



Exención de Opciones Comunitarias Plan de Apoyo para Dirección del Participante

Información del participante			
Nombre del participante:		# ID de Medicaid:	
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Información de contacto del empleador de registro designado (si corresponde)			
Nombre:		Relación con el participante:	
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Información de contacto del administrador de casos:			
Nombre del administrador de casos:		Nombre de la agencia:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

Sección Uno – Mis necesidades (el administrador de casos debe completar esta sección)

Necesidades y/o riesgos que deben abordarse por Servicios de Apoyo Personal a través de la dirección del participante:

Descripción de servicios – Actividades que deben desempeñarse:

Sección Dos – Tareas de empleados

Documente las tareas específicas con la actividad correspondiente que sus empleados desempeñarán para usted. Esto debería incluir sus preferencias sobre cómo se completarán las actividades y también

puede usarse para desarrollar una descripción del trabajo. Por ejemplo, si la actividad es preparación de comidas, las actividades específicas podrían ser preparar cenas una vez por semana que pueden congelarse y volverse a calentar en el microondas.

Mis empleados realizarán las tareas abajo para cada tarea donde yo tengo una necesidad identificada en mi plan de servicios:

Actividad	Tareas específicas
Comer	
Bañarse	

Vestirse	
Arreglo personal	
Usar el baño	

Movilidad funcional	
Limpieza doméstica ligera	
Ir de compras	

<p>Preparación de comidas</p>	
-------------------------------	--

Sección Tres - Reclutamiento y contratación

Ponga una marca junto a cada una de las maneras como usted planea reclutar a sus empleados.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sitios de redes sociales | <input type="checkbox"/> Departamentos de servicios de carreras |
| <input type="checkbox"/> Oficinas de empleo | <input type="checkbox"/> Ciertas clases universitarias sobre cuestiones de discapacidades o servicios de salud |
| <input type="checkbox"/> Supermercados | <input type="checkbox"/> Agencias de servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Lavanderías | <input type="checkbox"/> Periódico en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Iglesias | <input type="checkbox"/> Guías de publicidad semanales gratuitas |
| <input type="checkbox"/> Colegios comunitarios o universidades | <input type="checkbox"/> Centro para una vida independiente |
| <input type="checkbox"/> Centros de servicios de empleo | <input type="checkbox"/> Directorio de asistentes de FMS |

Otro (por favor especifique):

Cualificaciones de empleados

Usted puede contratar a cualquier persona mayor de 18 años, incluyendo un pariente, siempre y cuando su pariente sea elegible para trabajar en los Estados Unidos y cumpla con los estándares del programa para las verificaciones de historial criminal o antecedentes penales. Sin embargo, usted no puede contratar a una persona que sea legalmente responsable por usted como su cónyuge o tutor legal.

Usted también puede elegir requerir cualificaciones adicionales diseñadas para satisfacer sus necesidades específicas. Por ejemplo, usted puede requerir que los empleados tengan dos años de experiencia prestando cuidados directos. Asimismo, usted puede elegir excluir a solicitantes por crímenes no incluidos en la lista de crímenes de barreras de la División.

Cualificaciones adicionales (si hay algunas):

Requerimientos de entrenamiento

Todos los empleados que usted contrate deben completar con éxito el currículo de entrenamiento de la División. Este entrenamiento es el entrenamiento mínimo que los empleados deben completar y usted tiene la capacidad para requerir un entrenamiento adicional específico a sus necesidades.

Requerimientos de entrenamiento adicional (si hay alguno):

Sección Cuatro – Plan de programación de empleados

Use la información sobre las tareas de empleados y la calculadora del presupuesto de dirección del participante para desarrollar un horario semanal para sus empleados. Esto le ayudará a determinar cuántas horas de apoyo usted necesita cada día de la semana y cómo programar mejor a sus empleados para satisfacer sus necesidades.

Para cada empleado, determine qué días y el número de horas que el empleado trabajará. Después, usted puede calcular los totales de horas diarias y semanales. Un empleado no puede trabajar más de 40 horas por semana.

