

## Услуги, оказываемые на дому или по месту жительства в штате Колорадо

### Опрос для получателей услуг, их родственников и представителей

Medicaid – это государственная программа, которая обеспечивает финансирование услуг и поддержки, помогающих пожилым людям с низким уровнем доходов и людям с ограниченными возможностями по всей стране быть частью своих сообществ. Эти услуги и поддержка могут оказываться по месту жительства или работы, либо в рамках программы дневного пребывания.

Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), федеральное агентство по финансированию и надзору за программой Medicaid, ввели в действие правило, согласно которому такие услуги и поддержка, а также места, в которых они предоставляются, должны позволять получателям быть частью своих сообществ.

В таблице ниже приводится краткое описание характеристик мест проживания, мест работы и программ дневного пребывания, которые отвечают этому правилу.

Стандарты, которым должны отвечать места проживания	Стандарты, которым должны отвечать места работы и программы дневного пребывания
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Позволяет чувствовать себя частью сообщества.</li> <li>● Вы можете принимать активное участие в жизни сообщества.</li> <li>● Вы можете выйти на прогулку или по делам, когда захотите.</li> <li>● Вы можете выбрать, с кем вы будете жить.</li> <li>● Вы можете украсить место, в котором проживаете, на свой вкус</li> <li>● Вы юридически защищены от неправомерного выселения</li> <li>● У вас есть доступ ко всей жилой площади дома</li> <li>● Ваше право на частную жизнь уважается, и вы можете запереть дверь в свою комнату.</li> <li>● Вы можете принимать посетителей, когда захотите</li> <li>● Вы сами определяете свой распорядок дня.</li> <li>● Вы можете принимать пищу, когда захотите</li> <li>● Вы можете тратить свои деньги, как хотите</li> <li>● Вы можете общаться как с людьми с ограниченными возможностями, так и с людьми, не имеющими ограниченных возможностей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Позволяет чувствовать себя частью сообщества.</li> <li>● Вы можете принимать активное участие в жизни сообщества.</li> <li>● Вы можете выйти на прогулку или по делам, когда захотите.</li> <li>● Вы сами определяете, хотите ли вы работать и где</li> <li>● Часы работы и рабочий график определяются с учетом вашего мнения</li> <li>● Вы имеете возможность заниматься волонтерской деятельностью</li> <li>● Вы получаете поддержку в работе или волонтерской деятельности</li> <li>● Вы можете общаться как с людьми с ограниченными возможностями, так и с людьми, не имеющими ограниченных возможностей</li> </ul>

Некоторые места, в которых оказываются услуги и поддержка, уже отвечают этим стандартам, но другим требуется принять меры для приведения условий в соответствие с правилом. Данный опрос поможет властям штата Колорадо определить, какие места проживания и работы нуждаются в дополнительной поддержке. Он также поможет нам выяснить, какие проблемы встречаются наиболее часто и что нужно сделать для их решения.

Вы можете участвовать в данном опросе так часто, как хотите. Ваши ответы будут конфиденциальными.

# Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

## Вопросы о месте получения услуг:

1) Ваш родственник или друг получает услуги на дому, оплачиваемые программой Medicaid?

- Да
- Нет

а) Если да, →то какой вариант лучше всего описывает место проживания этого человека?

- Учреждение, в котором оказывается альтернативный уход (Alternate care facility, ACF)
- Учреждение, в котором оказываются услуги проживания и поддержки в групповой среде (Group Residential Services and Supports, GRSS)
- Учреждение, в котором оказываются услуги проживания и поддержки не более чем трем пациентам (Individual Residential Services and Supports, IRSS) – частное
- Учреждение, в котором оказываются услуги проживания и поддержки не более чем трем пациентам (Individual Residential Services and Supports, IRSS) – иное
- Учреждение, предоставляющее услуги по программе Supported Living Program (SLP) лицам с травмами мозга
- Учреждение, предоставляющее услуги по программе Transitional Living Program (TLP) лицам с травмами мозга
- Дом-интернат, предоставляющий услуги по программе CHRP, специализированное учреждение группового проживания или дом-интернат для детей
- Принадлежит мне или члену моей семьи или арендуется мной или членом моей семьи

б) Просьба указать название агентства, которое оказывает вашему родственнику или другу услуги, оплачиваемые программой Medicaid, а также адрес, по которому проживает и получает услуги этот человек.

