

إتفاقية العميل

أنا _____ الموقع أدناه أدرك بأن توقيعي هنا يشير إلى أنني قرأت ووافق على الشروط المنصوص عليها في الكتيب، ولا يعني بأنني انتازل عن أي من حقوقي.

كما أدرك بأنه بإمكانني مناقشة مخاوفي مع Pediatric Therapy Studio, LLC قبل بدء خدمات التحليل الرسمي للسلوك التطبيقي. وأدرك بأن أي من النقاط المذكورة في الكتيب يمكن مناقشتها، وقد تكون قابلة للتعديل على أساس اختلاف الحالات وتُعامل كل حالة على حدة. وأنه إذا طرأ لي سؤال أثناء العلاج حول أي من النقاط الواردة في هذا الكتيب، يمكنني التحدث مع المشرف السريري لطفلي وستبذل مؤسسة Pediatric Therapy Studio, LLC جهدها لترد على سؤالك. أنني مدرك بأنه يحق لي سحب موافقتي على مواصلة تحليل السلوك التطبيقي بعد البدء به، في أي وقت ك ولأي سبب كان. ومع ذلك، سأبذل قصارى جهدي لمناقشة الأمر الذي يقلقني مع Pediatric Therapy Studio, LLC قبل إنهاء خدمات العلاج السلوكي .

انني مدرك بأن Pediatric Therapy Studio, LLC لم يقدم لي أي وعوداً محددة بشأن نتائج العلاج أو التدريب، أو مدى فعالية الاجراءات التي تستخدمها هذه الشركة، أو عدد الجلسات اللازمة لتحليل السلوك لتكون فعالة.

لقد قرأت، أو قرئت لي الموضوعات والنقاط الواردة في هذا الكتيب. ولقد ناقشت النقاط التي لم أفهمها (إن وُجدت)، وحصلت على إجابات كاملة على أسئلتي. وأقر بأنني موافق على التصرف بموجب النقاط الواردة في هذا الكتيب.

انني أوافق بموجبه على خدمات التحليل السلوكي التطبيقي التي تقدمها مؤسسة Pediatric Therapy Studio, LLC والتعاون الكامل معها قدر استطاعتي، كما هو موضح هنا.

كما أدرك بأن Pediatric Therapy Studio, LLC قد تُنهي هذه العلاقة في أي وقت بنفسها إذا لم تعد الخدمات مفيدة للعميل أو لأي سبب مناسب آخر، مع إعطائي إشعاراً مسبقاً قبل اسبوعين على الأقل. كما أدرك بأنني إذا قطعت هذه العلاقة قبل مرور اسبوعي الإشعار، سأكون مسؤولاً عن الرسوم المتوجبة عن هذين الاسبوعين من الجلسات المجدولة بسبب ضياع الوقت.

_____ الإسم:

_____ الصلة:

_____ التوقيع:

_____ التاريخ:

إرشادات البرنامج

نقدر كثيراً تعاونك معنا على انجاح جهودنا مع طفلك فيما يلي:

- 1- يجب أن يرتدي طفلك ملابسه ويأكل قبل وصول المعالج أو قبل وصوله إلى العيادة إلا إذا كانت هذه من المهارات التي يتناولها البرنامج.
- 2- الجلسات في المنزل: يجب أن يكون أحد الوالدين أو الشخص المسؤول في المنزل أثناء تقديم العلاج.
- 3- الجلسات في المنزل: يجب أن تكون درجة حرارة المساحة المستخدمة للعلاج مريحة وجيدة الاضاءة وخالية نسبياً من الحاجات المشتتة للانتباه. من المهم أن نكون قادرين على إجراء الجلسة بطريقة محترفة مع المواد الجاهزة والوصول المحدود إلى المعزز المنافس (مثل الألعاب التي لا تُستخدم أثناء جلسة العلاج).
- 4- الجلسات في المنزل: يُرجى عدم استخدام مواد العلاج والمُعززات خارج وقت العلاج. إذا كنت ترغب في تشغيل البرمجة مع طفلك، فنرجو إخبارنا وسنعلمك بكل سرور كيفية تشغيل البرنامج والحصول على البيانات.
- 5- جلسات العيادة: يُرجى الوصول في الوقت المحدد لتوصيل طفلك وإصطحابه. إذا كنت بحاجة إلى وقت للتحدث مع معالجك و مشرفك ، يرجى إخبارنا مسبقاً، حتى نكون مستعدين وربما نجهز طفلك لوقت الانتظار الإضافي.
- 6- لا يُسمح للمعالج بأخذ العميل في سيارة (الوالدين / الأوصياء)
- 7- سينتظر المُعالج 15 دقيقة وإذا لم يكن الطفل موجوداً في الوقت المحدد للعلاج، يُسمح له بالمغادرة بعدها، ويُعتبر الطفل غائبا. سيتم محاسبتك على الجلسة لأنها غير قابلة للفوترة لدى التأمين. إذا فاتك أكثر من 20% من الجلسات المجدولة في غضون 3 أشهر، نحتفظ بالحق في إلغاء تسجيل الطفل من البرنامج واعطاء مكانه لشخص آخر.
- 8- إذا كانت عائلتك تخطط لقضاء إجازة طويلة (أكثر من إسبوعين) يرجى إبلاغ المعالج والمشرف. سنستمر في حجز المكان لطفلك، إلا أنه لا يمكننا ضمان نفس ساعات العلاج بعد عودته. بالإضافة إلى ذلك، لا يُمكننا أن نضمن أن طفلك سيعمل مع نفس المعالج، لأن معالجينا لا يقبضوا رواتبهم إلا على الخدمات المقدمة.
- 9- يُرجى عدم الإتصال بالمعالجين قبل الساعة 8 صباحاً أو بعد الساعة 8 مساءً.
- 10- يجب على الوالدين الإتصال بالعيادة قبل 24 ساعة من الموعد إذا كان الوالدان يعلمان بأنهما ينويا إلغاء الجلسة.

