



Consumer Directed Attendant Support Services (CDASS) Responsabilidades del miembro o del representante autorizado

Parte 1: Información del miembro

Nombre completo del miembro: _____

Número de identificación de Health First Colorado del miembro: _____

Parte 2: Responsabilidades

Como miembro o representante autorizado (AR, en inglés) del programa Consumer Directed Attendant Support Services (servicios de ayuda de asistentes dirigidos por el consumidor, CDASS) acepto las siguientes responsabilidades para administrar CDASS:

1. Asistir a la capacitación del programa CDASS a través de Consumer Direct for Colorado (CDCO).
2. Desarrollar un plan de gestión de la ayuda que se necesita del asistente (ASMP, en inglés).
3. Elegir un proveedor de Servicios de Gestión Financiera (FMS, en inglés).
4. Reclutar, contratar, despedir y administrar asistentes.
5. Decidir qué tipo de experiencia y certificación deben tener los asistentes para desarrollar los servicios que se necesitan.
6. Decidir los salarios de cada asistente. Los salarios no pueden ser más de lo que permite el programa y deben cumplir con las reglamentaciones de salario mínimo del estado o del municipio.
7. Completar toda la documentación de contratación para cada posible asistente y presentar esos documentos al proveedor de FMS. El acuerdo de contratación indicará claramente: salarios, servicios que se proporcionarán (limitados a las actividades de cuidado personal, de tareas del hogar o de mantenimiento de la salud), horarios y condiciones de trabajo.
8. Completar la verificación de referencias laborales de los asistentes.
9. Asegurar que FMS establezca una fecha de inicio **antes** de que los asistentes comiencen a proporcionar los servicios.
10. Explicar la función del proveedor de FMS a los asistentes.
11. Capacitar correctamente a los asistentes para que cubran las necesidades de ayuda.



12. Programar los cuidados de asistencia y asegurar que no superen el período de certificación ni el presupuesto mensual asignado del programa de CDASS.
13. Revisar todas las planillas de horas de los asistentes para verificar el tiempo trabajado, la calidad de trabajo y las firmas. Los asistentes y los miembros o los representantes autorizados deben firmar las planillas. Las planillas de horas deben reflejar el tiempo real que se dedicó a los servicios del programa CDASS.
14. Revisar los estados de gastos mensuales del miembro y hablar de los problemas de presupuesto con el administrador del caso.
15. Revisar y presentar las planillas de horas de los asistentes aprobadas ante FMS antes de la fecha límite del pago de los salarios.
16. Reportar de inmediato los errores de la planillas de horas a FMS.
17. Si es necesario cambiar los salarios, negociar los salarios con los asistentes y presentar los formularios necesarios ante FMS.
18. Entender que las falsificaciones o declaraciones engañosas relacionadas con los servicios y los asistentes pueden ocasionar penalizaciones administrativas, acusaciones penales y/o terminación por parte de CDASS.
19. Completar toda la documentación y mantener los registros de empleo.
20. Presentar los formularios de terminación al proveedor de FMS cuando renuncia o se despide a un asistente.
21. Desarrollar un plan para las emergencias. Crear un plan alternativo por adelantado, en caso de que un asistente llegue tarde o no se presente a trabajar.
22. Cumplir las reglas y regulaciones de CDASS.

Entiendo que el miembro puede lesionarse o enfermarse debido a los malos cuidados o mal desempeño de un asistente. Entiendo que puedo comunicarme con las autoridades correspondientes si soy testigo, tengo conocimiento o sospecho de malos tratos, abusos, negligencia y/o explotación del miembro por parte de un asistente. Entiendo que soy responsable de ocuparme del mal desempeño de un asistente, lo que puede incluir el despido. Como empleador de registro, el estado de Colorado no es responsable de las acciones de los asistentes.

Parte 3: Firmas

Firma del miembro o AR: _____ Fecha: _____

Fui testigo del momento en que el citado miembro firmó este documento o escuché al miembro reconocer haber firmado el documento.

Nombre completo de los testigos: _____

Firmas de los testigos: _____ Fecha: _____