**Название агентства/Адрес:** \_\_\_\_\_

2) Ваш родственник или друг получает услуги, оплачиваемые программой Medicaid, по месту своей оплачиваемой работы?

- Да
- Нет

Этот человек не работает для оплаты

а) Если да, →то какой вариант лучше всего описывает услуги, которые этот человек получаете по месту работы? Вы можете выбрать несколько вариантов ответа.

- Поддерживаемая занятость (Supported Employment) – индивидуальная
- Поддерживаемая занятость (Supported Employment) – групповая

б) Просьба указать название агентства, которое оказывает вашему родственнику или другу услуги, оплачиваемые программой Medicaid, и адрес, по которому работает и получает услуги этот человек.

**Название агентства/Адрес:** \_\_\_\_\_

3) Ваш родственник или друг получает услуги, оплачиваемые программой Medicaid, в рамках программы дневного пребывания? Если этот человек работает волонтером (т. е. его труд не оплачивается), рассматривайте это как участие в программе дневного пребывания.

- Да
- Нет

а) Если да, →то какой вариант лучше всего описывает место, в котором этот человек проводит время днем? Вы можете выбрать несколько вариантов ответа.

- Центр дневного пребывания для взрослых (не предназначенный только лишь для лиц с задержками развития) – общего профиля или специализированный
- Дневная абилитационная программа для лиц с задержками развития – специализированный реабилитационный центр
- Дневная абилитационная программа для лиц с задержками развития – программа Supported Community Connections (SCC)
- Дневная абилитационная программа для лиц с задержками развития – центр обучения первичным трудовым навыкам
- Учреждение дневного лечения для лиц с травмами мозга
- Учреждение дневного пребывания для детей и подростков, оказывающее услуги по программе Children's Extensive Support (CES)
- Программа Community Connector (для детей)

б) Просьба указать название агентства, которое оказывает вашему родственнику или другу услуги, оплачиваемые программой Medicaid, и адрес программы дневного пребывания, где получает услуги этот человек.

**Название агентства/Адрес:** \_\_\_\_\_

# Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

## Вопросы о месте проживания

Если ваш член семьи и / или друг не получают оплачиваемые Medicaid услуги дома, перейдите на страницу 5.