ضع توقيعك بالحروف الاولى هنا: _____

تكملة إرشادات البرنامج

11-المرض: يُرجى إعلام المعالج في وقت مبكر قدر الإمكان، على الأقل في الليلة التي تسبق جلسة مجدولة اذا كنت تعلم أن طفلك (أو الأطفال الآخرين في منزلك) لن يستطيع/يستطيعون المشاركة في البرنامج في اليوم التالي بسبب المرض. سيُستأنف العلاج بمجرد أن يبيّن طبيب الطفل أنه استكمل العلاج وأصبح غير معدي. إذا وصل المعالج الى المنزل وكان الطفل مريضاً فلن يستطيع المُعالج العمل مع طفلك إذا كان لديه ما يلي:

- درجة حرارة فوق 100 فهرنهايت (37,7 مئوية)
- النُكاف
- دودة الأمعاء
- مرض معدي
- جذري الماء
- كوفيد 19
- إلتهاب الحلق
- مرض القدم / الفم (أو الحمى القلاعية)
- مرض الحصبة
- القَمَل
- القَيْء
- الإسهال
- طفرة
- إلتهاب باطن العين

12-سيقوم المعالج بالإتصال بالعائلة إذا كان سيتأخر أكثر من خمس دقائق عن موعد وصوله.

13-إذا ألغى الوالدان أو المُعالج جلسة، فيمكنك محاولة إعادة تحديد موعد لجلسة أخرى في يوم أو وقت مختلف إذا كان متاحاً.

14-قائمة الإنتظار: إذا ألغى عميل آخر مواعده، فسنقوم بالإتصال بالعملاء على قائمة الإنتظار على أساس مَنْ أتى دوره.

15-تتم جدولة جميع المواعيد المُعاد جدولتها من خلال العيادة. لا يُمكن تغيير المواعيد دون الاتفاق مع الأسرة.

ضع توقيعك بالحروف الاولى هنا: _____

تكملة إرشادات البرنامج

16- يجب أن تتسم العلاقة بين الآباء والموظفين بالإحترام المتبادل والتهذيب والتواصل المفتوح والصريح بين أولياء الامر والموظفين، وهذا يعتبر ضرورياً لوضع برنامج ناجح للطفل. التواصل يجب أن يتم بطريقة مهذبة ومحترمة ومهنية، وإذا كانت هناك أي مشاكل أو مخاوف، يرجى الإتصال بالمشرف BCBA أو المدير السريري على الفور.

17- نشجع اولياء أمر الطفل على مشاركة أي معلومات مع فنيي السلوك قد تساعد في التعرف على طفلهم وتمكنهم من العمل بنجاح مع الطفل.

18- نرجو أن تعلم بأن جميع المعلومات التي يتم مشاركتها محمية بموجب قانون HIPPA ، وعليه من الضروري أن يحترم ويحافظ جميع فنيو Pediatric Therapy Studio, LLC على حق كل عميل في السرية فيما يتعلق بعلاجه وكامل معلوماته الشخصية. ينطبق ذلك على جميع بنود قانون HIPPA. وعليه نرجو منك عدم السؤال عن برنامج أو علاج أي عميل آخر، لأننا لن نناقش هذه المعلومات، وان ذلك قد يؤدي الى فصل طفلك من البرنامج.

19- قد يفيد التصوير الدوري للجلسات بالفيديو في تقييم تقدم الطفل. قبل أي جلسة تصوير فيديو، يجب الحصول على إذن من قبل الأطراف المعنية ويمكن إنهاؤه في أي وقت. بالإضافة الى ذلك، يمكن للوالدين طلب نسخة من الجلسة المسجلة على جهاز يقومون هم بتوفيره.

20- يجب على الآباء التوقيع على الجدول الزمني لكل معالج لتأكيد عدد ساعات الخدمة المقدمة في نهاية كل جلسة، الآباء مسؤولون عن ضمان دقة الساعات المسجلة.

21- لا علاج للأشقاء، فنيو Pediatric Therapy Studio, LLC غير ملزمون بالعمل مع إخوة الطفل إلا إذا شعر المعالج بإمكانية إستخدام أحد الأشقاء كمشارك في جلسة ما ، فهذا أمر يقرره هو حسب تقديره.

22- تُستخدم الدقائق الخمس الأولى من الجلسة المنزلية في تحضير للجلسة وإعداد بيئة مناسبة. إذا كنت بحاجة إلى بضع دقائق للتحدث مع المُعالج قبل الجلسة فالرجاء إعلام المعالج، لكن كُن على علم بأن طفلك قد يكون مُتلهِّفًا لبدء "اللعب" مع المُعالج.

23- آخر 15 دقيقة من الجلسات في المنزل والمدرسة مُخصَّصة للمُعالج لإدخال البيانات وتسجيل الرسوم البيانية للجلسة، يرجى السماح بهذا الوقت بدون الطفل. وسوف يُطلعك المعالج على أبرز ما تمخضت عنه الجلسة وسيطلب منك التوقيع بالأحرف الأولى من إسمك على ورقة ملاحظات الجلسة.

ضع توقيعك بالحروف الاولى هنا: _____

تكملة إرشادات البرنامج

24- خلال جلسة الإشراف، سيقوم المُشرف السريري والمُعالج بمراجعة علاج الطفل لتحديث ودمج أي تغييرات موسى بها. إذا كان الأباء يرغبون في مناقشة أيّ منها، يُرجى إبلاغ المعالج في بداية جلسة العلاج. أي وقت يستغرق في إدخال البيانات والرسوم البيانية، وتحديث دفتر السجل، أو مناقشة قضايا البرنامج يُعتبر وقتاً قابلاً للفوترة.

25- الإشراف مطلوب بما لا يقل عن ساعتين شهرياً و 4 ساعات كحد أقصى شهرياً، يتطلب البرنامج العلاجي لـ Pediatric Therapy Studio, LLC ما لا يقل عن ساعتين من الإشراف شهرياً.

