycofaniu leków lub produktów, których używają.

Bezpieczeństwo publiczne:

Możemy ujawniać informacje zdrowotne do celów bezpieczeństwa publicznego w ograniczonych okolicznościach. Możemy ujawnić informacje zdrowotne funkcjonariuszom organów ścigania w odpowiedzi na nakaz przeszukania lub wezwanie wielkiej ławy przysięgłych. Możemy również ujawniać informacje zdrowotne, aby pomóc funkcjonariuszom organów ścigania w identyfikacji lub zlokalizowaniu osoby, w ściganiu przestępstwa przemocy, zgłaszaniu zgonów, które mogły wynikać z czynów przestępczych oraz w zgłaszaniu zachowań przestępczych w ramach Kluczowych Służb Autyzmu. Możemy również ujawnić Twoje informacje zdrowotne funkcjonariuszom organów ścigania i innym osobom, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu zdrowia lub bezpieczeństwa.

Działania w zakresie nadzoru zdrowotnego:

Możemy ujawniać informacje zdrowotne agencji rządowej, która nadzoruje kluczowe usługi autyzmu lub

jej personel w zakresie działań niezbędnych rządowi do zapewnienia odpowiedniego nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, niektórymi rządowymi programami świadczeń i zgodnością z niektórymi prawami obywatelskimi.

Koronerzy, lekarze orzecznicy i dyrektorzy pogrzebów:

Możemy ujawniać informacje dotyczące zmarłych pacjentów koronerom, lekarzom orzecznikom i dyrektorom zakładów pogrzebowych, aby pomóc im w wykonywaniu ich obowiązków.

Wojsko, weterani, bezpieczeństwo narodowe i inne cele rządowe:

Jeśli jesteś członkiem sił zbrojnych, możemy ujawnić Twoje informacje zdrowotne zgodnie z wymaganiami wojskowych władz dowodzenia lub Departamentowi Spraw Weteranów. Kluczowe służby ds. autyzmu mogą również ujawniać informacje zdrowotne funkcjonariuszom federalnym do celów wywiadowczych i bezpieczeństwa narodowego lub dla prezydenckich służb ochronnych.

Postępowanie sądowe:

Kluczowe służby ds. Autyzmu mogą ujawnić informacje zdrowotne, jeśli zostanie to nakazane przez sąd lub jeśli zostanie doręczone wezwanie sądowe lub nakaz przeszukania. W większości sytuacji otrzymasz wcześniejsze powiadomienie o tym ujawnieniu, abyś miał możliwość sprzeciwienia się udostępnianiu informacji o swoim zdrowiu.

Marketing/Sprzedż informacji:

Nigdy nie będziemy sprzedawać Twoich danych ani udostępniać ich w celach marketingowych, chyba że udzielisz nam pisemnej zgody. Jeśli skontaktujemy się z Tobą w sprawie jakichkolwiek działań związanych ze zbieraniem funduszy, możesz poprosić, abyśmy nie kontaktowali się z Tobą ponownie.

Informacje z dodatkową ochroną:

Niektóre rodzaje informacji zdrowotnych mają dodatkową ochronę na mocy prawa stanowego i federalnego. Na przykład informacje zdrowotne na temat chorób zakaźnych i HIV/AIDS, leczenia uzależnień od narkotyków i alkoholu, badań genetycznych oraz oceny i leczenia poważnej choroby psychicznej są traktowane inaczej niż inne rodzaje informacji zdrowotnych. W przypadku tego typu informacji Key Autism Services jest wymagane uzyskanie autoryzacji przed ujawnieniem tych informacji innym osobom w wielu okolicznościach.

Pisemne upoważnienie użytkownika do jakiegokolwiek innego wykorzystania lub ujawnienia informacji o stanie zdrowia:

Jeśli Key Autism Services chce wykorzystać lub ujawnić informacje o Twoim zdrowiu w celu, który nie został omówiony w niniejszym powiadomieniu, Key Autism Services zwróci się o Twoją autoryzację. Jeśli udzielisz upoważnienia Kluczowym Służbom Autyzmu, możesz cofnąć to upoważnienie w dowolnym momencie, chyba że już polegaliśmy na Twoim upoważnieniu do wykorzystania lub ujawnienia informacji. Jeśli kiedykolwiek chcesz odwołać swoje upoważnienie, powiadom o tym na piśmie inspektora ochrony prywatności.

Ograniczenia dotyczące ujawniania PHI w planie zdrowotnym:

Kluczowe usługi autyzmu muszą przestrzegać wniosku o ograniczenie ujawniania PHI do planu zdrowotnego, jeśli ujawnienie dotyczy płatności lub operacji opieki zdrowotnej i dotyczy przedmiotu

opieki zdrowotnej lub usługi, za którą dana osoba zapłaciła z kieszeni w całości.

JAKIE SĄ TWOJE PRAWA?

Prawo do żądania informacji o stanie zdrowia:

Masz prawo do wglądu we własne informacje zdrowotne i uzyskania kopii tych informacji. Należy pamiętać, że mogą obowiązywać wyjątki przewidziane przez prawo. (Prawo wymaga od nas zachowania oryginalnego zapisu). Obejmuje to Twoją historię zdrowia, rekord rozliczeniowy i inne rekordy, których używamy do podejmowania decyzji dotyczących Twojej opieki. Aby poprosić o informacje zdrowotne, zadzwoń lub napisz do specjalisty ds. Prywatności na poniższy adres. Jeśli poprosisz o kopię swoich informacji, obciążymy Cię kosztami skopiowania tych informacji. Powiemy Ci z wyprzedzeniem, ile będzie kosztować to kopiowanie. Możesz spojrzeć na swój rekord bez żadnych kosztów.

Prawo do żądania zmiany informacji zdrowotnych, które uważasz za błędne lub niekompletne:

Jeśli zapoznasz się z informacjami o swoim stanie zdrowia i uważasz, że niektóre informacje są błędne lub niekompletne, możesz poprosić nas o zmianę twojego zapisu. Aby poprosić nas o zmianę informacji o stanie zdrowia, prześlij pisemny wniosek na poniższy adres. Możemy odrzucić Twoją prośbę, ale odpowiemy na Twoją prośbę z wyjaśnieniem w ciągu 60 dni.

Prawo do uzyskania listy niektórych ujawnień informacji o zdrowiu:

Masz prawo zażądać listy wielu ujawnień, których dokonujemy na temat Twoich informacji o stanie zdrowia. Jeśli chcesz otrzymać taką listę, prześlij pisemny wniosek na poniższy adres. Udostępnimy Ci pierwszą listę bezpłatnie, ale możemy obciążyć Cię opłatą za wszelkie dodatkowe listy, o które poprosisz w tym samym roku. Poinformujemy Cię z wyprzedzeniem, ile będzie kosztować ta lista, a Ty możesz zmodyfikować lub wycofać swoją prośbę w tym czasie.

