



**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЯМИ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ КОРРЕКТИРОВКИ ПОВЕДЕНИЯ  
DS 5862 (6/2011)**

Стр. 2 из 2

**Инструкции для поставщика услуг:** Разделом 4686.31 Кодекса законов о социальном обеспечении и институтах социального обеспечения требуется, чтобы любой поставщик услуг, предоставляющий услуги коррективы поведения, как указано в Главе 17 Кодекса нормативов штата Калифорния\*, предоставил заполненную форму подтверждения в региональный центр за предоставленные услуги для потребителей услуг в возрасте до 18 лет, проживающих в семье. Поставщик услуг должен предоставить заполненную форму подтверждения в региональный центр вместе с инвойсами за предоставленные услуги. В случае непредоставления родителями или законно назначенными опекунами несовершеннолетнего потребителя формы подтверждения предоставления услуг поставщику, поставщик должен обратиться в региональный центр. Не предоставление родителями или законно назначенными опекунами несовершеннолетнего потребителя формы подтверждения предоставления услуг поставщику не является основой для прекращения или изменения услуг коррективы поведения несовершеннолетнему потребителю.

**\*Данное положение применяется к следующим кодам услуг:** 612-Поведенческий аналитик, 613-Помощник поведенческого аналитика, 615-Помощник по управлению поведением, 616-Технический специалист-парапрофессионал по поведению, 620-Консультант по управлению поведением, 625-Консультационные услуги, 680-Преподаватель, 017-Командная оценка кризиса и тренинг по поведенческой интервенции, 025-Услуги преподавателя – Группа, 048-Тренинг по поведенческой интервенции с поддержкой клиент/родитель, а также 077-Тренинг по поведенческой интервенции для детей с аутизмом, координированный родителями на дому.

**Инструкции для родителей или законно назначенных опекунов:** Пожалуйста, подпишите, поставьте дату и передайте данную форму вашему поставщику услуг в течение 30 дней с момента оказания услуг. Если вы не можете подписать данную форму, пожалуйста, как можно быстрее обратитесь к вашему координатору/куратору в региональный центр предоставления услуг.

В случае возникновения каких-либо вопросов, обращайтесь к вашему координатору/куратору в региональный центр предоставления услуг.

*Я подтверждаю, что поведенческие услуги, предоставленные потребителю и перечисленные в данной форме, были представлены в указанных местах, в указанные даты и время, и они являются верными, правильными и полными.*

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия родителя или законно назначенного опекуна

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя или законно назначенного опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата