

Istruzioni: Il presente modulo deve essere compilato dal soggetto sottoposto alla valutazione funzionale, se ha compiuto 18 anni d'età, oppure dal genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del minore o dall'ente di affidamento volontario del minore, se non ha ancora compiuto 18 anni d'età e non soddisfa le condizioni qui sotto indicate*. Il rappresentante legalmente autorizzato è definito come "persona o ente autorizzato da una legge statale, tribale o militare o da qualsiasi altra legge vigente, da un'ordinanza o da un'autorizzazione emessa da un tribunale, ad agire per conto di una persona per la divulgazione di informazioni sanitarie". Un ente di affidamento volontario è un "ente che ha stipulato un contratto con l'Amministrazione per i servizi ai minori (Administration for Children's Services) della Città di New York per la gestione dell'affidamento di minori".

*[Nota: i minori che sono genitori, in stato di gravidanza e/o coniugati e che risultano comunque in grado di fornire il proprio consenso, devono utilizzare e compilare il presente modulo.]

NOME DEL SOGGETTO SOTTOPOSTO ALLA VALUTAZIONE

NOME DELL'ORGANIZZAZIONE CHE FORNISCE IL PROGRAMMA HEALTH HOME - PER ADULTI O PER MINORI (CERCHIARE UNA DELLE OPZIONI)

DATA DI NASCITA DEL SOGGETTO

La valutazione funzionale (Functional Assessment, FA):

- Stabilisce l'idoneità a ricevere i servizi domiciliari, comunitari e di medicina comportamentale (Behavioral Health, Home and Community Based Services - BH HCBS) dei soggetti che abbiano compiuto 21 anni d'età
- Stabilisce l'idoneità a ricevere i servizi domiciliari, comunitari, sanitari e di medicina comportamentale (Health and Behavioral Health, Home and Community Based Services - HBH HCBS) dei soggetti fino a 21 anni d'età
- Identifica i punti di forza e le esigenze dei servizi HBH HCBS e del programma Health Home per minori
- Identifica i risultati della valutazione del programma Health Home per minori

La valutazione funzionale viene utilizzata al fine di raccogliere informazioni per un Programma di assistenza da elaborare per chiunque risulti idoneo a ricevere i servizi HCBS e/o sia iscritto/a a un programma Health Home. La valutazione funzionale verrà condotta nell'ambito del Sistema di valutazione uniforme di New York (Uniform Assessment System-NY, UAS-NY), un database statale sicuro che raccoglie e conserva i dati di identificazione e le valutazioni completate per ogni soggetto destinatario dei servizi. Rigide misure di sicurezza proteggono tali dati e limitano l'accesso esclusivamente alle persone autorizzate che abbiano necessità di conoscerli per l'erogazione dei servizi. Nel caso in cui una valutazione funzionale sia già stata ricevuta in passato, essa verrà riesaminata per garantire la fornitura dei servizi migliori. In quanto pagatore dei servizi Medicaid per conto dell'utente, anche lo Stato di New York potrà accedere ai dati sanitari relativi all'utente.

Per i soggetti che hanno compiuto 21 anni d'età e che hanno bisogno dei servizi, la valutazione funzionale stabilisce l'idoneità a ricevere i servizi BH HCBS e viene utilizzata per raccogliere informazioni per l'elaborazione di un Programma di assistenza.

Per i soggetti fino a 21 anni d'età che hanno bisogno dei servizi, è necessaria una valutazione funzionale per documentare i limiti funzionali del soggetto e stabilire di conseguenza la sua idoneità a ricevere i servizi HBH HCBS. La valutazione funzionale viene anche utilizzata per stabilire i risultati della valutazione del programma Health Home per minori di soggetti iscritti a un programma Health Home per minori, e per raccogliere informazioni utili ad elaborare un Programma di assistenza.

Per poter fornire all'utente o al minore i servizi migliori, abbiamo bisogno di condurre una valutazione funzionale. Tale valutazione funzionale sarà condotta ogni anno per i soggetti che abbiano compiuto 21 anni d'età, ogni 6 mesi per i soggetti fino a 21 anni d'età, o prima nel caso in cui si verifichi un evento significativo.

Firmare nello spazio sottostante per indicare se si conferisce o meno il consenso a condurre una valutazione funzionale su se stesso/a o sul minore.

- Ho compreso lo scopo della valutazione funzionale e conferisco il mio consenso alla valutazione funzionale ad opera di

NOME DI CHI CONDURRÀ LA VALUTAZIONE FUNZIONALE

su me stesso/a o sul minore (cerchiare una delle opzioni). Sono inoltre consapevole che il mio consenso è volontario e può essere ritirato in qualsiasi momento.

- Non conferisco il mio consenso alla valutazione funzionale su me stesso/a o sul minore (cerchiare una delle opzioni). Sono consapevole che, negando il mio consenso alla valutazione funzionale, potrei non avere accesso ai servizi domiciliari e comunitari.

NOME IN STAMPATELLO DEL SOGGETTO/GENITORE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO/ENTE DI AFFIDAMENTO VOLONTARIO

FIRMA DEL SOGGETTO/GENITORE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO/ENTE DI AFFIDAMENTO VOLONTARIO

DATA

Appreziamo molto la partecipazione dell'utente a questa procedura. Per eventuali chiarimenti sulla procedura, è possibile contattare

Tel. _____

- Spuntando questa casella, ritiro il mio consenso allo svolgimento di una valutazione funzionale.

NOME IN STAMPATELLO DEL SOGGETTO/GENITORE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO/ENTE DI AFFIDAMENTO VOLONTARIO

DATA DI NASCITA DEL SOGGETTO

FIRMA DEL SOGGETTO/GENITORE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO/ENTE DI AFFIDAMENTO VOLONTARIO

DATA