26- الفواتير: تواريخ الاستحقاق لكل فاتورة. سيتم محاسبتك شهرياً عن أي أرصدة مُستحقة. نحن نتواصل مع عملائنا لحل الحسابات المتأخرة في جميع الحالات. إذا لم تتمكن من الوصول إلى العميل عن طريق الهاتف بعد رجوع البريد الغير قابل للتسليم، أو إذا تعذر عن تنفيذ عقد إتفاقية الدفع الخاصة بالعميل أو على النحو المُتفق عليه، نحن مجبرون على استخدام خدمات وكالة متخصصة في تحصيل الديون. فيمُجرّد وضع حساب لدى وكالة التحصيل، لا يُمكننا إسترجاع الحساب. ولهذا نرجو منكم اعلامنا متى طرأ تغيير على عنوانكم وأرقامكم الجديدة فور تغييرها حتى نتتمكن دائماً من الوصول إليكم، إذا لزم الأمر لمناقشة الحسابات المتأخرة.

27- يُرجى الإتصال بمشرفك السريري بشأن أي أسئلة أو مخاوف تتعلق بالعلاج. إن التأكيد على أهمية الاستمرارية بين المشترك و Pediatric Therapy Studio, LLC بما فيه الكفاية. ذلك لأن هدفنا هو تطوير علاقة صادقة مُنفّحة وداعمة للحياة في منزلك بدلاً من مناقضتها.

نحن نُدرك جيداً تأثيرنا كنموذج يحتذى به طفلك، وبدون معرفتك الواسعة لطفلك، لن نستطيع أن نساعدك في تعزيز نموه. ولهذا فإن العاملين في Pediatric Therapy Studio, LLC مستعدون دائماً لمناقشة وضع طفلك وتطوره. من فضلك نرجو الأخذ بعين الاعتبار أن المعالج والمشرفين يعملون مع عائلات متعددة وقد لا يتمكنون من الرد على المكالمات في الحال. إذا كان ذلك ممكناً، أرسل بريداً إلكترونيّاً أو رسالة نصية، وتوقع الرد في غضون 48 ساعة.

28- لقد أُعطيت لي نسخة من إرشادات برنامج Pediatric Therapy Studio, LLC

الاسم (مطبوعاً): _____
الصلة: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____

بيان حقوق الفرد المشارك

لديك الحق في:

- أ) تلقي الخدمات بغض النظر عن العرق أو العقيدة أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو التوجه الجنسي أو العُمر أو الإعاقة؛
- ب) استيعابك إلى حد معقول في حالة الإعاقة الحسية أو الجسدية، والقدرة المحدودة على التواصل وإجادة محدودة باللغة الانجليزية والاختلافات الثقافية؛
- ت) التعامل معك باحترام وكرامة وخصوصية، بإستثناء أنه يجوز للموظفين القيام بعمليات تفتيش معقولة للكشف عن الممنوعات ومنع حيازتها في المبنى؛
- ث) عدم التعرض للتحرش الجنسي؛
- ج) أن تكون التعاملات خالية من الاستغلال، بما فيها الاستغلال المادي والمالي؛
- ح) أن يكون التعامل مع جميع معلوماتك السريية والشخصية بما يتوافق مع السرية حسب القوانين الفدرالية والخاصة بأنظمة الولاية؛
- خ) مراجعة سجلك السريري في حضور المسؤول أو من ينوب عنه والحصول على تصريح فرصة لطلب التعديلات أو التصحيح؛
- د) تقديم شكوى أو تظلم الى الوكالة ، وزير الصحة والخدمات البشرية الامريكي إذا كان ذلك بالإمكان، إن كنت تعتقد أن حقوقك قد إنتهكت.
- ذ) تقديم شكوى إلى مكتب الترخيص بفرجينيا إذا شعرت أن الوكالة قد إنتهكت أحد بنود الأنظمة التي تحكم وكالات الصحة السلوكية.

إسم الطفل: _____

الإسم المطبوع للوالد/ الوالدة: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

الإقرار بعقد الموافقة ونموذج الموافقة

التاريخ: _____

اسم الطفل:

- 1- الموافقة المستنيرة: أوافق على أن يتلقى طفلي خدمات من Pediatric Therapy Studio, LLC باستخدام التقنيات والتدخلات القائمة على تحليل السلوك التطبيقي ABA.
- 2- إخلاء المسؤولية: أوافق على مشاركة إبني / إبنتي في جلسات علاج ABA، وأوافق نيابة عن القاصر المذكور أعلاه على جميع شروط وأحكام هذه الاتفاقية.
- 3- الإقرار بإستلام كُتَيْب الوالدين: هذا إقرار بأنني تلقيت وقرأت وفهمت كتيب الاهل بالكامل.
- 4- بيان حقوق الفردية للمشاركين: هذا إقرار بأنني تلقيت وقرأت وفهمت حقوق طفلي وحقوقى الفردية.

إسم الطفل: _____

الإسم المطبوع للوالد/ الوالدة: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

نموذج الموافقة على خدمات تحليل السلوك التطبيقي

تصف هذه الوثيقة طبيعة إتفاقية الخدمات المهنية المُتَّفَق عليها، وحدود تلك الخدمات والحقوق والحماية الممنوحة بموجب محلل السلوك وإرشادات مجلس الاعتماد للسلوك المسؤول لمحللي السلوك.

سأُتلقى نسخة من هذا المُستند للإحتفاظ بها في سجلاتي.