Prawo do żądania ograniczeń dotyczących sposobu, w jaki kluczowe usługi autyzmu będą wykorzystywać lub ujawniać informacje zdrowotne w celu leczenia, płatności lub operacji opieki zdrowotnej:

Masz prawo poprosić nas, abyśmy NIE wykorzystywali ani nie ujawniali Twoich informacji zdrowotnych w celu leczenia Ciebie, ubiegania się o zapłatę za opiekę lub obsługi systemu. Nie jesteśmy zobowiązani do wyrażenia zgody na Twoją prośbę, ale jeśli wyrazimy zgodę, zastosujemy się do tej umowy. Jeśli chcesz poprosić o ograniczenie, napisz do inspektora ochrony prywatności na poniższy adres i szczegółowo opisz swoją prośbę.

Prawo do żądania poufnej komunikacji:

Masz prawo poprosić nas o komunikowanie się z Tobą w sposób, który Uważasz za bardziej poufny. Na przykład możesz poprosić nas, abyśmy nie dzwonili do Twojego domu, ale komunikowali się tylko pocztą. Aby to zrobić, przedyskutuj to ze swoim opiekunem lub prześlij pisemną prośbę do inspektora ochrony prywatności na poniższy adres. Możesz również poprosić o rozmowę z lekarzami na osobności poza obecnością innych pacjentów - po prostu zapytaj ich.

Prawo do otrzymania powiadomienia po naruszeniu niezabezpieczonych PHI:

Masz prawo i zostaniesz powiadomiony, jeśli Twoje informacje zdrowotne zostały naruszone

tak szybko, jak to możliwe, ale w każdym razie nie później niż sześćdziesiąt (60) dni po naszym odkryciu naruszenie.

Prawo do wyboru przedstawiciela:

Jeśli udzieliłeś komuś pełnomocnictwa medycznego lub jeśli ktoś jest Twoim opiekunem prawnym, osoba ta może korzystać z Twoich praw i dokonywać wyborów dotyczących Informacji o Twoim zdrowiu. Upewnimy się, że ta osoba ma uprawnienia i może działać dla Ciebie, zanim podejmiemy jakiegokolwiek działania.

ZMIANY W NINIEJSZEJ INFORMACJI:

Od czasu do czasu możemy zmieniać nasze praktyki dotyczące sposobu wykorzystywania lub ujawniania informacji o stanie zdrowia pacjentów lub sposobu wdrażania praw pacjenta dotyczących ich informacji. Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego powiadomienia i wprowadzenia w życie postanowień naszego nowego Powiadomienia w odniesieniu do wszystkich informacji zdrowotnych, które przechowujemy. Jeśli zmienimy te praktyki, opublikujemy zmienione Powiadomienie o praktykach w zakresie prywatności. Możesz uzyskać kopię naszej aktualnej Informacji o praktykach w zakresie prywatności w dowolnym momencie, prosząc o nią od inspektora ds. Prywatności pod poniższym adresem.

Prawa osób niepełnosprawnych w Karolinie Północnej:

Aby uzyskać informacje na temat praw osób niepełnosprawnych w Karolinie Północnej, możesz odwiedzić stronę <https://disabilityrightsnc.org/> lub skontaktować się z nimi bezpośrednio pod numerem 919-856-2195.

Potwierdzenie otrzymania powiadomienia o informacjach i praktykach w zakresie prywatności

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Otrzymałem kopię Zawiadomienia **o informacjach i praktykach prywatności** Key Autism Services ("Zawiadomienie"), które opisuje, w jaki sposób moje informacje zdrowotne są wykorzystywane i udostępniane. Rozumiem, że Key Autism Services ma prawo do zmiany niniejszej Informacji w dowolnym momencie. Aktualną kopię mogę uzyskać, kontaktując się z inspektorem ds. prywatności pod numerem 857-829-4040.

Mój podpis poniżej potwierdza, że otrzymałem kopię Zawiadomienia o informacjach i praktykach prywatności:

Podpis pacjenta lub osobista

data przedstawiciela

Nazwa wydruku

Tytuł osobistego przedstawiciela (np. *Opiekun, Wykonawca majątku, Pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej*)

Leczenie ABA

Applied Behavior Analysis (ABA) to oparte na dowodach, naukowe podejście stosowane w celu poprawy społecznej znaczące zachowania. Key Autism Services ("KAS") stosuje procedury ABA dla konsumentów w warunkach domowych i społecznych. Procedury te wykorzystują najlepsze praktyki i są wdrażane przez wysoko wykwalifikowany personel.

Rola BCBA:

Board Certified Behavior Analyst (BCBA) to certyfikat na poziomie absolwenta w zakresie analizy zachowań. Profesjonaliści, którzy są certyfikowani na poziomie BCBA, są niezależnymi praktykami, którzy świadczą usługi analizy zachowań. Ponadto BCBA nadzorują pracę Certyfikowanych Asystentów Analityków Zachowań Zarządu, Zarejestrowanych Techników Behawioralnych i innych, którzy wdrażają interwencje analityczne zachowania.

Rola terapeuty behawioralnego (BT/RBT):

Technik behawioralny jest paraprofesjonalistą, który praktykuje pod ścisłym, stałym nadzorem BCBA. BT jest przede wszystkim odpowiedzialny za bezpośrednią realizację usług analizy zachowań. BT nie opracowuje planów interwencji ani oceny. Obowiązkiem Bt Supervisor jest określenie, jakie zadania BT może wykonywać w ramach swojego szkolenia, doświadczenia i kompetencji.

Zakres usług

KAS zapewnia terapię ABA, oparte na dowodach leczenie osób z autyzmem. ABA jest jedynym sprawdzonym, skutecznym leczeniem osób z autyzmem. Nasze BCBA są etycznie odpowiedzialne za wdrażanie procedur analizy zachowania, które są oparte na dowodach i mają charakter naukowy. Pracownicy KAS nie mogą wdrażać żadnych innych strategii.

Jeśli Twoje leczenie jest finansowane przez ubezpieczyciela, zakres usług jest ograniczony do domu i społeczności. W związku z tym KAS nie jest w stanie świadczyć bezpośrednich usług ABA opartych na ubezpieczeniu w środowisku edukacyjnym w godzinach edukacyjnych. Ponadto cele planu leczenia mogą nie zostać zatwierdzone przez fundatorów ubezpieczeń, jeśli mają charakter akademicki.

Fundatorzy ubezpieczeń wymagają koordynacji działań opiekuńczych między KAS BCBA a innymi specjalistami

świadczenie usług na rzecz naszych klientów. Usługi te obejmują między innymi:

- Posiedzenia IEP
- Leczenie skojarzone z innymi specjalistami
- Wizyty u lekarza
- Rozmowy telefoniczne lub korespondencja e-mailowa z lekarzami, nauczycielami i innymi osobami, które świadczą usługi na rzecz klienta

Pracownicy KAS nie mogą pełnić funkcji biegłego lub innego świadka w postępowaniu sądowym, adwokata lub innych ról, które mogą służyć jako podwójny związek.

Kryteria wejścia

Klienci w każdym wieku, u których zdiagnozowano zaburzenie ze spektrum autyzmu, mogą być brani pod uwagę do usług. KAS oferuje i świadczy usługi bez dyskryminacji ze względu na rasę, religię, pochodzenie narodowe lub etniczne, wiek, płeć, orientację seksualną lub niepełnosprawność umysłową lub fizyczną. Ocena ryzyka zostanie przeprowadzona na początku usług w celu oceny zdolności klienta do uzyskania dostępu do usług w warunkach domowych lub społecznościowych.

