**[리저널 센터 이름]**

개인 프로그램 계획 동의서 및 서명 양식

법적 이름: 이곳을 클릭하여 이름을 입력하세요 이곳을 클릭하여 성을 입력하세요

UCI 번호: 이곳을 클릭하여 UCI 번호를 입력하세요

생년월일: ....

연방 기금 지원을 받으시나요?  예  아니요

'예'인 경우, 기금의 유형: 이곳을 클릭하여 입력해 주세요.

이 검토가 이루어진 날짜: ....

다음 검토 날짜: ....

이 회의는 비대면 회의인가요?  예  아니요

나는 내가 선호하는 언어로 이 계획의 사본을 받기를 원합니다: 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.

계획의 유형: 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 계획의 유형을 선택하세요.

또는  수정계획: 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 수정이유를 선택하세요.

본인/우리는 개인 프로그램 계획(IPP)의 개발 또는 갱신에 참여했습니다. 합의가 완료되어 IPP에 포함되거나 이전 계획에서 변경될 서비스 및 지원은 다음과 같습니다:

# 성취하고자 하는 목표: 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.

## 리저널센터 자금 지원

**자금지원 내용**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **서비스/지원:** | **서비스 제공 기관:** | **시작 날짜:** | **종료 날짜:** | **지원 금액:** | **지원 빈도** |
| 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요  서비스 제공자 미정 | .... | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. |
| 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.  서비스 제공자 미정 | .... | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. |
| 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.  서비스 제공자 미정 | .... | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. |

## 다른 기관의 자금 지원

**자금지원 내용**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **서비스/지원:** | **서비스 제공기관:** | **시작 날짜:** | **종료 날짜:** | **지원 금액:** | **지원 빈도** |
| 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.  서비스 제공자 미정 | .... | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. |
| 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.  서비스 제공자 미정 | .... | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. |

*참고: 별도로 명시되지 않는 한* ***기존*** *서비스의 대략적인 시작 날짜는 IPP 날짜가 됩니다.* ***새로운*** *서비스는 추천을 시작하고 완료하는데 시간이 필요하며 서비스 제공을 시작하는 데 시간이 더 오래 걸릴 수 있습니다.*

서비스 동의

아래 옵션 중 하나를 선택하세요.

모든 서비스에 대한 동의: 본인은 위에 나열된 서비스에 동의하며, [리저널센터 이름]가 IPP 이행을 위해 동의한 서비스를 구매할 수 있도록 승인합니다.

다음의 서비스에 대한 의견 차이 또는 거부: 팀이 다음의 서비스에 동의하지 않았습니다: 서비스를 선택하세요.

### 추가 요청:

오늘 회의에서 합의되지 않은 서비스를 위해 IPP 팀은 IPP 회의를 ….에 갖는 것에 동의합니다. 오늘 합의되지 않은 사항에 대한 다음 회의는 15일 이내 또는 본인이 동의할 경우 그 이후에 열릴 예정입니다. 서비스 및 지원과 관련된 나의 우려 사항이 15일 이내에 만족스럽게 해결되면 나는 이 두 번째 회의를 취소할 수 있습니다.

거절된 서비스에 대해 이의제기를 하기 위해 조치 통지서 (NOA)를 요청하며 이를 내가 선호하는 언어인 이곳을 클릭하여 입력해 주세요.로 제공해 줄 것을 요청합니다.

조치 통지서 (NOA) 사본을 다음 방식으로 받고 싶습니다:   
 이메일  등기 우편  팩스

커뮤니티 환경 요건에 예외가 있나요?  예  아니요

나는 아래에 설명된 지역사회 환경 규정에 대한 예외 사항에 동의합니다.:   
이곳을 클릭하여 생활 영역을 선택하세요.

확인:

나는 작년에 리저널센터에서 나를 위해 구매한 모든 서비스 및 지원에 대한 명세서를 제공받았습니다.

나는 서비스 코디네이터와 나의 현재 또는 미래의 필요에 대해 논의하고 정보를 공유했습니다 .

[리저널센터 이름]는 내가 원하는 목표나 필요가 변경될 때마다 필요에 따라 IPP회의를 하게 될 것입니다. 이 회의는 내가 메디케이드 면제에 등록되어 있는 경우 1년에 한 번, 등록되어 있지 않은 경우 3년에 한 번 이상 할 수 있습니다. 내 서비스 코디네이터가 이 계획을 점검할 책임을 맡게 될 것입니다. 나는 언제든지 서비스 코디네이터에게 연락하여 IPP 계획팀을 소집할 수 있음을 이해합니다.