• فريق العلاج والأهداف: أنا، _____ (الوالد / الوصي)

أوافق على أن يشارك طفلي _____ في تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وخدمات التقييم و/أو العلاج على يد Pediatric Therapy Studio, LLC. وقد فهمت بأنه ستتم مناقشة الانشطة المحددة والأهداف والنتائج المرجوة من خدمات ABA هذه بشكل كامل معي، وأدرك بأنه سيتاح لي طلب التوضيحات قبل التوقيع على هذه الوثيقة. كما أنني مدرك بأن لي الحق في طرح أسئلة للمتابعة طوال مسار تقديم الخدمة لضمان كامل للمشاركة. تمتلك شركة التأمين و / أو CSB أيضاً حقوقاً فيما يتعلق بالخدمات المقدمة، وان الخدمات وأنواع الخدمات تخضع لموافقة شركة التأمين المؤمن لديها، أو مجلس CSB. كما أفهم أنه سيتم تصميم هذه الخدمات في المقام الأول بما فيه مصلحة طفلي. ويعتبر أي أفراد أو وكالات أخرى (مثل الأشقاء والعائلة ومقدمو الرعاية النهارية) الذين قد يتأثرون بـ ABA عملاء ثانويين.

التقييم: سيركز جزء من خدمات ABA على زيادة مهارات طفلي، ومما فهمته هو أن بضعة جلسات قد تصل إلى خمس جلسات ستتكون من أنشطة تقييم مصممة خصيصاً لتقييم مهارات طفلي الحالية. (أ) (على سبيل المثال، تقييم السلوك والتقدم) و(ب) تحديد الاستراتيجيات والتدخلات التعليمية التي من شأنها أن تثبت فعاليتها (أي تقييمات التفضيل، وتقييم إستراتيجية التحفيز). جزءاً من خدمات ABA تمَّ تصميمه لتحسين المشاكل السلوكية القائمة. انني مدرك بأن بداية هذه الخدمات ستشمل التقييم الوظيفي و/أو أنشطة التحليل الوظيفي (أي المقابلات، قوائم المراجعة، والملاحظات المباشرة) المصممة لتوفير المعلومات الهامة لتطوير إجراءات العلاج الفعالة، وقد يُطلب مني المساعدة في جمع بعض هذه المعلومات عن طريق تسجيل المشكلة السلوكية عند حدوثها. قد تستغرق العملية من إسبوع إلى إسبوعين قبل تنفيذ التدخل.

المعالجة: أفهم أن الخدمات اللاحقة سوف تركز على تطوير وتنفيذ الإجراءات التعليمية و/أو خطة التدخل السلوكي. قبل ذلك التنفيذ سوف أتلقى نتيجة مطبوعة من نتائج عملية التقييم والإجراءات أو خطط التدخل السلوكي المقترحة لموافقتي. محتويات تلك المُستندات سيتم شرحها لي بالكامل وسيتم الرد على أي أسئلة لدي بشكل مُرضٍ. التنفيذ اللاحق سيشمل التدريب على أساسيات ABA المهمة للتدخل وتفاصيل حول المكونات المحددة لتدخل ABA والممارسة المباشرة في المكونات للأسرة والمعلمين و/أو مقدمي الخدمات للآخرين

وقع الصفحة بالحروف الأولى من اسمك: _____

إسم الطفل: _____

نموذج الموافقة على خدمات تحليل السلوك التطبيقي (تابع)

العلاج القائم على إثبات: محللو السلوك مُلزَمون أخلاقياً بتقديم العلاجات التي تمّ دعمها علمياً بإعتبارها الأكثر فعالية لإضطرابات طيف التوحد. أنني مدرك بأن التدخلات الأخرى التي أتابعها قد تُؤثر على إستجابة طفلي لعلاج الـ ABA وبالتالي من الأهمية بمكان اطلاع محلل السلوك على هذه التدخلات والإشتراك مع محلل السلوك لتقييم أي آثار علاجية ضارة مرتبطة بهذه التدخلات. كما أنني مدرك بأن لجوئي إلى أي تدخلات بديلة قد يؤثر على الدافع أو الصحة. ولذلك سوف أبلغ مشرفي المعتمد من جمعية BCBA.

المشاركة: انا مدرك تماماً بأن المشاركة الكاملة في نشاطات التنفيذ والتدريب هذه، هي أمر بالغ الأهمية لتحقيق نتيجة ناجحة. كما أنني مدركة بأنني مطالب بالمشاركة بشكل غير مباشر أو مباشر بمعدل لا يقل عن 50% من وقت الجلسة، مع تخصيص أوقات اضافية خلال الجلسات الأولية عند تنفيذ أنشطة بناء العلاقات والتقييم. ان جمع البيانات المستمر من شأنه أن يسهل عملية تقييم فعالية التدخل ويساعد في تطوير أي مراجعات يجب إجراؤها لضمان نتيجة جيدة. عندما تتحقق الأهداف المتفق عليها، سنناقش حينها وقف الخدمات لأننا سنكون قد حققنا الأهداف العلاجية. بالإضافة إلى ذلك، في مراجعات التقدم المنتظمة، قد نناقش أيضاً ما إذا كان إستمرار الخدمات مفيداً والحوازر التي تقف عائقاً في طريق الإستمرار.

حق الرفض: أحتفظ بالحق في الإنسحاب في أي وقت من هذه الخدمات، وما فهمته هو أن مثل هذا الإنسحاب لن يؤثر على حق الطفل في الخدمات. في حال الإنسحاب، سوف سيكون المدير السريري أو مشرف BCBA متاحاً لمناقشة تقديم الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، أحتفظ بحقي في رفض العلاج المقدم، في أي وقت.

