

### 場所評估工具

聯邦《家庭和社區服務（HCBS）最終規定》要求向殘疾人士有充足機會享受社區生活的好處，並且針對他們的服務要在融入社區的場所中提供。為確定服務提供方是否有向自主決定計劃（SDP）提供服務的資格，提供方必須按照指南規定，完成場所評估。

SDP參與者和服務提供者將共同完成評估。可同時為所有有意使用該服務的SDP參與者進行評估。評估完成後，SDP參與者和服務提供者將向區域中心代表和參與者的財務管理服務（FMS）提供者提交評估表。參與者及其FMS將共同審核初步評估。如果場所不符合《HCBS最終規定》，區域中心和參與者應與服務提供者商討可行的改進措施。最終目標是讓參與者、區域中心和服務提供者齊心協力，使參與者選擇的場所符合《HCBS最終規定》，從而允許參與者使用SDP資金購買服務。

如在評估完成後或針對SDP計劃的評估流程存在任何問題，請直接聯絡 [sdp@dds.ca.gov](mailto:sdp@dds.ca.gov)。

評估日期： \_\_\_\_\_  
 提供者名稱： \_\_\_\_\_  
 聯絡電話/電子郵件： \_\_\_\_\_  
 服務/活動名稱： \_\_\_\_\_

<p><b>要求#1</b></p>	<p>該場所融入更大社區的程度，並且支持接受Medicaid家庭和社區服務的個人充分享受社區服務的程度不亞於未接受Medicaid家庭和社區服務的個人。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>要求#2：</b></p>	<p>該場所由個人從眾多場所選項中選出，其中包含非殘疾人士特定場所。如果所選場所為住宅，則個人可以選擇住宅場所中的私人居住單元。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>要求#3：</b></p>	<p>該場所保證了個人享有隱私和尊嚴、獲得尊重，且不受脅迫和限制的權利。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>要求#4：</b></p>	<p>提升個人在生活選擇上的主動性、自主性和獨立性，生活選擇包括但不限於日常活動、物理環境以及交往對象。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>要求#5：</b></p>	<p>促進個人對服務、支持和提供者進行充分選擇。</p>

	該場所是否符合這一要求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	--

## 對提供者擁有或管理的住宅場所的額外要求：

<b>要求#6</b>	<p>單元或住所是一個特定的實體場所，可以由接受服務的個人擁有、租用或根據可合法執行的協議佔用。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<b>要求#7</b>	<p>每個人在其寢居或居住單元都享有隱私；包括有權鎖上房門，如與他人同居一室，可自由選擇室友；在租約或其他協議存續期間可自由佈置、裝飾其寢居或居住單元。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<b>要求#8</b>	<p>個人擁有控制自己的日程安排和活動的自由且可獲得相關支持，並且隨時能獲得食物。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<b>要求#9</b>	<p>個人在任何時候都有由自己選擇的訪客探視的自由。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<b>要求#10</b>	<p>該場所可供個人無障礙出入。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<b>要求#11</b> (SDP特有)	<p>該單元或住所可由不超過四名豁免參與者同住。</p> <p>該場所是否符合這一要求？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

### 確認聲明

勾選下方方框，即代表我確認：完成此次評估的唯一目的是確定以下為SDP參與者提供的服務是否符合《HCBS最終規定》；將來若發展服務部再次要求對場所進行評估，以確定是否符合《HCBS最終規定》，不可由此次評估替代。

我同意

提供者簽名： \_\_\_\_\_

提供此項SDP服務的場所符合《HCBS最終規定》。

提供此項SDP服務的場所目前尚不符合《HCBS最終規定》。

區域中心代表

姓名和職務： \_\_\_\_\_

簽名和日期： \_\_\_\_\_

參與者/監護人姓名： \_\_\_\_\_

簽名和日期： \_\_\_\_\_