IPP 사본을 다음 방식으로 받고 싶습니다:   
 파일을 이메일로  인쇄된 사본을 우편으로

다음과 같은 정보가 논의되었습니다:

### 자기 주도:

자기 주도(Self-Direction) 프로그램은 서비스 및 지원, 서비스 제공자 및 제공 방식에 대해 더 많은 선택권을 가질 수 있는 방법입니다. 계획은 서비스 코디네이터와 함께 발달장애인 중심의 계획 과정을 통해 이루어지므로 자기 주도에 대해 자세히 알아보려면 서비스 코디네이터와 상의하세요. 다음 두 가지 방법으로 자기 주도적인 서비스와 지원을 받을 수 있습니다:

* 자기 결정 프로그램 (SDP): 귀하의 필요에 더 잘 맞는 서비스 게획을 수립하고 서비스 제공자를 선택할 수 있어 더 많은 통제권을 제공합니다. 귀하는 기획팀과 협력하여 적격 서비스 제공자, 개인 또는 비즈니스로부터 서비스, 지원 및 상품을 구매하기 위한 예산 및 지출 계획을 수립합니다.
* 참가자 주도형 서비스 (PDS): 일부 유형의 서비스 및 지원에 대해 누구를 고용할지, 언제 일정을 잡을지, 어떻게 작업을 감독할지에 대한선택권을 제공합니다. 이 서비스와 지원은 자신의 집, 가족의 집, 일부 지역사회 생활 시설에 거주하는 사람들이 이용할 수 있습니다.

### 이의 제기 절차

이의 제기는 리저널센터와의 의견 불일치를 해결하는 방법입니다. 귀하와 리저널센터가 동의하지 않는 경우 귀하는 리저널센터의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 자세한 내용은 [리저널센터 이름]의 웹사이트 또는 DDS 웹사이트 [(https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/)](file:///C:/Community%20Outreach%20DEPT2/DDS%20Related/2024%201226%20IPP%20Template%20Korean/(https:/www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/))를 참조하세요

### 4731 불만 제기:

리저널센터에서 서비스를 받는 경우, 리저널센터, 발달센터 (Developmental Center), 또는 서비스 제공자가 귀하의 권리를 부당하게 또는 불공정하게 거부했다고 생각하는 경우 본인 또는 부모, 법적 보호자, 후견인 또는 권한을 부여받은 대리인과 같은 사람이 불만을 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 [리저널센터 이름]의 웹사이트를 참조하세요: 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러입력하거나 DDS 웹사이트 [https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/ 를 방문하세요](https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/%20를%20방문하세요).

### 내부 고발자 정책:

불법적이거나 부적절한 활동을 목격하거나 경험한 경우 DDS에 신고해야 합니다. 이를 내부 고발자 신고라고 합니다. 내부 고발자 신고에는 두 가지 유형이 있습니다:

* 불법적이거나 부적절한 리저널센터 활동: 리저널센터 또는 리저널센터 업무를 수행하는 리저널센터 직원, 임원 또는 리저널센터의 이사회 구성원이 잘못을 저지른 경우. 다음은 몇 가지 예입니다:
  + 주 또는 연방법 위반
  + 리저널센터와 다른 사람 또는 기업 간의 법적 계약을 따르지 않는 경우
  + 돈을 벌거나 다른 보상을 받기 위해 거짓말을 하거나 다른 사람을 속이는 행위
  + 정부 재산을 잘못된 방식으로 사용하거나 불법적인 목적으로 사용하는 경우
  + 고의로 법에 위배되는 행위를 하거나, 법을 무시하거나, 직무에 적합한 기술을 보유하고 있다고 거짓말하거나, 업무를 수행할 수 없다고 거짓말하는 행위
* 불법적이거나 부적절한 서비스 제공업자 또는 계약자 활동: 서비스 제공자 또는 계약자(서비스를 제공하거나 업무를 수행하도록 고용된 사람이나 회사 등)가 DDS가 비용을 지불한 서비스를 제공할 때 잘못을 저지른 경우. 해당 사람은 서비스 제공업체 또는 계약업체의 직원, 임원 또는 이사회 구성원일 수 있습니다. 다음은 몇 가지 예입니다:
  + 주 또는 연방법 위반
  + 리저널센터와 다른 사람 또는 기업 간의 법적 계약을 따르지 않는 경우
  + 돈을 벌거나 다른 보상을 받기 위해 거짓말을 하거나 다른 사람을 속이는 행위
  + 정부 재산을 잘못된 방식으로 사용하거나 불법적인 목적으로 사용하는 경우
  + 고의로 법에 위배되는 행위를 하거나, 법을 무시하거나, 직무에 적합한 기술을 보유하고 있다고 거짓말하거나, 업무를 수행할 수 없다고 거짓말하는 행위