إسم الطفل: _____

الإسم المطبوع للوالد/ الوالدة: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

الموافقة المستنيرة

إسم الطفل: _____

تاريخ الميلاد: _____

أنا _____ (الوالد / الوصي) أوافق على أن يتم تقييم طفلي

ومعالجته من قبل Pediatric Therapy Studio, LLC. وادرك

بأن هذه الخدمات تعتمد على نموذج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وسيتم توفيره بواسطة متخصص مدرب في ABA. كما أنني مدركٌ بأن قوانين الولاية تتطلب انتهاك السرية في ظروف معينة، وعلى وجه التحديد إذا حكم عليّ محلل السلوك بانني اشكل خطراً على نفسي و/أو على الآخرين، أو إذا كان هناك إشتباه في إساءة معاملة الأطفال. كما أنني فهمت بأن مؤسسة Pediatric Therapy Studio, LLC متخصصة في تقديم وعلاج مشاكل السلوك بالإضافة إلى إكتساب المهارات وإذا وجدت Pediatric Therapy Studio, LLC عدم قدرتها على تلبية إحتياجاتي الخاصة سيتم إحالتي الى وكالة أو فرد مناسب.

الخدمات: تقوم مؤسسة Pediatric Therapy Studio, LLC بتنفيذ تحليل السلوك التطبيقي لخدماتها، والذي يتكون من مجموعة متنوعة من التقنيات لإستخدامها أثناء العلاج. سوف يتم تشجيعك للتدرب على مهارات مختلفة وعرضها على الجلسات. سيتم إستكشاف خطة علاج ذات أهداف محددة ومحدثة وفقاً لجدول خطة العلاج. وقد تُقدّم لك توصيات للعلاج الإضافي و/أو العلاج المكثف، اذا استدعى الأمر.

عندما يكون العميل قاصراً دون سن الـ 14 عاماً، يلزم مشاركة الوالد/ الوصي/ مقدم الرعاية أثناء جميع الزيارات مع العميل. وستكون المعلومات محدودة مراعاة للسرية مع الأطفال في جميع الأعمار. مشاركة الأسرة جزء مهم من العلاج. سيحتاج الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً إلى توقيع الوالد (أو الوصي القانوني) لتلقي أي شكل من أشكال العلاج. يمكن توجيه أسئلتكم المتعلقة بالخدمات الى المدير السريري على الرقم 703-663-4808 أو

على البريد الإلكتروني info@pediatrictherapystudio.com

إسم الطفل: _____

الإسم المطبوع للوالد/ الوالدة: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

نموذج الموافقة على تقييم السلوك الوظيفي

كطريقة لتقديم أفضل خدمة لطفلك، نود القيام بعملية تقييم السلوك الوظيفي (FBA).

تقييم السلوك الوظيفي هو عملية جمع المعلومات للمساعدة في التعرف على سلوكيات الطالب التي تتدخل في التعلم، وتحديد سبب حدوث تلك السلوكيات. علماً بأن تحليل السلوك الوظيفي قد يشمل، ولا يقتصر على ما يلي:

- المقابلات المكتملة مع المعلم / أو المعلمين، والوالد / والوالدين / الوصي أو الأوصياء والطالب (إن أمكن). فيما يتعلق بسلوك الطالب.
- أدوات جمع المعلومات (على سبيل المثال، مراجعة الملفات، مقاييس تقييم السلوك، تقييم المعلم، والتقييم الذاتي للطالب).
- ملاحظة سلوكيات الطالب في البيئة المدرسية.
- جمع البيانات عن سلوكيات الطفل.

الهدف من تحليل السلوكيات الوظيفية هو جمع المعلومات للمساعدة في تطوير خطة التدخل السلوكي (BIP) لطالبك لتحسين أدائه ونجاحه في المدرسة. قد تشمل خطة التدخل السلوكي، ولا تقتصر على ما يلي:

- التدخلات لمنع وتقليل السلوكيات الإشكالية.
- تعليم سلوكيات جديدة، بديلة ومناسبة.
- الجمع المستمر للبيانات لتقييم فعالية الخطة.
- خطة السلامة أو الأمانة إذا لزم الأمر.

يتم إكمال تقييم السلوكيات الوظيفية FBA وإطلاعك عليه في غضون 15 يوم عمل بعد إنتهاء إجراء التقييم.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص هذه العملية، يرجى الإتصال بالمدير السريري على الرقم 703-663-4808.

يرجى التحقق والتوقيع أدناه للإشارة إلى ما إذا كنت توافق على تقييم السلوك الوظيفي أم لا (FBA) على طفلك.

أوافق على إجراء تقييم السلوك الوظيفي لطالبي/ لطالبتني.

لا أوافق على إجراء تقييم السلوك الوظيفي لطالبي/ لطالبتني. لم نحصل على جواب من الوالدين على طلب

إجراء التقييم السلوكي.

إسم الطفل: _____

الإسم المطبوع للوالد/ الوالدة: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

بروتوكول الإبلاغ عن إساءة استخدام السرية

أفهم أنه يجب التعامل مع جميع المعلومات المتعلقة بتقييم طفلي وعلاجه بسرية تامة. لن يتم الكشف عن أي معلومات تتعلق بالعميل، سواء كانت شفوية أو مكتوبة، لأي وكالة أو لأي فرد دون الحصول على موافقة كتابية صريحة من الوصي القانوني للعميل. بموجب القانون، فإن قواعد السرية لا يتم الحفاظ عليها في ظل الشروط التالية:

1. إذا تم الإبلاغ عن، أو الشك في، احتمال حدوث إساءة أو إهمال قاصر أو معاق أو مسن فعلى المهني المعني إبلاغ إدارة الأطفال والعائلات للتحقيق في الأمر.
2. إذا تلقى المهني المعني، أثناء سير الخدمات، معلومات تُفيد بأن حياة شخص ما في خطر، يكون من واجب المهني المعني تحذير الضحية المُحتملة.
3. إذا تم استدعاء سجلاتنا أو سجلات المُتعاقدِين معنا أو طُلب من موظفينا الشهادة بأمر من المحكمة، فمطلوب منا تقديم المعلومات المطلوبة أو المثل أمام المحكمة للإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالعميل.