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Интеграция.</b> Это правило требует, чтобы ваш родственник или друг мог в полной мере пользоваться преимуществами жизни в своем сообществе и получать услуги, чувствуя себя его частью. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его проживания этому требованию.</p>		
1.	Место проживания вашего родственника или друга находится по соседству с другими домами, квартирами или организациями/предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Ваш родственник или друг общается с людьми в своем районе вне дома...	<input type="checkbox"/> Несколько раз в неделю <input type="checkbox"/> Один раз в неделю <input type="checkbox"/> Несколько раз в месяц <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> У него нет соседей
3.	У вашего родственника или друга есть друзья, которые не являются оплачиваемым персоналом, членами семьи или другими лицами, получающими услуги?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3a.	Как часто ваш родственник или друг может встречаться со своими друзьями, когда он этого хочет?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
3b.	У вашего родственника или друга есть члены семьи, которые живут рядом? Не учитывайте тех членов семьи, с которыми он проживает.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Как часто ваш родственник или друг может встречаться с членами своей семьи, которые проживают поблизости?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не
5.	Ваш родственник или друг осведомлен о мероприятиях, которые проводятся вне дома (например, ярмарках, показах кинофильмов, концертах)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5a.	Если ваш родственник или друг осведомлен о мероприятиях, которые проводятся вне дома, он их посещает?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5b.	Приведите, пожалуйста, пример мероприятия, которое ваш родственник или друг посетил вне дома? _____	
6.	Вашему родственнику или другу предоставляют информацию и помощь в пользовании общественным транспортом, например автобусами и такси, по месту его проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7.	Чтобы ваш родственник или друг мог сходить куда-нибудь, ему требуется больше помощи, чем он получает сейчас по месту своего проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
8.	Если вашему родственнику или другу нужно сходить куда-нибудь, например посетить врача, встретиться с друзьями или пойти в библиотеку, как часто у него есть возможность добраться до нужного ему места?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
9.	Ваш родственник/друг или его опекун сами решают, на что будут потрачены его деньги?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
<b>Выбор.</b> Правило требует, чтобы ваш родственник или друг мог сам выбирать, где жить. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его проживания этому требованию.		
10.	Мнение вашего родственника или друга учитывалось при выборе места его проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	Ваш родственник или друг сам решил жить там, где уже жили другие люди?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	У вашего родственника или друга есть сосед по комнате?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12а.	Если да, то как ваш родственник или друг выбрал своего соседа или выбор был сделан за него другими? _____	
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
<b>Независимость.</b> Правило требует, чтобы у вашего родственника или друга имелась возможность самому делать выбор. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его проживания этому требованию.		
13.	Ваш родственник или друг может пойти, куда хочет, например пообедать вне дома или сходить в магазин?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	У вашего родственника или друга обычно есть возможность посещать церковь или другое религиозное учреждение по своему выбору, чтобы практиковать свою веру?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
15.	У вашего родственника или друга обычно есть возможность планировать приемы у врачей и другие мероприятия вне дома на даты и время, удобные ему, а не оплачиваемому персоналу, обслуживающему его по месту проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Ваш родственник или друг может участвовать в мероприятиях вне дома, не входящих в число запланированных местом его проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	У вашего родственника или друга есть доступ к общим помещениям в месте его проживания, в том числе на кухню и в прачечную?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Ваш родственник или друг может есть, когда и что он хочет (если только ему не нужно соблюдать определенную диету)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
19.	Ваш родственник или друг может говорить по телефону, когда захочет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	Ваш родственник или друг может принимать посетителей, когда хочет, в том числе с ночевкой?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Ваш родственник или друг может выйти на прогулку или по делам, когда хочет, самостоятельно или в сопровождении персонала?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
<b>Права.</b> Правило требует, чтобы с вашим родственником или другом хорошо обращались и чтобы он чувствовал себя безопасно и комфортно там, где он живет. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его проживания этому требованию.		
22.	Персонал, обслуживающий вашего родственника или друга по месту проживания, относится к нему с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Персонал, обслуживающий вашего родственника или друга по месту проживания, уважает его выбор и предпочтения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Персонал, обслуживающий вашего родственника или друга по месту проживания, уважает его право на неприкосновенность частной жизни, в том числе в спальне и ванной комнате? Например, стучатся ли сотрудники, прежде чем войти в его спальню?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Ваш родственник или друг может запереть дверь в свою спальню?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Ваш родственник или друг может запереть дверь в ванную комнату?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Вещи вашего родственника или друга находятся в безопасности там, где он живет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	У вашего родственника или друга есть договор аренды или проживания, который защищает его от неправомерного выселения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Там, где живет ваш родственник или друг, персонал использует средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

### Вопросы о месте работы

Если ваш член семьи и / или друг не получают оплачиваемые Medicaid услуги на рабочем месте, перейдите на страницу 7.

