

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

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) Вы получаете услуги, оплачиваемые программой Medicaid, в месте проживания?

- Да
- Нет
- а) Если да, →то какой вариант лучше всего описывает место вашего проживания?
 - 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 CHRП, 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 вам услуги, оплачиваемые программой Medicaid, и адрес, по которому вы проживаете и получаете эти услуги.

Название агентства/Адрес: _____

2) Вы получаете услуги, оплачиваемые программой Medicaid, по месту своей оплачиваемой работы?

- Да
- Нет
- Я не работаю для оплаты
- а) Если да, →то какой вариант лучше всего описывает услуги, которые вы 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 вам услуги, оплачиваемые программой Medicaid, и адрес, по которому вы работаете и получаете эти услуги.

Название агентства/Адрес: _____

3) Вы получаете услуги, оплачиваемые программой Medicaid, в рамках программы дневного пребывания? Если вы работаете волонтером (т. е. ваш 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 вы проводите 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 –

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

- 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)

b) Просьба указать название агентства, которое оказывает вам услуги, оплачиваемые программой Medicaid, и адрес программы дневного пребывания, где вы получаете эти услуги.

Название агентства/Адрес: _____

Вопросы о месте проживания

Если вы не получаете услуги, оплачиваемые Medicaid у себя дома, перейдите на страницу 6.

№	Вопрос	Ответ
Интеграция. Это правило требует, чтобы вы могли в полной мере пользоваться преимуществами жизни в своем сообществе и получать услуги, чувствуя себя его частью. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашего проживания этому требованию.		
1.	Место вашего проживания находится по соседству с другими домами, квартирами или организациями/предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Я общаюсь вне дома с другими жителями моего района...	<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 меня нет соседей
3.	У вас есть друзья, которые не являются оплачиваемым персоналом, членами вашей семьи или другими лицами, получающими услуги?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3а.	Как часто вы можете встречаться со своими друзьями, когда вы этого хотите?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
4.	У вас есть родственники, которые живут рядом? Не учитывайте членов семьи, с которыми вы проживаете.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4а.	Как часто вы можете встречаться со своими родственниками, которые проживают рядом?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим
5.	Вы осведомлены о мероприятиях, которые проводятся вне дома (например, ярмарках, показах кинофильмов, концертах)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
5a.	Если вы осведомлены о мероприятиях, которые проводятся вне дома, вы их посещаете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5b.	Приведите, пожалуйста, пример мероприятия, которое вы посетили вне дома. _____	
6.	Вам предоставляют информацию и помощь в пользовании общественным транспортом, например автобусами и такси, по месту вашего проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7.	Чтобы вы могли сходить куда-нибудь, вам требуется больше помощи, чем вы получаете сейчас по месту своего проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	Если вам нужно сходить куда-нибудь, например посетить врача, встретиться с друзьями или пойти в библиотеку, как часто у вас есть возможность добраться до нужного вам места?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
9.	Вы или ваш опекун сами решаете, на что будут потрачены ваши деньги?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Другие комментарии:	

№	Вопрос	Ответ
Выбор. Правило требует, чтобы вы могли сами выбирать, где будете жить. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашего проживания этому требованию.		
10.	Ваше мнение учитывалось при выборе места вашего проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	Вы сами решили жить там, где уже жили другие люди?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	У вас есть сосед по комнате?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12a.	Если да, то как вы его выбрали или выбор был сделан за вас другими? _____	
	Другие комментарии:	

№	Вопрос	Ответ
Независимость. Правило требует, чтобы у вас имелась возможность самим делать выбор. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашего проживания этому требованию.		
13.	Вы можете пойти, куда хотите, например пообедать вне дома или сходить в магазин?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	У вас 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 ко мне не применим

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
15.	У вас обычно есть возможность планировать приемы у врачей и другие мероприятия вне дома на даты и время, удобные вам, а не оплачиваемому персоналу, обслуживающему вас по месту проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Вы можете участвовать в мероприятиях вне дома, не входящих в число запланированных местом вашего проживания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	У вас есть доступ к общим помещениям в месте вашего проживания, в том числе на кухню и в прачечную?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Вы можете есть, когда и что вы хотите (если только вам не нужно соблюдать определенную диету)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Вы можете говорить по телефону, когда захотите?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	Вы можете принимать посетителей, когда хотите, в том числе с ночевкой?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Вы можете выйти на прогулку или по делам, когда хотите, самостоятельно или в сопровождении персонала?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
Права. Правило требует, чтобы с вами хорошо обращались и чтобы вы чувствовали себя безопасно и комфортно там, где вы живете. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашего проживания этому требованию.		
22.	Персонал, обслуживающий вас по месту проживания, относится к вам с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Персонал, обслуживающий вас по месту проживания, уважает ваш выбор и ваши предпочтения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Персонал, обслуживающий вас по месту проживания, уважает ваше право на неприкосновенность частной жизни, в том числе в спальне и ванной комнате? Например, стучатся ли сотрудники, прежде чем войти в вашу спальню?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Вы можете запереть дверь в свою спальню?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Вы можете запереть дверь в ванную комнату?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Ваши вещи находятся в безопасности там, где вы живете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	У вас есть договор аренды или проживания, который защищает вас от неправомерного выселения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Там, где вы живете, персонал использует средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

Вопросы о месте работы

Если вы не получаете услуги, финансируемые Medicaid, где вы работаете для оплаты, перейдите на страницу 7.