Kryteria absolutorium klinicznego

BCBA może zalecić wypis kliniczny pacjentów, jeśli spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- Leczenie jest nieskuteczne (może być spowodowane współistniejącymi diagnozami)

- Klient opanował, utrzymał i uogólnił wszystkie cele leczenia
- Ocena została przeprowadzona i klient nie wykazuje żadnych deficytów, które wymagałyby intensywnych usług analizy zachowań

Każde kliniczne zwolnienie z usług zostanie dokonane poprzez przejście na leczenie na niższy poziom opieki aż do uzyskania niezależności.

Zarządzanie fizyczne

Regularne korzystanie z zarządzania fizycznego (tj. uchwytów ochronne, eskorta itp.) wymaga pisemnej zgody rodziców lub opiekunów. W przypadku, gdy klient, personel lub inna osoba zaangażowana w opiekę nad klientem jest w bezpośrednim ryzyku poważnej krzywdy fizycznej, personel może zastosować strategię zarządzania fizycznego bez zgody na bezpieczeństwo zaangażowanych osób.

Zatrudnienia

Wszyscy terapeuci behawioralni uczestniczą w rygorystycznym procesie szkoleniowym po zatrudnieniu. Szkolenie jest kontynuowane w służbie klientom zarówno w zakresie wyszkolonych umiejętności, jak i programowania specyficznego dla klienta. Board Certified Behavior Analyst (BCBA) prowadzi wszystkie szkolenia i nadzór. Zatrudnienie zależy od dostępności klienta i personelu. Wszelkie pytania lub wątpliwości dotyczące szkolenia personelu należy kierować do programu BCBA.

Rodzice mogą poprosić o usunięcie BT lub BCBA ze sprawy. Dołożymy wszelkich starań, aby zaradzić problemowi przed usunięciem personelu ze sprawy. KAS nie może zagwarantować ciągłości usług, jeśli BT lub BCBA nie mogą zostać wymienione.

Godziny sesji

Usługi ABA mogą występować w godzinach 7-19, chyba że zatwierdzono inaczej.

Materiały programowe

Wszelkie materiały, programowanie, bodźce, wzmacniacze itp. wykonane na potrzeby programu klienta jest uważana za własność KAS. Rodzice nie ponoszą odpowiedzialności za zwrot kosztów tych przedmiotów. Po zakończeniu świadczenia usług rodzice muszą koordynować zwrot wszystkich elementów związanych z programem klienta z BCBA lub Działem Obsługi Klienta. Kopie materiałów, programowania, danych lub bodźców mogą być dostarczone klientowi za rozsądną, opartą na kosztach opłatą.

Polityka niedyskryminacji i pomocy językowej

Key Autism Services przestrzega federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na wiek, rasę, pochodzenie etniczne, religię, kulturę, język, niepełnosprawność fizyczną lub umysłową, status społeczno-ekonomiczny, płeć, orientację seksualną oraz tożsamość płciową lub ekspresję płciową. Kluczowe usługi w zakresie autyzmu nie wykluczają osób ani nie traktują ich inaczej ze względu na wiek, rasę, pochodzenie etniczne, religię, kulturę, język, niepełnosprawność fizyczną lub umysłową, status społeczno-ekonomiczny, płeć, orientację seksualną oraz tożsamość płciową lub ekspresję płciową.

W stosownych przypadkach Key Autism Services dokłada wszelkich starań, aby zapewnić usługi pomocy językowej osobom, których podstawowym językiem nie jest angielski, oraz pomoce i usługi dla osób niepełnosprawnych, aby umożliwić im skuteczną komunikację z personelem Kluczowych Usług Autyzmu. Jeśli potrzebujesz tych usług, proszę kontakt: 857-829-4040 EXT102

Jeśli uważasz, że Key Autism Services nie zapewniło zgodności z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich lub dyskryminowało w inny sposób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć, możesz złożyć skargę na:

Kluczowe usługi
autyzmu C / O Don
Foster

Adres korespondencyjny: 106 Apple Street, Suite 221, Tinton Falls,
NJ 07724 E-mail: don.foster@keyautismservices.com

Możesz złożyć skargę osobiście lub pocztą, faksem lub e-mailem. Jeśli potrzebujesz pomocy w złożeniu skargi, Key Autism Services jest dostępny, aby Ci pomóc.

Możesz również złożyć skargę dotyczącą praw obywatelskich w Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Biurze Praw Obywatelskich, drogą elektroniczną za pośrednictwem Portalu Skarg Na Prawa Obywatelskie, dostępnego pod adresem <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> lub pocztą lub telefonicznie pod adresem:

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA
200 Independence Avenue, SW
Pokój 509F, HHH
Building Washington,
D.C. Rok 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hiszpański: UWAGA: jeśli mówisz po hiszpańsku, masz do dyspozycji bezpłatne usługi pomocy językowej. Zadzwoń do don.foster@keyautismservices.com

James: UWAGA: Jeśli mówisz po kreolsku haitańskim, dostępne są dla ciebie usługi pomocy językowej. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Wietnamski: UWAGA: Jeśli mówisz po wietnamsku, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Angielski: OSTRZEŻENIE: Jeśli jesteś w języku portugalskim, usługi językowe są dostępne bezpłatnie. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Chiński: Uwaga: Jeśli używasz chińskiego tradycyjnego, możesz uzyskać pomoc językową za darmo. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Francuski: UWAGA: Jeśli mówisz po francusku, usługi pomocy językowej są oferowane bezpłatnie. Zadzwoń do don.foster@keyautismservices.com

Język: UWAGA: Jeśli mówisz po angielsku, możesz bezpłatnie korzystać z usług pomocy językowej. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Uwaga: Jeśli mówisz po rosyjsku, dostępne są bezpłatne usługi tłumaczeniowe. Zadzwoń don.foster@keyautismservices.com

Sól i sól: E.K.T.T.D.S.A.L., F.N.S.A.L.A.L.L. G.O.T.T.F. Znak A.T.P. Bar Arabi: don.foyour@keyautismserinices.Com

Angielski: UWAGA: W przypadku, gdy językiem mówionym jest włoski, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Zadzwoń [pod numer don.foster@keyautismservices.com](mailto:don.foster@keyautismservices.com)

Angielski: UWAGA: Jeśli mówisz po niemiecku, usługi pomocy językowej są dostępne bezpłatnie. Numer telefonu: don.foster@keyautismservices.com

Koreański: Uwaga: Jeśli mówisz pokoreańsku, możesz bezpłatnie korzystać z pomocy językowej. Prosimy o kontakt telefoniczny don.foster@keyautismservices.com godzinami.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer don.foster@keyautismservices.com

Gujarati:Instrukcje: Jeśli mówisz gajrati, to nan:bezpłatne usługi wsparcia językowego są dla Ciebie dostępne. Nazwać don.foster@keyautismservices.com

Thai: ๕๕ : D Khunpu Dhasatai Tor Yil Ottawat, owal telefon
Khunsama Samochód ch DF
ua
•

don.foster@keyautismservices.com

Brak pozyskiwania klientów

Ta agencja przestrzega Biura Inspektora Generalnego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej USA i nie będzie dawać klientom przedmiotów o wartości przekraczającej 10 USD jednorazowo lub większej niż 50 USD rocznie. Wykraczamy również poza to i przestrzegamy Kodeksu Etyki Rady Ds. Certyfikacji Analizy Zachowania i nie możemy przyjmować prezentów w żadnej wysokości w żadnym momencie od nikogo.

Nie będziemy kontaktować się z potencjalnymi klientami telefonicznie w celu pozyskania, chyba że potencjalny klient udzielił pisemnej zgody dostawcy na nawiązanie kontaktu telefonicznego. Jeżeli konieczny jest kontakt telefoniczny w sprawie dostarczenia przedmiotu lub usługi, zostanie on zakończony w ciągu 15 miesięcy poprzedzających datę świadczenia przedmiotu lub usługi.

Żaden pracownik ani członek personelu Key Autism nie będzie zabiegał, nakłaniał ani żądał referencji w odniesieniu do usług Key Autism od jakiejkolwiek osoby otrzymującej usługi z jakiejkolwiek placówki lub programu Key Autism lub od jakiegokolwiek członka rodziny lub strony odpowiedzialnej pacjenta lub klienta Key Autism. Key Autism Service nie będzie publikować referencji, zamówionych lub w inny sposób, klientów, którzy aktywnie korzystają z usług.

Prawo pozwala nam wysyłać ci pisemną komunikację na temat leczenia i operacji opieki zdrowotnej, w tym oferowanych przez nas produktów i usług. Jest to normalna część relacji dostawca-klient i nie jest do tego wymagana żadna zgoda. Jednak komunikacja sponsorowana lub refundowana przez stronę trzecią, której produkty opieki zdrowotnej lub terapie, w tym materiały ABA, które są wysyłane do Ciebie, muszą być autoryzowane przez Ciebie. Masz prawo do odwołania upoważnienia na piśmie w dowolnym momencie. Nasza agencja nie będzie uzależniać leczenia od tego, czy autoryzowałeś te komunikaty.

Jako dostawca możemy uczestniczyć w wydarzeniach publicznych (targach zdrowia) i masowych wysyłkach do klientów / potencjalnych klientów, aby poinformować ich o nowych produktach lub usługach. Gdy klient skontaktuje się z nami, możemy podjąć działania następcze w celu wyjaśnienia terminu spotkania lub oceny zadowolenia z otrzymanej usługi lub przedmiotu.

Dostawcy/pracownicy realizujący zamówienie na usługę otrzymają raport z ustaleń i zaleceń. Dane klienta nie będą udostępniane żadnemu innemu dostawcy usług zdrowotnych ani członkowi rodziny bez wyraźnej zgody.

Zasady i procedury składania skarg

Chociaż zachęca się do nieformalnego rozwiązywania sytuacji związanych z leczeniem lub rozliczeniami, mogą wystąpić sytuacje, w których konieczne jest formalne rozpatrzenie i rozwiązanie. Wszystkie obawy związane z leczeniem ABA powinny być kierowane do programu BCBA. Jeśli skarga nie zostanie zadowalająco rozwiązana, klient może złożyć pisemne lub ustne oświadczenie do Dyrektora Usług Klinicznych: support@keyautismservices.com.

Wszelkie kwestie operacyjne lub związane z rozliczeniami należy kierować do Działu Obsługi Klienta. Jeśli skarga nie zostanie rozwiązana w sposób zadowalający, klient może złożyć pisemne lub ustne oświadczenie do Dyrektora Operacyjnego: support@keyautismservices.com.

W dowolnym momencie tego procesu możesz skontaktować się z firmą ubezpieczeniową.

Żadna forma odwetu nie może mieć miejsca, ani nie powstaje żaden wpływ na doręczenie w wyniku skargi. Cała dokumentacja dotycząca skargi zostanie złożona w protokole sprawy klienta.

Polityka dotycząca chorób klientów

Polityka dotycząca chorób klientów chroni zdrowie wszystkich naszych klientów, ich rodzin i naszych usługodawców. Klienci, ich rodziny i nasi usługodawcy powinni przestrzegać tych zasad, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych lub chorób. Niektórzy z naszych klientów lub personelu mogą mieć upośledzony układ odpornościowy lub niezdolność do zwalczania infekcji. Ta polityka chroni wszystkich klientów i personel przed chorobą zakaźną lub chorobą.

Usługi muszą zostać anulowane w przypadku wystąpienia któregokolwiek z następujących objawów u klienta z użyciem leków lub bez użycia leków w ciągu 24 godzin od sesji:

- Temperatura 100,4 lub wyższa
- 2 kolejne wystąpienia biegunki (niezwiązane z żadnymi schorzeniami)
- 1 występowanie wymiotów (niezwiązanych z żadnymi schorzeniami)
- Wysypki (z wyłączeniem wysypki pieluszkowej)
- Zielone lub żółte wyładowanie
- Ekstremalna drażliwość lub wyczerpanie
- Infekcja oka
- Hakowanie lub uporczywy kaszel
- Produktywny kaszel z zieloną lub żółtą flegmą
- Nieobecność w szkole lub innych terapiach z powodu choroby

Wszyscy członkowie rodziny, którzy doświadczają tych objawów, muszą być oddzieleni od klientów i dostawców podczas sesji. W przypadku, gdy członek rodziny doświadcza wysoce zaraźliwej choroby (tj. Różowe oko, pryszczycyca rąk), sesje muszą zostać odwołane do czasu ustąpienia objawów.

Personel może zakończyć sesję w dowolnym momencie, gdy stwierdzi, że klient nie ma dostępu do leczenia z powodu choroby.

Personel odwoła sesję w przypadku wystąpienia objawów, które mogą narazić klienta na chorobę.

Potwierdź, że przeczytałeś i zrozumiałeś powyższą politykę, umieszczając tutaj swoje

inicjały: _____

Polityka bezpieczeństwa i higieny pracy w lokalizacji usługi

Klienci i rodziny są odpowiedzialni za zapewnienie lokalizacji, która jest zarówno bezpieczna, jak i zdrowa dla naszego personelu, aby zapewnić leczenie. W przypadku, gdy lokalizacja usługi została uznana za niebezpieczną lub niezdrową, klienci i rodziny mają możliwość zapewnienia innej lokalizacji do świadczenia usług. Jeśli inna lokalizacja nie zostanie udostępniona, usługi zostaną zawieszane do czasu zidentyfikowania zdrowej i bezpiecznej lokalizacji świadczenia usług.

Następujące sytuacje (przykłady, nie tylko) mogą być uważane za niebezpieczne lub niezdrowe dla leczenia:

- Pluskwy
- Inwazja gryzoni lub owadów
- Wycieki tlenu węgla
- Problemy z HVAC (brak klimatyzacji dla temperatur dziennych powyżej 80 stopni, brak ciepła dla temperatur dziennych poniżej 32 stopni)
- Obecne nielegalne narkotyki
- Członkowie rodziny lub dorośli obecni niezdolni do pracy
- Aktywna przemoc domowa

Jeśli wystąpi którakolwiek z tych sytuacji, rodziny powinny powiadomić o sprawie BCBA i Koordynatora Obsługi Klienta, aby zorganizować zawieszenie usług lub wystąpienie usług w innym miejscu

Jeśli którakolwiek z tych sytuacji wystąpi podczas sesji, pracownicy Key Autism Services zastrzegają sobie prawo do natychmiastowego zakończenia sesji.

