

场所评估工具

联邦《家庭和社区服务（HCBS）最终规定》要求残疾人士有充足机会享受社区生活的好处，并且针对他们的服务要在融入社区的场所中提供。为确定服务提供方是否有向自主决定计划（SDP）提供服务的资格，提供方必须按照指南规定，完成场所评估。

SDP参与者和提供者将共同完成评估。可同时为所有有意使用该服务的SDP参与者进行评估。评估完成后，SDP参与者和提供者将向区域中心代表和参与者的财务管理服务（FMS）提供者提交评估表。参与者及其FMS将共同审核初步评估。如果场所不符合《HCBS最终规定》，区域中心和参与者应与提供者商讨可行的改进措施。最终目标是让参与者、区域中心和提供者齐心协力，使参与者选择的场所符合《HCBS最终规定》，从而允许参与者使用SDP资金购买服务。

如在评估完成后或针对SDP计划的评估流程存在任何问题，请直接联系sdp@dds.ca.gov。

评估日期： _____
 提供者名称： _____
 联系电话/电子邮件： _____
 服务/活动名称： _____

要求#1	<p>该场所融入更大社区的程度，并且支持接受Medicaid家庭和社区服务的个人充分享受社区服务的程度不亚于未接受Medicaid家庭和社区服务的个人。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#2:	<p>该场所由个人从众多场所选项中选出，其中包含非残疾人士特定场所。如果所选场所为住宅，则个人可以选择住宅场所中的私人居住单元。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#3:	<p>该场所保证个人享有隐私和尊严、获得尊重，且不受胁迫和限制的权利。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#4:	<p>提升个人在生活选择上的主动性、自主性和独立性，生活选择包括但不限于日常活动、物理环境以及交往对象。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#5:	<p>促进个人对服务、支持和提供者进行充分选择。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

对提供者拥有或管理的住宅场所的额外要求:

要求#6:	<p>单元或住所是一个特定的实体场所，可以由接受服务的个人拥有、租用或根据可合法执行的协议占用。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#7	<p>每个人在其寝居或居住单元内都享有隐私；包括有权锁上房门，如与他人同居一室，可自由选择室友；在租约或其他协议存续期间可自由布置、装饰其寝居或居住单元。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#8	<p>个人拥有控制自己的日程安排和活动的自由且可获得相关支持，并且随时能获得食物。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#9	<p>个人在任何时候都有由自己选择的访客探视的自由。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#10	<p>该场所可供个人无障碍出入。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
要求#11 (SDP特有)	<p>该单元或住所可由不超过四名豁免参与者同住。</p> <p>该场所是否符合这一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

确认声明

勾选下方方框，即代表我确认：完成此次评估的唯一目的是确定以下为SDP参与者提供的服务是否符合《HCBS最终规定》；将来若发展服务部再次要求对场所进行评估，以确定是否符合《HCBS最终规定》，不可由此次评估替代。

我同意

提供者签名： _____

提供此项SDP服务的场所符合《HCBS最终规定》。

提供此项SDP服务的场所目前尚不符合《HCBS最终规定》。

区域中心代表

姓名和职务： _____

签名和日期： _____

参与者/监护人姓名： _____

签名和日期： _____