



## Servicios de asistencia en el hogar (IHSS) - Plan de responsabilidades compartidas

Nombre del miembro:	ID de Health First Colorado:
<b>Responsabilidades de la agencia de IHSS</b>	
Nombre de la agencia:	Teléfono de la agencia:
<p>Las agencias de servicios de asistencia en el hogar (IHSS, en inglés) son responsables de todo lo que se indica en esta lista. Los miembros y representantes autorizados <b>no pueden darle permiso a la agencia de IHSS para que ignore alguna de estas responsabilidades.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar servicio de respaldo las 24 horas del día para las visitas programadas a los miembros cuando no haya un asistente disponible.</li> <li>• Asegurarse de que haya suficiente personal disponible. El personal debe incluir asistentes de respaldo para garantizar que se proporcionen los servicios necesarios de acuerdo con el plan de cuidados.</li> <li>• Asesorar a los asistentes y al personal sobre casos difíciles y situaciones que puedan ser peligrosas.</li> <li>• Verificar que el asistente siga todas las tareas establecidas en el plan de cuidados.</li> <li>• Administrar una prueba de validación de habilidades a los asistentes que realizarán las actividades de mantenimiento de la salud.</li> <li>• Proporcionar supervisión en el hogar para el miembro según lo recomendado por su profesional médico autorizado y según lo acordado por el miembro o su representante autorizado.</li> <li>• Administrar todos los reclamos, la facturación y el pago de los asistentes. La agencia de IHSS es el empleador legal del asistente.</li> <li>• Proporcionar al miembro los servicios básicos para la vida independiente. Capacitar, monitorear y supervisar a los asistentes mediante profesionales del cuidado de la salud con licencia.</li> </ul>	

<b>Servicios dirigidos por el participante</b>
<p>Los miembros y los representantes autorizados pueden elegir la autodirección para cualquiera de las cosas que se indican en lista a continuación. Marque la casilla que está al lado de lo que desea autodirigir. <b>Si no se marca ninguna casilla, la agencia acepta la responsabilidad de todo lo que se indica en la lista.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presentar o reclutar posibles asistentes.</li> <li><input type="checkbox"/> Entrevistar a los posibles asistentes.</li> <li><input type="checkbox"/> Capacitar a los asistentes para satisfacer las necesidades del miembro.</li> <li><input type="checkbox"/> Despedir a los asistentes que no cubran las necesidades del miembro.</li> <li><input type="checkbox"/> Programar a los asistentes de acuerdo con el plan de cuidados.</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisar a los asistentes; garantizar que los servicios proporcionados sean seguros, precisos y efectivos.</li> <li><input type="checkbox"/> Pedir una reevaluación si cambia el nivel de cuidados o las necesidades de servicios del miembro.</li> </ul>

<b>Planificación de los cuidados</b>		
<p>Como parte de este plan de responsabilidades compartidas, identifique quién participará en este proceso de colaboración con la agencia de IHSS y el administrador del caso. Se pueden marcar ambas casillas para cada elemento.</p> <p><b>IMPORTANTE</b> – Si el profesional médico que trata al miembro respondió "NO" a la pregunta 2 de la declaración de las capacidades del consumidor que está en el formulario donde el médico certifica las capacidades del consumidor, el <b>miembro requerirá un representante autorizado para dirigir</b> la planificación de los cuidados.</p>		
	<b>Miembro/Tutor legal</b>	<b>Representante autorizado</b>
Desarrollar un plan de cuidados que cubra todas las necesidades médicas y funcionales del miembro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mantener una comunicación habitual sobre la satisfacción del miembro con los servicios y las actualizaciones sobre la salud y las necesidades de servicios del miembro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaborar para mediar las disputas del plan de cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Información y declaración jurada del representante autorizado

Consulte la certificación del médico de las capacidades del consumidor del miembro. Si el profesional médico autorizado del miembro ha identificado que el miembro debe tener un representante autorizado, indique e ingrese la información de contacto del representante autorizado en esta sección. Si el profesional médico autorizado del miembro declara que el miembro puede dirigir sus propios servicios, el miembro aún puede optar por tener un representante autorizado.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono de la casa:	Teléfono celular:

Por favor, contáctenme por correo electrónico o mensaje de texto con actualizaciones (podrían aplicarse tarifas estándar de la compañía telefónica)

Por la presente, acepto ser el representante autorizado del miembro mencionado y entiendo mis responsabilidades y deberes. Además, certifico que:

- Tengo como mínimo dieciocho años de edad;
- No he sido condenado por ningún delito de explotación, abuso o agresión a otra persona; y
- No tengo ninguna enfermedad mental, emocional o física que pueda dañar al miembro.

Firma del representante autorizado:	Fecha:
-------------------------------------	--------

### Firma del miembro/tutor legal

Persona que completó este formulario:

Miembro     Tutor legal (Si es el tutor legal, incluir los documentos correspondientes)

Firma del miembro/tutor legal:	Fecha:
--------------------------------	--------

Si el miembro no puede firmar, otra persona puede ser testigo de la marca que el miembro hizo arriba.

Nombre del testigo:	Firma del testigo:	Fecha:
---------------------	--------------------	--------

### Firma de la agencia de IHSS

Nombre de la agencia:

Firma del representante autorizado:	Fecha:
-------------------------------------	--------

**Comentarios adicionales** (opcional)