



Plan de apoyo a los servicios de vida asistida del estado

Información del participante	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección del hogar:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Situación de vivienda: ☐ Hogar grupal ☐ Hogar anfitrión ☐ Alta de ICF/hogar de ancianos ☐ Alta de hospital ☐ Vivienda independiente ☐ Hogar familiar ☐ Experimentando falta de vivienda ☐ Otro: _____	
Liste a todas las personas en el hogar del participante:	
Nombre	Relación
Nombre del representante autorizado y/o tutor legal: ☐ Representante autorizado Teléfono: ☐ Tutor legal ☐ No aplica	
Fecha de determinación de discapacidad del desarrollo:	
Plan de Apoyo	
☐ Inicial ☐ Anual ☐ Revisión	Fecha de contratación:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Categorías de apoyo que serán autorizadas (elijá todas las que correspondan):	
☐ Apoyos para personas en espera de inscripción en la exención de HCBS ☐ Apoyos para personas que experimentan dificultades temporales ☐ Apoyo a la independencia en la comunidad ☐ Apoyos continuos de SLS del Estado	

Plan de Apoyo

Explique lo que el participante desea lograr usando los servicios y apoyos en este plan:

Explique cómo los servicios y apoyos ayudarán al participante a lograr lo indicado anteriormente

Describa cómo los servicios solicitados ayudarán a reducir la necesidad del participante para un nivel de atención más alto

- ¿Cómo los servicios cumplirán sus necesidades de salud y seguridad?
- ¿Están en riesgo de quedarse sin hogar?
- ¿Están en riesgo de necesitar un lugar más restrictivo para vivir?

Otros apoyos que el participante ha intentado en el pasado:

- ☐ Apoyos naturales
- ☐ Recursos comunitarios/de terceros (bancos de alimentos, LEAP, beneficios de SNAP, etc.)
- ☐ Otro seguro
- ☐ Otros servicios de Medicaid
- ☐ Otro

Explique por qué otros apoyos, incluyendo exenciones de HCBS, no pueden cumplir las necesidades del participante:

Servicio autorizado			
Servicio autorizado y categoría del servicio	Frecuencia del servicio	Rango de fechas	Monto total autorizado

Roles y responsabilidades del participante

☐ Se ha informado al participante de sus roles y responsabilidades para participar en el programa SLS del estado.

Entiendo lo que debo hacer para participar en el programa SLS del estado. Cooperaré con mis proveedores y la agencia de gestión de casos y les proporcionaré información precisa.

Notificaré a mi gestor de casos:

- Si cambia mi estado de salud
- Si alguien se muda a mi hogar o se va de él
- Si voy al hospital, atención urgente o sala de emergencias
- Si me mudo a un hogar de ancianos o una instalación de atención intermedia
- Si me inscribo en una exención de servicios en el hogar y en la comunidad
- Si cambian mis necesidades o tengo un problema con mis servicios

Roles y responsabilidades del gestor de casos

☐ Se ha informado al participante de los roles y responsabilidades del gestor de casos.

El gestor de casos se compromete a:

- Coordinar los servicios necesarios
- Comunicarse con los proveedores sobre la prestación del servicio y preocupaciones
- Revisar y modificar los servicios, según sea necesario
- Notificar a los participantes sobre cualquier cambio en los servicios, incluso cuando se denieguen, suspendan, terminen o reduzcan los servicios
- Documentar, reportar y resolver quejas y preocupaciones del participante
- Reportar abuso, negligencia, maltrato y explotación a la autoridad correspondiente

Declaración de acuerdo

☐ El participante/tutor indica que el/ella están de acuerdo con la información en el plan de apoyo y acepta recibir los servicios conforme al mismo.

O

☐ El participante/tutor reconoce que elige no firmar el acuerdo del plan de apoyo.

Firmas		
Participante Certifico, a lo mejor de mi conocimiento, que toda la información en este plan de apoyo es verdadera y completa.		
Firma:	Nombre en letra de molde:	Fecha:
☐ Representante autorizado ☐ Tutor legal ☐ No aplica Certifico, a lo mejor de mi conocimiento, que toda la información en este plan de apoyo es verdadera y completa.		
Firma:	Nombre en letra de molde:	Fecha:
Gestor de casos Certifico, a lo mejor de mi conocimiento, que toda la información en este plan de apoyo es verdadera y completa.		
Firma:	Nombre en letra de molde:	Fecha:

Personas que ayudaron a crear este plan de apoyo		
Nombre (por favor en letra de molde)	Título	Relación con el participante

Por favor, mantenga una copia de este plan de apoyo en el expediente del participante. El departamento de política sanitaria y financiación (HCPF) puede solicitar revisar el plan de apoyo en cualquier momento.