W przypadku, gdy personel jest aktywnie niebezpieczny, pracownicy Key Autism Services zastrzegają sobie prawo do zakończenia sesji i zapewnienia bezpieczeństwa sobie i innym osobom podatnym na zagrożenia.

Potwierdź, że przeczytałeś i zrozumiałeś powyższą politykę, umieszczając tutaj swoje

inicjały: _____

Polityka uczestnictwa rodziców

Udział rodziców jest integralnym elementem udanego programu leczenia ABA. Udział rodzica / opiekuna jest wymagany do otrzymania usług ABA opartych na ubezpieczeniu.

BCBA są odpowiedzialne za określenie odpowiedniej częstotliwości i czasu trwania sesji szkoleniowych dla rodziców w oparciu o ocenę. Rodzice mogą poprosić o zwiększenie częstotliwości lub czasu trwania tych usług, o ile nie przekraczają one dozwolonych godzin ubezpieczenia.

Odpowiedzialna osoba dorosła w wieku powyżej 18 lat musi być obecna podczas każdej sesji ABA. Odpowiedzialni dorośli to rodzice, nauczyciele, dziadkowie, opiekunki do dzieci, niania lub każda inna osoba dorosła zidentyfikowana przez rodzinę, która pisze, aby zapewnić zdrowie i dobro dziecka, gdy rodzic nie jest obecny.

Odpowiedzialna osoba dorosła jest odpowiedzialna za karmienie, monitorowanie zdrowia dziecka, procedury łazienkowe i ogólne bezpieczeństwo, chyba że zostaną określone cele leczenia, które wiązałyby się z zaangażowaniem personelu. Odpowiedzialni Dorośli muszą być obecni w każdej z tych sytuacji, niezależnie od ich zaangażowania.

Personel KAS nie jest w stanie zapewnić transportu dla Twojego dziecka. Rodzeństwo jest mile widziane, aby być częścią naturalnego środowiska klienta, jednak nie zawsze może być właściwe, aby było obecne podczas leczenia. Odpowiedzialni dorośli muszą nadzorować rodzeństwo przez cały czas podczas sesji leczenia ABA.

Pracownicy KAS dążą do rozwijania i utrzymywania konstruktywnych relacji rodzic-personel. Prosimy o interakcję ze wszystkimi pracownikami w odpowiedni sposób. Jeśli masz wątpliwości dotyczące programowania Twojego dziecka, skontaktuj się z programem BCBA.

Potwierdź, że przeczytałeś i zrozumiałeś powyższą politykę, umieszczając tutaj swoje

inicjały: _____

Polityka anulowania i przedłużonego urlopu klienta

Key Autism Services stara się promować pozytywne zmiany dla dzieci, które wspieramy. Terapia ABA jest najbardziej skuteczna, gdy jest dostarczana konsekwentnie zgodnie z zaleceniami. Udział klienta i rodziny ma kluczowe znaczenie we wdrażaniu usług ABA, a konsekwentna obecność jest niezbędna dla postępu klienta.

Rodziny powinny dołożyć wszelkich starań, aby odwołać sesję tak szybko, jak to możliwe przed zaplanowaną sesją. Anulowanie powinno nastąpić nie mniej niż 48 godzin przed zaplanowaną sesją. W przypadku rezygnacji należy skontaktować się z następującymi osobami:

Wyślij wiadomość e-mail na adres:

- Cancellations@keyautismservices.com
- Terapeuta behawioralny
- BCBA

o Adres e-mail powinien zawierać imię i nazwisko klienta, datę anulowania, czas sesji, przypisane nazwy terapeuty behawioralnego i BCBA

Nadmierne anulowanie może być uznane za coś więcej niż 1 miesięcznie. W przypadku nadmiernych odwołań, Key Autism Services może zawiesić lub zwolnić usługi. Jeśli w dowolnym momencie nie będziesz w stanie utrzymać uzgodnionych zaplanowanych sesji, skontaktuj się z Koordynatorem Obsługi Klienta pod numerem 857-829-4040 Ext 102 w celu omówienia opcji utrzymania usług.

Osoba dorosła w wieku powyżej 18 lat musi być obecna na każdej sesji. Może to być rodzic, opiekun lub dowolna osoba dorosła wyznaczona przez rodzica. Ta osoba dorosła musi być obecna w domu lub społeczności przez całą sesję. Jeśli osoba dorosła nie jest obecna, sesja zostanie odwołana przez personel.

W przypadku urlopu /przedłużonej nieobecności dłuższej niż 2 tygodnie, KAS nie może zagwarantować kontynuacji terapii po powrocie.

Potwierdź, że przeczytałeś i zrozumiałeś powyższą politykę, umieszczając tutaj

swoje inicjały :_____

Zgoda na komunikację e-mail/tekstową

Ryzyko korzystania z poczty e-mail

Przesyłanie informacji o kliencie pocztą e-mail wiąże się z szeregiem zagrożeń, które klienci powinni wziąć pod uwagę przed użyciem

E-mail. Obejmują one między innymi następujące zagrożenia:

- Ustawa o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. ("HIPAA") zaleca, aby Wiadomości e-mail zawierające chronione informacje zdrowotne powinny być szyfrowane. Wiadomości e-mail wysyłane z Agencji nie są szyfrowane, więc wiadomości e-mail mogą nie być bezpieczne. W związku z tym możliwe jest, że poufność takiej komunikacji może zostać naruszona przez stronę trzecią.
- Wiadomości e-mail mogą być rozpowszechniane, przekazywane, przechowywane elektronicznie i na papierze oraz nadawane do niezamierzonych odbiorców.
- Nadawcy wiadomości e-mail mogą łatwo błędnie zaadresować wiadomość e-mail.
- E-mail jest łatwiejszy do sfalszowania niż odręczne lub podpisane dokumenty.
- Kopie zapasowe wiadomości e-mail mogą istnieć nawet po usunięciu kopii przez nadawcę lub odbiorcę.
- Pracodawcy i serwisy on-line mają prawo do wglądu w pocztę elektroniczną przesyłaną za pośrednictwem ich systemów.
- Wiadomości e-mail mogą być przechwytywane, zmieniane, przekazywane dalej lub używane bez autoryzacji lub wykrywania.
- Poczta e-mail może być używana do wprowadzania wirusów do systemów komputerowych. Serwer agencji może ulec awarii, a wiadomość e-mail nie zostanie odebrana, dopóki serwer nie zostanie ponownie uruchomiony.
- E-mail może być wykorzystany jako dowód w sądzie.

Warunki korzystania z poczty elektronicznej

Agencja będzie wykorzystywać zaszyfrowane wiadomości e-mail w celu zachowania bezpieczeństwa i poufności wysyłanych i otrzymywanych informacji e-mail zawierających poufne informacje o kliencie. Agencja i Pracownicy nie ponoszą odpowiedzialności za niewłaściwe ujawnienie informacji poufnych, które nie jest spowodowane umyślnym niewłaściwym postępowaniem Agencji lub Personelu.