إسم الطفل: _____
إسم الوالد/الوالدة مطبوعا: _____
الصلة: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____

الإذن بالتصوير / تصوير فيديو

أعطي الإذن والموافقة لـ Pediatric Therapy Studio, LLC على تصوير طفلي و/أو "تصويري" أثناء التحاق طفلي في الخدمات، مدركاً بأن هذه الصور قد تستخدم في عروض تقديمية للتدريب على التعليم.

أنا لا أعطي إذن ولا أوافق على تصوير طفلي و/أو تصويري أثناء تسجيل طفلي في الخدمات.

أعطي الإذن لـ Pediatric Therapy Studio, LLC لإستخدام صور ملء الوجه لطفلي من أجل أهداف ترويجية أو تسويقية.

لا أمنح إذناً لـ Pediatric Therapy Studio, LLC بإستخدام صور ملء الوجه لطفلي من أجل أهداف ترويجية أو تسويقية.

أعطي الإذن لـ Pediatric Therapy Studio, LLC **بتسجيل و/أو شريط صوتي** لي ولطفلي خلال فترة التحاق طفلي في الخدمات. أفهم أن هذه الأشرطة لن تستخدم خارج الشركة وستبقى سرية. كما أنني مدرك بأن الأشرطة سستخدم لأغراض تطوير خطط تعليمية وعلاجية أكثر فعالية لطفلي ولي أيضاً لغرض التعليم والتدريب لـ Pediatric Therapy Studio, LLC.

لا أمنح إذناً لـ Pediatric Therapy Studio, LLC **بتسجيل و/أو شريط صوتي** لي أو لطفلي خلال وقت التحاق طفلي بالخدمات.

إسم الطفل: _____

إسم الوالد/الوالدة مطبوعاً: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

تنسيق الخدمات

إذا كان طفلك يتلقى أياً من الخدمات التالية، أذكر عدد ساعات الخدمة في اليوم وتكرار الخدمة (يومياً/أسبوعياً/شهرياً)

إسم طبيب الأطفال: _____
إسم عالم النفس التربوي: _____
إسم طبيب الأعصاب: _____
إسم الرعاية / المدرسة: _____

خدمات التعليم الخاص _____
إدارة الحالات التي تستهدف رعاية الطفل (CW_TCM) _____
مُساعد العناية الشخصية _____
إدارة الحالة المستهدفة للصحة العقلية (MH_TCM) _____
العلاج الترفيهي _____
طبيب نفس _____
علاج طبيعي _____
علاج النطق _____
علاج وظيفي _____
نوع آخر _____

**إذا كانت عائلتك لا تتلقى حالياً خدمات العلاج النفسي، فهل هذا شيء تهتم به؟

يرجى الإشارة إلى إجابتك أدناه:

نعم _____ لا _____ ربما لاحقاً _____

إسم الطفل: _____
إسم الوالد/الوالدة مطبوعاً: _____
الصلة: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____

المسؤولية المالية

- من المتوقع أن يدفع العملاء الذين ليس لديهم أي تغطية تأمينية على أساس شهري. سيتم إرسال الفاتورة في بداية الشهر التالي لإستلام الخدمات مع توقع الدفعة بنهاية الشهر. يمكن تطبيق مقياس متدرج لإستيعاب الصعوبات المالية وتعامل كل حالة على حدة.
- العملاء الذين لديهم تغطية تأمينية: يكون العميل مسؤولاً عن توفير المعلومات الصحيحة والكاملة عن التأمين، وتوفير بطاقة التأمين الصادرة لهم، في حالة تغيير تغطيتهم، في غضون خمسة أيام عمل.
- من المهم بالنسبة لك أن تتأكد من أن مؤسستنا مشمولة ضمن شبكة التأمين التي تغطيها، وأنها معتمدين كمزودي خدمات لديهم.
- إذا كانت مؤسستنا معتمدة حالياً لدى شركة تأمينك، من الضروري إكمال النماذج اللازمة وتقديمها، وسيتم إصدار فواتير التأمينات الثانوية في حالة تواجدها.
- يتحمل العميل مسؤولية دفع أي دفعة مشتركة أو أي جزء من الرسوم كما هو محدد في خطة تأمينه الصحي وقت الزيارة.
- أي خدمات طبية لا تغطيها خطة التأمين الفردية هي مسؤولية العميل و السداد بالكامل مستحق وقت الزيارة. يجب معالجة قضايا التغطية المحدودة من قبل قسم خدمات المؤمنين لدى شركة التأمين (رقم الهاتف موجود على بطاقة التأمين بالخلف).
- العميل مسؤول عن ضمان تقديم أي إحالات مطلوبة للعلاج الى العيادة وقت الزيارة. قد يتم إعادة جدولة الزيارات أو قد يكون المريض مسؤولاً مالياً بسبب عدم وجود الإحالة.
- نحفظ بالحق في فرض رسوم على إستكمال النماذج والخطابات والرسائل. على سبيل المثال، التأمين، أو برامج مختلفة، ونسخ السجلات.
- قد يحوّل أي رصيد مستحق لم يتم دفعه بالكامل أو بموجب إتفاقية خطة سداد/دفع إلى وكالة تحصيل خارجية.
- قد يتم فرض رسوم "عدم الحضور" / الإلغاء المتأخر على العملاء الذين لا يقدمون إشعاراً قبل 24 ساعة على الأقل لإلغاء المواعيد المجدولة أو الذين يفشلون في الحفاظ على المواعيد المجدولة دون الإتصال بسكرتير الجدولة أو الطبيب.

إسم الطفل: _____

إسم الوالد/الوالدة مطبوعاً: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)

إشعار حول ممارسات الخصوصية: يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية الخصوصية الخاصة بالعميل والكشف عنها وكيف يمكن للعميل الوصول الى هذه المعلومات. يرجى مراجعتها بعناية.

تدرك شركة Pediatric Therapy Studio, LLC بأنها تجمع المعلومات الطبية الخاصة و/أو التي يُحتمل أن تكون حساسة حول كل عميل و/أو عائلة العميل. نسمي هذه المعلومات "المعلومات الصحية المحمية". هذا الإشعار يشرح حقوق خصوصية العميل ويتناول كيف تستخدم Pediatric Therapy Studio, LLC المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها.