귀하가 불법적이거나 부적절한 활동을 신고하면 DDS는 귀하의 의견을 경청합니다. 귀하가 리저널센터나 서비스 제공업자 또는 계약자를 상대로 불만을 제기하는 경우 귀하는 보호받을 수 있습니다. 자세한 내용은 [리저널센터 이름]의 웹사이트를 참조하세요:이곳을 클릭하거나 탭하여 입력 DDS 웹사이트 <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>. 를 방문하세요.

### 고용 우선 (Employment First) 정책:

2013년 캘리포니아는 고용 우선 정책을 법으로 제정한 12번째 주가 되었습니다. 이 법은 모든 발달장애인이 장애에 관계없이 다른 사람들과 동일한 급여, 혜택, 근무지에서 일할 수 있는 기회를 갖는 것이 중요하다고 명시하고 있습니다. 일자리를 구하거나 일하는 방법에 대해 더 자세히 알고 싶다면 서비스 코디네이터에게 문의하세요.

### 전국 유권자 등록법:

1933년, 연방 의회는 여러분이 더 쉽게 투표할 수 있도록 했습니다. 투표를 원하는 경우 리저널센터를 통해 등록할 수 있습니다.

### 교통편의시설 사용 계획 (Transportation Access Plan):

귀하가 독립적으로 생활하고, 원하는 장소로 이동하며 지역사회의 일원이 될 수 있도록 교통편의시설 사용 계획을 세울 수 있습니다. 이 계획에는 버스 정류장이나 경전철역을 오가는 방법, 목적지까지 이동하는 방법, 대중교통 시스템에서 장비나 이동 보조기구를 사용하는 방법 등 필요한 서비스와 지원이 포함되어 있습니다.

### 생활지원자 승계 계획:

가족의 집에 거주하는 경우, 앞으로 누가 돌봐줄 것인지에 대한 계획이 필요하다면, 이것을 계획팀과 상의해야 합니다. 만 22세가 되기 전에 이것에 대해 이야기해야 합니다. 이를 생활지원자 승계 계획이라고 합니다. 귀하와 계획팀이 필요하다고 판단하면 매년 이 계획에 대해 논의할 것입니다.

추가 참고 사항:

이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요.

IPP 계획팀 참가자의 서명:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **서명:** | **참가자 이름(정자체로 기입):** | **[이름]과의 관계:** | **날짜:** |
|  | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | …. |
|  | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | …. |
|  | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | …. |
|  | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | 이곳을 클릭하거나 탭을 눌러 입력해 주세요. | …. |

IPP 설문조사:

발달장애서비스부(DDS)에서는 귀하의 IPP 회의에 대한 의견을 듣고자 합니다. 귀하의 답변은 DDS만 읽을 수 있습니다. 귀하의 솔직하고 직설적인 답변을 위해 이름은 묻지 않습니다. 인쇄된 사본을 우편으로 보낼드릴 수 있습니다. 833-421-0061로 전화하신 후 1번을 누르세요. [IPPsurvey@dds.ca.gov](mailto:IPPsurvey@dds.ca.gov)로 이메일을 보내주셔도 됩니다. 이 설문조사에 참여하는 것은 귀하의 선택입니다.

설문조사에 참여하려면 이 QR 코드를 스캔하세요:

[QR코드

](https://www.surveymonkey.com/r/KWVMTQ9)

QR 코드를 사용하고 설문 조사에 참여하는 방법:

1. 휴대폰 또는 태블릿에서 카메라 앱을 여세요.
2. 정사각형 QR코드에 카메라를 갖다 대세요. 화면에 QR 코드가 보이는지 확인하세요.
3. 설문조사 링크가 화면에 나타납니다. 링크를 누르셔서 설문조사를 여세요.
4. IPP 회의 중에 일어난 일과 가장 일치하는 답을 선택하세요.
5. 완료되면 '완료(Done}' 버튼을 누르세요.