Nombre del empleado	DOM	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	Total
Horas totales:								

Sección Cinco – Plan de gastos

Ingrese la información de su plan de programación de empleados y los salarios que planea pagarles para asegurar que usted puede programar y manejar sus servicios dentro de su presupuesto dirigido por el participante.

Participante: _____ Presupuesto mensual: \$ _____

Empleador de registro: _____ Fecha: _____

Administrador de casos: _____

Periodo del plan de servicios: _____ a _____ Periodo del plan de gastos: _____ a _____

Nombre del empleado	Servicio	Promedio de horas semanales	Tasa de salario	¿Exento?	Horas mensuales	Impuestos del empleador	Costo por hora para usted	Costo total para usted
		Promedio de horas semanales no puede exceder 40 horas por semana	Tasa de salario debe ser entre \$7.25 y \$12.00 por hora	Exentos= Padres de un hijo entre 19 a 21 años No exentos= otros	Horas semanales x 4.33	Tasa de salario x 10.95%	Tasa de salario + Impuestos del empleador	Costo por hora para usted x Horas mensuales
Total de horas semanales								
Total de horas mensuales								
Presupuesto mensual								
Cantidad planeada								
Cantidad restante								Presupuesto mensual – Cantidad planeada

Sección Seis – Plan de respaldo

Elabore un plan de respaldo para una disrupción temporal en sus servicios dirigidos por el participante (su empleado llegará tarde o no se reporta a trabajar). Su plan de respaldo puede incluir, aunque no se limita a:

- Buscar asistencia temporal de un familiar o amigo
- Contactar a su administrador de casos para que haga los arreglos de un servicio o apoyo alternativo
- Emplear a un cuidador alternativo o de turno

Un plan de respaldo no debería incluir llamar al 911 porque los servicios de respuesta de emergencia no tienen la intención de proveer cuidados de rutina.

Sección Siete – Plan de emergencias

Cuando usted tiene un plan para enfrentar diferentes tipos de emergencias como emergencias médicas, pandemias, hospitalizaciones, incendios, fallas de electricidad, clima severo y otros desastres naturales, puede ayudar a mantenerle seguro(a) y minimizar cualquier lesión o daño. Cuando elabore su plan, usted debería:

- Hacer una lista de las personas que puede contactar para cada tipo de emergencia.
- Planear cómo contactar a sus familiares y empleados si hay una falla de electricidad o desastre natural.
- Hacer una lista de los medicamentos y equipo que necesita llevarse con usted si debe evacuar su hogar.
- Organizar su información médica, información de contactos de emergencia y, si corresponde, información de su testamento en vida y colocarlas juntas en un lugar de fácil acceso.
- Almacenar alimentos y agua adicionales en caso de una emergencia de clima severo u otro desastre natural.
- Documentar los procedimientos en caso de que usted tenga una emergencia.
- Discutir e incluir a sus empleados en la elaboración de su plan de emergencia.

Información de contactos de emergencias – Profesional	
Información médica	
Doctor	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Dentista	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Optometrista	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Seguro médico	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Hospital	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Información de emergencia – Personal	
Miembro de la familia	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Miembro de la familia	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Amigo	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	
Amigo	
Nombre	
Dirección	
Teléfono	

Procedimientos de emergencia	
Lesiones/enfermedades graves	
A quién llamar	
Teléfono	
Información importante y plan	
Crisis de salud mental o del comportamiento	
A quién llamar	
Teléfono	
Información importante y plan	
Clima severo o desastre natural	
A quién llamar	
Teléfono	
Información importante y plan	
Falla de electricidad	
A quién llamar	
Teléfono	
Información importante y plan	

Lista de alergias	
A quién llamar	
Teléfono	
Información importante y plan	
Números de teléfono adicionales	
Departamento de Policía	
Departamento de Bomberos	
Control de Venenos	
Si tiene dudas, marque: 911	

Sección Ocho – Firmas

Firma del participante o empleador de registro designado Fecha

Firma del administrador de casos Fecha