لا تستخدم شركة Pediatric Therapy Studio, LLC أو تكشف عن المعلومات الصحية المحمية ما لم يُسمح بها أو يفرضه عليها القانون.

يجب أن تلتزم شركة Pediatric Therapy Studio, LLC بالقوانين التي تهدف إلى تأمين خصوصية العميل المحمي وتُعرف هذه القوانين باسم قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). عندما نستخدم المعلومات الصحية المحمية أو نكشف عنها، سنبذل قُصارى جهدنا الحد من استخدامهم ومستوى الإفصاح عنه بحيث لا يتعدى الحد الأدنى الذي نراه ضرورياً لتحقيق الغرض المقصود. يرجى ملاحظة أن أحكام الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار لا تنطبق على المعلومات الصحية التي لا تذكر هوية العميل أو أي شخص آخر.

لمزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية المتبعة في Pediatric Therapy Studio, LLC، أو لتلقي نسخة أخرى من هذا الإشعار، يرجى الإتصال بـ:

Pediatric Therapy Studio
8221 Old Court Road, Suite 105
Vienna, VA 22182

أو قم بزيارة موقعنا على الإنترنت www.pediatrictherapystudio.com

إسم الطفل: _____

إسم الوالد/الوالدة مطبوعاً: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

المعلومات الصحية المحمية

المعلومات الصحية المحمية هي معلومات عن العميل تتعلق بالماضي والحاضر والمستقبل لحالة الصحة العقلية أو العلاج أو الدفع مقابل العلاج الذي يمكن استخدامه لتعريف الزبون.

يتضمن ذلك أي معلومات سواء كانت شفوية أو مسجلة بأي شكل، تم انشاؤها أو تم استلامه من قبل Pediatric Therapy Studio, LLC. يتضمن هذا ايضا المعلومات الإلكترونية أو المعلومات الواردة بأي وسيلة أخرى يمكن من خلالها تحديد هوية العميل. يجوز للمريض إلغاء هذه الموافقة كتابياً في أي وقت، وستتوقف جميع عمليات الكشف المستقبلية. قد تشترط تلقي علاجاً بديلاً بناء على إبطال هذه الموافقة.

يدرك المريض أن:

- قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية أو استخدامها للعلاج أو لدفع مستحقات أو لعمليات الرعاية الصحية.
- لدى المؤسسة إشعاراً بممارسات الخصوصية يحق لكل مريض الإطلاع عليه.
- تحتفظ المؤسسة بحق تغيير إشعار ممارسات الخصوصية
- يحق للمريض تقييد استخدام المعلومات الخاصة به، الا أن المؤسسة غير مُلزَمة على الموافقة على تلك القيود.

إسم الطفل: _____

إسم الوالد/الوالدة مطبوعاً: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

إقرار بإستلام إشعار الخصوصية HIPPA لموسستنا

مطلوب من الـ Pediatric Therapy Studio, LLC بموجب القانون حفظ معلوماتك الطبية في مكان آمن.

هذه المعلومات قد تشمل:

- ملاحظات من طبيبك أو معلمك أو أي مقدم رعاية صحية آخر.
- تاريخك الطبي.
- نتائج المختبرية والطبية.
- ملاحظات العلاج.
- معلومات التأمين.

نحن مطالبون بموجب القانون أن نعطيك نسخة عن إشعار الخصوصية الخاص بنا. هذا ويمكن رؤيته من خلال تحميله من موقعنا الإلكتروني على الإنترنت.

يخبرك هذا الإشعار كيف يتم إستخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها، كما يخبرك كيف يمكنك إلقاء نظرة على معلوماتك والتعليق عليها.

بتوقيعك على هذه الصفحة، فأنت تُصرِّح بأنه قد تم إعطاؤك نسخة من إشعار الخصوصية.

نموذج تفويض

- 1- لقد تلقيت، قرأت وفهمت إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بكم. وأدرك بأنه يحق لـ Pediatric Therapy Studio, LLC تغيير إشعار ممارسات الخصوصية من وقت إلى آخر، وأنه من الممكن أن أتصل بهذه المؤسسة في أي وقت في مكتبها للحصول على نسخة حالية من إشعار الممارسات الخاصة.
- 2- أفهم أن رسوم الخدمات المقدمة تستحق الدفع في نهاية كل جلسة وأن ABA تستحق الرسوم الشهرية في غضون خمسة أيام من تاريخ الفاتورة المكتوبة.
- 3- أدرك أنه سيتم إرسال فاتورتي للخدمات عبر البريد الإلكتروني الى العنوان الذي قدمته ما لم ينص على خلاف ذلك.
- 4- أعطي الإذن لـ Pediatric Therapy Studio, LLC لتقديم التقييم والعلاج والخدمات الإستشارية للعميل المذكور أدناه.
- 5- أفهم أنني أمتح Pediatric Therapy Studio, LLC إذناً للتواصل معي عن جلسات العلاج والتقدم الذي يحرزه طفلي عبر البريد الإلكتروني.
- 6- سيحصل كل عميل على وصول الى بوابة الوالدين (رابط للأهل) حيث يمكنهم قراءة الملاحظات السريرية الخاصة بأطفالهم، خطة الرعاية والتقييم والتقارير المرحلي

عنوان البريد الإلكتروني (رابط الأهل) للوالد لبوابة الوالدين: _____

لقد قرأت السياسة أعلاه وأوافق على الإلتزام بها.