Klienci muszą przyjąć do wiadomości i wyrazić zgodę na następujące warunki:

- E-mail nie jest odpowiedni w nagłych lub nagłych sytuacjach. Agencja i pracownicy nie mogą zagwarantować, że jakkolwiek konkretna wiadomość e-mail zostanie przeczytana i odpowie na nią w określonym czasie.
- Jeśli wiadomość e-mail klienta wymaga lub zaprasza do odpowiedzi od Agencji lub Personelu, a klient nie otrzymał odpowiedzi w ciągu dwóch (2) dni roboczych, obowiązkiem klienta jest podjęcie działań następczych w celu ustalenia, czy zamierzony odbiorca otrzymał wiadomość e-mail i kiedy odbiorca odpowie.
- E-mail musi być zwięzły. Klient powinien umówić się na spotkanie, jeśli problem jest zbyt złożony lub wrażliwy, aby omówić go za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- Wszystkie wiadomości e-mail mogą być drukowane i zapisywane w dokumentacji medycznej klienta.
- Pracownicy biurowi mogą odbierać i czytać wiadomości.

- Agencja nie będzie przekazywać możliwych do zidentyfikowania klientów wiadomości e-mail poza Agencją bez uprzedniej pisemnej zgody klientów, z wyjątkiem przypadków dozwolonych lub wymaganych przez prawo.
- Klient nie powinien używać poczty elektronicznej do komunikacji dotyczącej wrażliwych informacji medycznych, takich jak informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS / HIV, zdrowia psychicznego lub nadużywania substancji. Agencja nie ponosi odpowiedzialności za naruszenia poufności spowodowane przez klienta lub osoby trzecie.
- Obowiązkiem klienta jest podjęcie działań następczych i / lub umówienie się na spotkanie, jeśli jest to uzasadnione.
- Zgoda ta pozostaje w mocy do czasu wypowiedzenia jej na piśmie przez klienta lub Agencję.
- W przypadku, gdy gość nie spełnia warunków niniejszego dokumentu, Agencja może wypowiedzieć umowę przywilej klienta do komunikowania się za pośrednictwem poczty elektronicznej z Agencją.

Warunki korzystania z tekstu

- Zarówno rodziny, jak i personel mogą korzystać z wiadomości tekstowych, aby powiadamiać o późnym rozpoczęciu sesji, anulowaniu sesji lub zmianie czasu sesji. Pracownicy KAS nie mogą inicjować ani odpowiadać na żadne wiadomości tekstowe, które mogą ujawnić poufne informacje klienta.
- Wszelkie poufne informacje (w tym zdjęcia i filmy), które są udostępniane pracownikom KAS, są udostępniane na ryzyko potencjalnego ujawnienia.
- Rodziny i personel mogą używać wiadomości tekstowych do komunikowania się tylko w godzinach pracy. Jeśli komunikacja musi odbywać się poza tymi czasami, należy to zrobić za pośrednictwem poczty elektronicznej. Tylko w okolicznościach łagodzących (tj. odwołaniu sesji, która rozpoczyna się o 7 rano) komunikacja za pośrednictwem wiadomości tekstowych jest dozwolona poza tymi godzinami.

Instrukcje komunikacji

- Unikaj korzystania z komputera/telefonu pracodawcy
- Umieść akronim klienta w wiadomości.
- Wprowadź temat (np. pytanie medyczne, pytanie rozliczeniowe) w temacie.
- Poinformuj Agencję o zmianach w danych kontaktowych.
- Przyjmuje do wiadomości wszelkie komunikaty otrzymane od Agencji i/lub Personelu.
- Podejmij środki ostrożności, aby zachować poufność komunikacji.
- Chronić swoje hasło lub inne środki dostępu do poczty e-mail / tekstu.

Potwierdzenie i umowa

Potwierdzam, że przeczytałem i w pełni rozumiem ten formularz zgody. Rozumiem ryzyko związane z komunikacją e-mail/SMS między Agencją, Personelem i mną oraz wyrażam zgodę na przedstawione warunki i instrukcje, a także wszelkie inne instrukcje, które Agencja może nałożyć na komunikację z klientem za pośrednictwem poczty elektronicznej / SMS.. Jeśli mam jakieś pytania, mogę zapytać o to u Specjalisty ds. Prywatności Praktyki.

Ja, dla siebie, moich spadkobierców, wykonawców, administratorów i cesjonariuszy, w pełni i na zawsze zwalniam i zwalniam Key Autism Services i jej podmioty stowarzyszone, akcjonariuszy, urzędników, dyrektorów, lekarzy, agentów i pracowników, z i przeciwko wszelkim stratom, roszczeniom i zobowiązaniom wynikającym z lub związane z wykorzystaniem takiego adresu e-mail/tekstu.

Data podpisurodzica/opiekuna

Nazwa drukowana

Zasady dotyczące korzystania z poczty e-mail do przesyłania informacji zdrowotnych

Polityką Key Autism Services jest używanie bezpiecznych, zaszyfrowanych wiadomości e-mail podczas przesyłania chronionych informacji zdrowotnych (PHI) pocztą elektroniczną do Ciebie lub osoby, do której zostałeś wyznaczony. otrzymać swoje PHI.

Jednak od czasu do czasu nasi klienci proszą nas o korzystanie z regularnych niezabezpieczonych wiadomości e-mail (np. Gmail) w celu dostarczenia ich PHI do nich lub do stron trzecich, które wyznaczyli. Wysyłanie chronionych informacji zdrowotnych za pośrednictwem niezabezpieczonej wiadomości e-mail wiąże się z dwoma istotnymi zagrożeniami:

1. Wiadomość e-mail może zostać wysłana do niewłaściwej osoby z powodu błędu w pisowni lub wybrania niewłaściwej nazwy na liście automatycznego wypełniania
2. Dostęp do wiadomości e-mail można uzyskać elektronicznie podczas transportu.

Ryzyko to oznacza, że korzystanie z regularnych, niezabezpieczonych wiadomości e-mail do przesyłania PHI może spowodować ujawnienie PHI osobom, które nie są upoważnione do ich otrzymywania.

Abyśmy mogli wysyłać Ci niezabezpieczone wiadomości e-mail zawierające informacje o Twoim zdrowiu, prosimy o wyrażenie zgody, podpisując się w poniższym wierszu podpisu. Będziemy nadal korzystać z bezpiecznych, zaszyfrowanych wiadomości e-mail w jak największym stopniu.

Rozumiem ryzyko związane z korzystaniem z regularnych, niezabezpieczonych wiadomości e-mail w celu przesyłania moich PHI do mnie lub do innych osób, które wyznaczyłem do otrzymywania moich PHI. Podpisując się poniżej, wyrażam zgodę na korzystanie z niezabezpieczonych wiadomości e-mail przez Key Autism Services.