№	Вопрос	Ответ
Интеграция. Это правило требует, чтобы вы могли в полной мере пользоваться преимуществами жизни в своем сообществе и получать услуги, чувствуя себя его частью. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашей работы этому требованию.		
1.	Вы получаете оплату за свой труд, как минимум равную минимальной заработной плате?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	На работе как часто вы общаетесь 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 вам в получении работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Некоторым людям может потребоваться 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 вам помощь, связанную с вашей нынешней работой, и получал плату за это?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Место вашей работы находится по соседству с другими домами или организациями/ предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Вы принимаете активное участие в жизни своего сообщества в рамках своей работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
Выбор. Правило требует, чтобы вы могли сами выбирать, где работать. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашей работы этому требованию.		
7.	У вас есть возможность найти оплачиваемую работу по своему выбору?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим
8.	В целом, вы считаете, что получаете поддержку, необходимую для того, чтобы успешно выполнять свою оплачиваемую работу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим
9.	Вы считаете, что работаете достаточное количество часов в неделю?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим
9а.	Если нет, вы считаете, что имеете возможность обсуждать и изменять свои часы работы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
Независимость. Правило требует, чтобы у вас имелась возможность самим делать выбор. Следующий вопрос поможет выяснить, соответствует ли место вашей работы этому требованию.		
10.	У вас 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 ко мне не применим
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
Права. Правило требует, чтобы с вами хорошо обращались и чтобы вы чувствовали себя безопасно и комфортно там, где вы работаете. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли место вашей работы этому требованию.		
11.	На работе другие люди относятся к вам с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	На работе другие люди уважают ваш выбор и ваши предпочтения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Там, где вы работаете, сотрудники используют средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	На работе другие люди уважают ваше право 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.	На работе вы можете запереть дверь в туалете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	На работе у вас есть безопасное место для хранения своих вещей?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

Вопросы о программе дневного пребывания

Если вы не получаете услуги, оплачиваемые Medicaid, где вы работаете для оплаты, перейдите на страницу 10.

№	Вопрос	Ответ
Интеграция. Это правило требует, чтобы вы могли 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 вы посещаете, этому требованию.		
1.	Ваша программа дневного пребывания находится по соседству с другими домами или организациями/предприятиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Вы принимаете активное участие в жизни своего сообщества во время посещения программы дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
3.	Я общаюсь с другими жителями моего 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 вас есть друзья, которые не являются оплачиваемым персоналом или другими лицами, посещающими вашу программу дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4а.	Как часто вы можете встречаться со своими друзьями, когда вы этого хотите?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
5.	У вас есть родственники, которые живут рядом с вашей программой дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5а.	Как часто вы можете встречаться со своими родственниками, которые проживают рядом?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим
6.	Вы осведомлены о мероприятиях, которые проводятся вне вашей программы дневного пребывания (например, ярмарках, показах кинофильмов, концертах)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6а.	Если вы осведомлены о мероприятиях, которые проводятся вне вашей программы дневного пребывания, вы их посещаете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6б.	Приведите, пожалуйста, пример мероприятия, которое вы посетили вне вашей программы дневного пребывания. _____	
7.	Сотрудники программы дневного пребывания предоставляют вам информацию и помощь в пользовании общественным транспортом, например автобусами и такси?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	Чтобы вы могли сходить куда-нибудь, вам требуется больше помощи, чем вы получаете сейчас от сотрудников программы дневного пребывания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	Если вам нужно сходить куда-нибудь, например посетить врача, встретиться с друзьями или пойти в библиотеку, как часто у вас есть возможность добраться до нужного вам места?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
10.	Если у вас нет оплачиваемой работы, хотели бы вы работать и получать за это зарплату?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим, у меня есть оплачиваемая работа

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
11.	Некоторые люди считают, что какие-либо проблемы мешают им иметь оплачиваемую работу, хотя они хотят работать. Вы тоже так считаете? Если да, просим объяснить почему вы так считаете: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Этот вопрос ко мне не применим, у меня есть оплачиваемая работа
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
Выбор. Правило требует, чтобы вы могли сами выбирать, как проводить время. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую вы посещаете, этому требованию.		
12.	Ваше мнение учитывается при определении того, чем вы будете заниматься?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	В целом, вы считаете, что получаете поддержку, необходимую для того, чтобы успешно работать волонтером, учиться и (или) участвовать в какой-либо программе по своему выбору?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Ваша программа дневного пребывания организует мероприятия, которые соответствуют вашему возрасту и интересам?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Чем вы обычно занимаетесь в рамках программы дневного пребывания? _____	
16.	Ваша программа дневного пребывания предоставляет вам возможность встречаться и знакомиться с людьми за пределами учреждения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

№	Вопрос	Ответ
Независимость. Правило требует, чтобы у вас имелась возможность самим делать выбор. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую вы посещаете, этому требованию.		
17.	Как часто бывает так, что ваш распорядок дня 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 вы хотите заняться не тем, чем занимаются остальные участники программы, как часто вам предоставляют такую возможность?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Обычно <input type="checkbox"/> Всегда
19.	Вы можете есть, когда и что вы хотите (если только вам не нужно соблюдать определенную диету)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другие комментарии:		

Опрос для представителей лиц, получающих услуги по программе Medicaid

№	Вопрос	Ответ
Права. Правило требует, чтобы с вами хорошо обращались и чтобы вы чувствовали себя безопасно и комфортно, посещая программу дневного пребывания. Следующие вопросы помогут выяснить, соответствует ли программа дневного пребывания, которую вы посещаете, этому требованию.		
20.	Сотрудники программы дневного пребывания относятся к вам с уважением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Сотрудники программы дневного пребывания уважают ваш выбор и ваши предпочтения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Сотрудники программы дневного пребывания используют средства физического ограничения подвижности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Сотрудники программы дневного пребывания уважают ваше право 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 вы можете запереть дверь в туалете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	В здании программы дневного пребывания у вас 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 вы получаете?

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.

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