الإسم المطبوع للوالد / مقدم الرعاية / الوصي: _____

الإفصاح عن معلومات التأمين

إسم الطفل: _____

تاريخ الميلاد: _____

التأمين الأولي: _____

التأمين الثانوي: _____

إسم المؤمن: _____

تاريخ ميلاد المؤمن: _____

- 1- يجب أن يتم الدفع وقت تقديم الخدمات. نقبل بالدفع النقدي، أو الشيكات أو بواسطة بطاقات الإئتمان الرئيسية (فيزا، ماستركارد، وديسكوفر Visa or Mastercard, and Discover)
- 2- يجب إلغاء المواعيد قبل 24 ساعة. رسوم الإلغاء لدينا هي 60 دولار (ستون دولار أمريكي)، علماً بأن التأمين لا يتحمل مصاريف الإلغاء.
- 3- سيتم فرض رسوم العلاج بالكامل على جميع المواعيد التي يتخلف العميل عن حضورها.
- 4- تتحمل الشيكات المُرْتَجَعَة رسوماً إضافية مقدارها 40 دولار (أربعين دولار أمريكي)
- 5- تُرسل الفواتير غير المسددة إلى قسم التحصيل بعد 90 يوماً.

أوافق على دفع جميع الرسوم فور إصدار الفواتير مقابل الخدمات المقدمة، وأقبل المسؤولية القانونية عن أيٍّ وجميع الرسوم المتستحقة عن المريض أعلاه.

إسم الوالد / مقدم الرعاية / الوصي

نموذج تفويض التأمين

أفوض، أنا الموقع أدناه، بموجبه، مؤسسة Pediatric Therapy Studio, LLC بتقديم طلب الخدمات الصحية بالنيابة عني.

أقر بموجبه بأن المعلومات التي قدمتها فيما يتعلق بالتغطية التأمينية الخاصة بي صحيحة، وأخول المؤسسة كذلك بإعطاء أي معلومات ضرورية بما في ذلك المعلومات الطبية المتعلقة بهذا الطلب أو بأي طلب آخر ذي صلة بالفواتير المذكورة أعلاه أو في حالة (أو في حالة خطة B من برنامج Medicare إلى إدارة الضمان الاجتماعي وإدارة تمويل الرعاية الصحية و/أو شركة التأمين التي توفر لي التأمين الصحي).

أوافق على تحديث معلومات التأمين الخاصة بي في حالة تغييرها في غضون 10 أيام.

أصرح باستخدام نسخة من هذا التفويض بدلاً من الأصل. يمكن إلغاء هذا التفويض إما من قبلي أو من قبل الإسم المذكور في أي وقت كتابياً.

أطلب أن يتم دفع تكاليف المعالجة الطبية المصرح بها إما لي أو لمن ينوب عني في Pediatric Therapy Studio, LLC لأي خدمة مقدمة لي أو مزود طبيبي.

الإسم المطبوع للأهل / مقدم الرعاية / الوصي

سياسة المواعيد والإلغاء

لترى التقدم في العلاج، يجب أن نرى طفلك! لكل طفل تُخصّص ساعات محددة للعلاج، تُحجز خصيصاً له/ لها. إذا كنت بحاجة الى إلغاء أو تغيير الوقت، يجب إبلاغنا في أسرع وقت ممكن.

يُفضّل الإلغاء قبل 24 ساعة ولكن لتجنب دفع رسوم الإلغاء، يجب أن نتلقى مكالمة الإلغاء قبل أو في الساعة 8 صباحاً من يوم الجلسة المقررة. يُرجى ترك رسالة صوتية على رقم المكتب.

عدم الحضور في الموعد أو تلك المواعيد التي تمّ إلغاؤها بعد الساعة 8 صباحاً، سيتمّ تحصيل سعر الجلسة بالكامل. ونُشجع على أخذ جلسة بديلة للتعويض عنها، وهذا أمرنا نشجعه، لكن رسوم الإلغاء المتأخر تبقى سارية.

نحن نحب أن نرى طفلك يحرز تقدماً، لذلك نحن متشددون في تشجيع الحضور! ولذلك فإننا في الحالات التي لا يحضر فيها العميل ثلاثة جلسات بدون الاتصال للإلغاء، ننهي علاجه. كما أننا نوقف العلاج أيضاً عندما تحدث الإلغاءات المتكررة دون إعادة الجدولة.

معدل الحضور الضروري هو 85%.

التنسيق شيء جيد. إذا تم التعويض عن ما مضى خلال أسبوعين من تاريخ الإلغاء، لن يتم احتساب الموعد المُلغى ضمن الغياب المسموح به لطفلك.

قد يكون التعويض عن جلسة ملغاة غير ممكننا الا مع معالج مختلف. عند حدوث ذلك، نعتقد بأن رؤية معالج مهني أو معالج نطقي مختلف هي فرصة رائعة لاكتساب أفكار جديدة ومساعدة طفلك على تحمل التغييرات / تشجيع المرونة.

يرجى أخذ العلم بسياستنا المرضية الجديدة، حيث تم تطويرها للمساعدة في الحفاظ علينا جميعاً (المعالجين، العائلات، العملاء، الأشقاء، إلخ) أصحاء ومتعافون لهذا العام!

إذا قررت إنهاء العلاج، يلزم تقديم إشعاراً قبل مدة أسبوعين لجميع المرضى.

في الأحوال الجوية السيئة، يُرجى مراجعة موقعنا على الإنترنت أو الإتصال بالمكتب. إذا لم تجد أي ذكر للأحوال الجوية، هذا يعني بأن الجلسات ستسير كما هو مُقرر. وفي حالة عدم القدرة على الحضور، سيعمل معالجك بإعادة جدولة ما فاتك قدر الإمكان.

لقد قرأت السياسة أعلاه وأوافق على الإلتزام بها.

الاسم المطبوع للوالد / مقدم الرعاية / الوصي

إقرار بإستلام كتيب ولي الأمر

هذا إقرار بأنني إستلمت، قرأت وفهمت كتيب الوالدين بالكامل.

إسم الطفل: _____

إسم ولي الأمر مطبوعاً: _____

الصلة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____