Data podpisurodzica/opiekuna

Nazwa drukowana

Odpowiedzialność finansowa

Dokładamy wszelkich starań, aby pomóc naszym klientom i rodzinom zrozumieć ich ochronę ubezpieczeniową i odpowiedzialność finansową związaną z leczeniem ABA. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące ochrony ubezpieczeniowej lub odpowiedzialności finansowej, skontaktuj się z pomocą techniczną @ support@keyautismservices.com

Twoje ubezpieczenie lub inne korzyści z programu

- Przed wstępną oceną Key Autism Services skontaktuje się z Twoją firmą ubezpieczeniową w celu zweryfikowania zakresu ubezpieczenia i uprawnień do świadczeń.
- W przypadku usług finansowanych z ubezpieczeń KAS będzie koordynować z Twoją firmą ubezpieczeniową w celu uzyskania autoryzacji na usługi.
- Usługi nie będą świadczone, dopóki autoryzacja usług nie zostanie zatwierdzona przez firmę ubezpieczeniową.

Twoja odpowiedzialność za płatność

- Ponosisz odpowiedzialność za wszelkie odliczenia, koasekurację, współpłatności lub nieobjęte ubezpieczeniem usługi związane z leczeniem. Faktury będą wysyłane pocztą elektroniczną co miesiąc, a płatność jest należna po ich otrzymaniu. Jeśli nie jesteś w stanie zapłacić za fakturę, skontaktuj się z support@keyautismservices.com w celu ustalenia planu płatności.
- Wszelkie zmiany w ubezpieczeniu (zmiany polisy, zmiany numeru identyfikacyjnego członka itp.) muszą być wcześniej zgłaszane, aby zapobiec zakłóceniom usług. Jeśli Twoja ochrona ubezpieczeniowa ulegnie zmianie lub zostanie zakończona, a my nie będziemy w stanie otrzymać płatności z mocą wsteczną, ponosisz odpowiedzialność za wszelkie usługi nieobjęte ubezpieczeniem.
- Jeśli Medicaid jest Twoim drugim dostawcą, a usługi nie są objęte ubezpieczeniem, zostaniesz o tym powiadomiony. Będziesz odpowiedzialny za wszelkie odliczenia, współpłatności i opłaty za koasekurację. W tym czasie możesz zdecydować o kontynuowaniu lub zakończeniu świadczenia usług.
- KAS akceptuje czeki, przekazy pieniężne i wszystkie główne karty kredytowe do płatności za usługi. Czeki zwrócone za niewystarczające środki zostaną ocenione jako opłata za zwrot czeku w wysokości 35 USD.

Rozliczenia za opiekę pośrednią (usługibez kontaktu twarzą w twarz)

Program leczenia Twojego dziecka może wymagać przeprowadzenia opieki pośredniej. Te pośrednie działania opiekuńcze mogą obejmować, ale nie są ograniczone do; tworzenie programu, pisanie raportów, rozwój bodźców. Wyjaśnienie świadczeń (EOB) otrzymane od Dostawcy może odzwierciedlać daty usług, w których nie otrzymałeś żadnych bezpośrednich usług leczenia twarzą w twarz. Daty te odzwierciedlają te pośrednie usługi.

Zawieszenie/zwolnienie z usług

KAS zastrzega sobie prawo do zawieszenia lub zwolnienia z usług ABA w przypadku nieotrzymania płatności za zaległe salda.

Odpowiedzialność finansowa: Rozumiem, że Key Autism Services podejmie wszelkie rozsądne próby wystawienia rachunku mojej firmie ubezpieczeniowej w pierwszej kolejności i będzie współpracować ze mną w celu rozwiązania potencjalnych problemów. Jednak w przypadku, gdy moja firma ubezpieczeniowa nie płaci za żadną część świadczonych usług, zgadzam się i potwierdzam, że jestem odpowiedzialny za wszelkie pozostałe opłaty.

Upoważnienie do ujawnienia informacji: Upoważniam Key Autism Services do ujawnienia informacji wymaganych przez moją firmę ubezpieczeniową w celu uzupełnienia mojego roszczenia.

Upoważnienie do wypłacania roszczeń do kluczowych usług autyzmu: Autoryzuję płatność od firmy ubezpieczeniowej, która ma być bezpośrednio wysłana do Key Autism Services. Dzięki temu Key Autism Services może zgłaszać roszczenia w moim imieniu.

Data podpisurodzica/opiekuna

Nazwa drukowana

Zgoda na Usługi ABA

Applied Behavior Analysis (ABA) to oparte na dowodach, naukowe podejście stosowane w celu poprawy zachowań istotnych społecznie. Key Autism Services stosuje procedury ABA dla konsumentów w warunkach domowych i społecznościowych. Wyrażając zgodę na usługi ABA, zgadzasz się, że Key Autism Services ma prawo do:

- Świadczenie usług ABA w domu i / lub społeczności
- Opracowanie planów, celów i zadań leczenia
- Zbieranie danych w celu raportowania postępów w realizacji celów i zadań
- Omówienie leczenia z ubezpieczycielami w celu autoryzacji
- Tworzenie programy i materiały do leczenia
- Edytowanie celów lub procedur planu leczenia i planu zachowania

Zgoda na następujące działania zostanie otrzymana oddzielnie, w razie potrzeby:

- Funkcjonalna ocena behawioralna (FBA)
- Analiza funkcjonalna (FA)
- Przedkładanie planów leczenia zakładom ubezpieczeń
- Wdrażanie planów zachowań

Wyrażam zgodę na to, aby moje dziecko otrzymało leczenie ABA, jak opisano powyżej, od początku autoryzacji ubezpieczenia do zakończenia świadczenia usług ABA.

Data podpisu rodzica/opiekuna

Nazwa drukowana

Nazwa klienta

Informacje o kliencie

Nazwa klienta: _____
_____ Adres: _____
_____ Miasto: _____ Stan: _____
_____ Zip: _____ DoB: _____
_____ Płeć: _____

Nazwa głównej osoby kontaktowej: _____
_____ Relacja z
klientem: _____
Telefon: _____ Najlepszy czas na kontakt?
_____ E-mail: _____

Nazwa kontaktu pomocniczego: _____
_____ Relacja z klientem:
Telefon: _____ Najlepszy czas na kontakt?
_____ E-mail: _____

Główny ubezpieczyciel: Numer _____
telefonu: _____
Identyfikator członka: _____ Grupa #: _____
Nazwa _____ ubezpieczonego:
Ubezpieczony DOB: _____ Ubezpieczony SSN: _____

Dodatkowy ubezpieczyciel: Numer _____
telefonu: _____
Identyfikator członka: _____ Grupa #: _____
Nazwa _____ ubezpieczonego:
Ubezpieczony DOB: _____ Ubezpieczony SSN: _____

Nazwa kontaktu w nagłych wypadkach: _____
Relacja z klientem: _____ Telefon
alarmowy: _____

Wstępna ocena ryzyka (wyłącznie do celów spożycia)

Nazwa klienta: _____ Strona zgłaszająca: _____

Proszę odpowiedzieć, czy w ciągu ostatnich dwóch lat miały miejsce następujące zdarzenia. Jeśli odpowiedź brzmi "tak", proszę szczegółowo opisać incydent.

1. Czy rodzic/opiekun lub jakakolwiek inna osoba musiała w dowolnym momencie w ciągu ostatnich dwóch lat stosować fizyczne ograniczenia wobec klienta? Jeśli tak, proszę opisać incydent(y) _____

2. Czy klient angażuje się w niebezpieczne zachowania fizyczne (np. zniszczone mienie; skrzywdził lub groził wyrządzeniem krzywdy innej osobie; lub zaangażowany lub zagrożony samookaleczeniem) w dowolnym momencie w ciągu ostatnich [dwóch] lat? Jeśli tak, proszę opisać ostatni incydent.