№	Вопрос	Ответ
<b>Интеграция.</b> Это правило требует, чтобы ваш родственник или друг мог в полной мере пользоваться преимуществами жизни в своем сообществе и получать услуги, чувствуя себя его частью. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его работы этому требованию.		
1.	Ваш родственник или друг получает оплату за свой труд, как минимум равную минимальной заработной плате?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
2.	На работе как часто ваш родственник или друг общается с людьми (например, сотрудниками или клиентами), не имеющими ограниченных физических возможностей?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
3.	Помощь в получении работы может включать в себя помощь в поиске места для работы или помощь в обретении навыков, необходимых для работы. Кто-нибудь помогал вашему родственнику или другу в получении работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Некоторым людям может требоваться помощь, связанная с их работой, например, чтобы добираться до места работы, передвигаться по территории своего места работы, выполнять свои служебные обязанности или ладить с другими работниками. Кто-нибудь оказывал вашему родственнику или другу помощь, связанную с его нынешней работой, и получал плату за это?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Место работы вашего родственника или друга находится по соседству с другими домами или организациями/предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Ваш родственник или друг принимает активное участие в жизни своего сообщества в рамках своей работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
<b>Выбор.</b> Правило требует, чтобы у вашего родственника или друга был выбор места работы. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его работы этому требованию.		
7.	У вашего родственника или друга есть возможность найти оплачиваемую работу по своему выбору?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
8.	В целом, вы считаете, что ваш родственник или друг получает поддержку, необходимую для того, чтобы успешно выполнять свою оплачиваемую работу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
9.	Вы считаете, что ваш родственник или друг работает достаточное количество часов в неделю?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
9a.	Если нет, вы считаете, что ваш родственник или друг имеет возможность обсуждать и изменять свои часы работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
<b>Независимость.</b> Правило требует, чтобы у вашего родственника или друга имелась возможность самому делать выбор. Следующий вопрос поможет выяснить, соответствует ли место его работы этому требованию.		
10.	У вашего родственника или друга есть возможность обсуждать график своей работы, время перерывов на отдых/обед и льготы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
Другие комментарии:		

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Права.</b> Правило требует, чтобы с вашим родственником или другом хорошо обращались и чтобы он чувствовал себя безопасно и комфортно там, где он работает. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место его работы этому требованию.</p>		
11.	На работе вашего родственника или друга другие люди относятся к нему с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	На работе другие люди уважают выбор и предпочтения вашего родственника или друга?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Там, где работает ваш родственник или друг, сотрудники используют средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	На работе другие люди уважают право вашего родственника или друга на неприкосновенность частной жизни, в том числе в туалетах и раздевалках? Например, стучатся ли сотрудники, прежде чем войти в туалет или раздевалку?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Можете ли ваш родственник или друг запереть дверь в ванную комнату?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	На работе у вашего родственника или друга есть безопасное место для хранения своих вещей?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Другие комментарии:	

### Вопросы о программе дневного пребывания

Если ваш член семьи и / или друг не получают оплачиваемые Medicaid услуги в дневной программе, перейдите на страницу 10.

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Интеграция.</b> Это правило требует, чтобы ваш родственник или друг мог в полной мере пользоваться преимуществами жизни в своем сообществе и получать услуги, чувствуя себя его частью. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, этому требованию.</p>		
1.	Программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, находится по соседству с другими домами или организациями/предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Ваш родственник или друг принимает активное участие в жизни своего сообщества во время посещения программы дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3.	Ваш родственник или друг общается с другими жителями своего района вне программы дневного пребывания...	<input type="checkbox"/> Несколько раз в неделю <input type="checkbox"/> Один раз в неделю <input type="checkbox"/> Несколько раз в месяц <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Никогда
4.	У вашего родственника или друга есть друзья, которые не являются оплачиваемым персоналом, членами его семьи или другими лицами, посещающими ту же программу дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
4a.	Как часто ваш родственник или друг может встречаться со своими друзьями, когда он этого хочет?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
5.	У вашего родственника или друга есть члены семьи, которые живут рядом с его программой дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5a.	Как часто ваш родственник или друг может встречаться с членами своей семьи, которые проживают рядом?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим
6.	Ваш родственник или друг осведомлен о мероприятиях, которые проводятся вне его программы дневного пребывания (например, ярмарках, показах кинофильмов, концертах)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6a.	Если ваш родственник или друг осведомлен о мероприятиях, которые проводятся вне его программы дневного пребывания, он их посещает?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6b.	Приведите, пожалуйста, пример мероприятия, которое ваш родственник или друг посетил вне своей программы дневного пребывания.  _____	
7.	Вашему родственнику или другу предоставляют информацию и помощь в пользовании общественным транспортом, например автобусами и такси, в программе дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	Чтобы ваш родственник или друг мог сходить куда-нибудь, ему требуется больше помощи, чем он получает сейчас от сотрудников программы дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	Если вашему родственнику или другу нужно сходить куда-нибудь, например посетить врача, встретиться с друзьями или пойти в библиотеку, как часто у него есть возможность добраться до нужного ему места?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
10.	Если у вашего родственника или друга нет оплачиваемой работы, хотел бы он работать и получать за это зарплату?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим, у него есть оплачиваемая работа
11.	Некоторые люди считают, что какие-либо проблемы мешают им иметь оплачиваемую работу, хотя они хотят работать. Ваш родственник или друг тоже так считает?  Если да, просим объяснить почему он так считает:  _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос к нему не применим, у него есть оплачиваемая работа
	Другие комментарии:	



## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Выбор.</b> Правило требует, чтобы ваш родственник или друг мог сам выбирать, как проводить время. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, этому требованию.</p>		
12.	Мнение вашего родственника или друга учитывается при определении того, чем он будет заниматься?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	В целом, вы считаете, что ваш родственник или друг получает поддержку, необходимую для того, чтобы успешно работать волонтером, учиться и (или) участвовать в какой-либо программе по его выбору?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, организует мероприятия, которые соответствуют его возрасту и интересам?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Чем ваш родственник или друг обычно занимается в рамках программы дневного пребывания? _____	
16.	Программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, предоставляет ему возможность встречаться и знакомиться с людьми за пределами учреждения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Другие комментарии:	

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Независимость.</b> Правило требует, чтобы у вашего родственника или друга имелась возможность самому делать выбор. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, этому требованию.</p>		
17.	Как часто бывает так, что распорядок дня вашего родственника или друга четко расписан и все участники программы обязаны его соблюдать?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
18.	Если ваш родственник или друг хочет заняться не тем, чем занимаются остальные участники программы, как часто ему предоставляют такую возможность?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
19.	Ваш родственник или друг может есть, когда и что он хочет (если только ему не нужно соблюдать определенную диету)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Другие комментарии:	

№	Вопрос	Ответ
<p><b>Права.</b> Правило требует, чтобы с вашим родственником или другом хорошо обращались и чтобы он чувствовал себя безопасно и комфортно, посещая программу дневного пребывания. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, этому требованию.</p>		
20.	Сотрудники программы дневного пребывания относятся к вашему родственнику или другу с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Сотрудники программы дневного пребывания уважают выбор и предпочтения вашего родственника или друга?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
22.	Сотрудники программы дневного пребывания, которую посещает ваш родственник или друг, используют средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Сотрудники программы дневного пребывания уважают право вашего родственника или друга на неприкосновенность частной жизни, в том числе в туалетах и раздевалках? Например, стучатся ли сотрудники, прежде чем войти в туалет или раздевалку?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	В здании программы дневного пребывания ваш родственник или друг может запереть дверь в туалете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	В здании программы дневного пребывания у вашего родственника или друга есть безопасное место для хранения своих вещей?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Другие комментарии:	

### Заключительные вопросы

У вас есть какие-либо дополнительные комментарии об услугах, которые получает ваш родственник или друг?

Ваш ответ будет конфиденциальным. Если вы не хотите, чтобы ваши ответы были анонимными, укажите свои контактные данные ниже.

Имя и фамилия:

Эл. почта:

Спасибо, что нашли время для участия в этом опросе! Свежую информацию о соблюдении правила в штате Колорадо см. на сайте Департамента политики и финансирования сферы здравоохранения по адресу:

[www.colorado.gov/hcpf/home-and-community-based-services-settings-final-rule](http://www.colorado.gov/hcpf/home-and-community-based-services-settings-final-rule).

**Пожалуйста, верните бумажную копию в:  
Dept. of Health Care Policy & Financing  
Attn: Statewide Transition Plan Team  
1570 Grant Street  
Denver, CO 80203**