3. Czy klient miał lub poczynił myśli samobójcze lub mordercze, komentarze lub próby?

4. Czy kryzys mobilny lub policja interweniowały w przypadku trudnych zachowań? Jeśli odpowiedź brzmi "tak", ile razy policja interweniowała w tym okresie? Proszę opisać ostatni incydent, który doprowadził do interwencji policji.

5. Czy dziecko otrzymało ocenę bezpieczeństwa?

6. Czy klient był hospitalizowany w warunkach psychiatrycznych? Kiedy była ostatnia hospitalizacja? Proszę opisać incydent, który doprowadził do ostatniej hospitalizacji.

7. Czy klient zajmował się aerofagią (powtarzające się połykanie powietrza), przeżuwaniami (wymioty i jedzenie częściowo strawionego pokarmu), pica (jedzeniem przedmiotów, które nie są jedzeniem)?

Data podpisurodzica/opiekuna

Koordinacja opieki

Wypełnij informacje dla świadczeniodawców, z którymi chcesz, abyśmy współpracowali w celu opieki nad pacjentem

Pediatra: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Szkolny pracownik socjalny: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Psycholog: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Neurolog: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Terapeuta zajęciowy: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Logopeda: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Fizjoterapeuta: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Upoważnienie do udostępniania dokumentacji medycznej i informacji medycznych

Nazwa klienta: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____

Niniejszym upoważniam i wyrażam zgodę na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej i informacji medycznych, zarówno w formie ustnej, pisemnej, jak i elektronicznej, odnoszących się do usług medycznych świadczonych w celu koordynacji działań opiekuńczych na rzecz odbiorcy wymienionego poniżej:

Nazwa: _____

Tytuł: _____

Relacja z Klientem: _____

Adres: _____

Numer telefonu: Numer _____ faksu: _____

E-mail: _____

Ograniczenia:

Upoważnienie to jest ważne przez okres _____ (miesiące/lata) od daty podpisania.

Podpis: _____ Data: _____

Nazwa drukowana: _____ Relacja z klientem: _____

Strona podpisu rodzica/opiekuna - Podręcznik dla rodziców

Przeczytałem, zrozumiałem i miałem okazję zadawać pytania dotyczące zasad i procedur zawartych w Podręczniku dla rodziców Kluczowych Służb Autyzmu. Będę przestrzegać zasad i procedur opisanych w Podręczniku dla rodziców.

_____ - _____ -
Data podpisu rodzica/opiekuna

Nazwa drukowana

Nazwa klienta

Formularz zgody członka telemedycyny

IMIĘ I

NAZWISKOPACJĘ

NTA: DATA

URODZENIA :

1. **CEL:** Celem niniejszego formularza jest uzyskanie zgody na udział w konsultacji telemedycznej w związku z następującymi procedurami i/lub usługami:
Usługi ABA dla dzieci i rodzin ze zdiagnozowanym autyzmem

2. **CHARAKTER KONSULTACJI TELEMEDYCZNYCH :** Podczas konsultacji telemedycznej:
 - a. Szczegóły historii medycznej, badań, zdjęć rentgenowskich i testów zostaną omówione z innymi pracownikami służby zdrowia za pomocą interaktywnej technologii wideo, audio i telekomunikacyjnej.
 - b. Może odbyć się badanie fizykalne.
 - c. Technik niemedyczny może być obecny w studiu telemedycznym, aby pomóc w transmisji wideo.

3. **INFORMACJE I DOKUMENTACJA MEDYCZNA:** Wszystkie obowiązujące przepisy dotyczące dostępu do informacji medycznych i kopii dokumentacji medycznej mają zastosowanie do tej konsultacji telemedycznej. Należy pamiętać, że nie wszystkie telekomunikacyjne są rejestrowane i przechowywane. Ponadto rozpowszechnianie jakichkolwiek możliwych do zidentyfikowania przez pacjenta obrazów lub informacji dotyczących tej interakcji telemedycznej wśród badaczy lub innych podmiotów nie będzie odbywać się bez Twojej zgody.

4. **POUFNOŚĆ:** Podjęto rozsądne i odpowiednie wysiłki w celu wyeliminowania wszelkich zagrożeń poufności związanych z konsultacjami telemedycznymi, a wszystkie istniejące zabezpieczenia poufności na mocy prawa federalnego i stanowego mają zastosowanie do informacji ujawnionych podczas tej konsultacji telemedycznej.

5. **PRAWA:** Możesz wstrzymać lub wycofać zgodę na konsultację telemedyczną w dowolnym momencie bez wpływu na twoje prawo do przyszłej opieki lub leczenia lub ryzykując utratę lub wycofanie jakichkolwiek korzyści z programu, do których w przeciwnym razie byłbyś uprawniony.

6. **SPORY:** Zgadzasz się, że wszelkie spory przychodzące z konsultacji telemedycznej będą rozstrzygane w New Jersey i że prawo New Jersey ma zastosowanie do wszystkich sporów.

7. **RYZYKO, KONSEKWENCJE I KORZYŚCI:** Zostałeś poinformowany o wszystkich potencjalnych zagrożeniach, konsekwencjach i korzyściach telemedycyny. Twój lekarz omówił z Tobą informacje podane powyżej. Mieli Państwo okazję zadać pytania dotyczące informacji przedstawionych w tym formularzu oraz konsultacji telemedycznej. Na wszystkie Twoje pytania udzielono odpowiedzi i rozumiesz pisemne informacje podane powyżej.

I zgodzić się do brać udział w a telemedycyna konsultacja dla ten procedura(-y) Opisane ponad.

Nazwa:

Podpisany ^{od} _{inv}

Związek z

Pacjent:

Data:

Oczekiwania dotyczące leczenia ABA

ABA jest opartym na dowodach, naukowym podejściem stosowanym w celu poprawy społecznie istotnych zachowań. Strategie i praktyki stosowane w celu wywołania tej zmiany zachowania mogą stwarzać potencjalne ryzyko i mogą przynieść potencjalne korzyści dziecku.

Możliwe ryzyko związane z terapią ABA

1. Zakłócenia w rutynie wynikające z wymogu czasowego związanego z bezpośrednim harmonogramem usług i oczekiwaniami szkoleniowymi rodziców
2. Powolny lub niespójny postęp i brak uogólnienia w wyniku zaangażowania opiekuna, braku koordynacji opieki z innymi dostawcami lub wcześniejszej historii wzmacniania niepożądanych zachowań.
3. Nacisk na jednostkę rodzinną podczas obserwowania i przewidywania zmiany zachowania.
4. Niektóre składniki terapii ABA obejmują "wyginięcie", które może spowodować krótkotrwały wzrost trudnych zachowań przed zmniejszeniem.

Możliwe korzyści związane z terapią ABA

1. Zmniejsz niepożądane zachowania
2. Zwiększone umiejętności społeczne, komunikacyjne i zabawowe
3. Niezależność z codziennymi czynnościami, w tym toaletą, ubieraniem się i umiejętnościami społeczności.
4. Zmniejszona potrzeba terapii ABA