

AGENCY WITH CHOICE: ACUERDO DE COLABORACIÓNNombre del miembro (*En letra de molde o teclado*): _____AHCCCS ID #: _____ Fecha: _____ Próxima fecha de repaso (*Opcional*): _____

El propósito de este acuerdo es para crear una colaboración entre el Miembro* del ALTCS (usted) y la agencia que le presta sus servicios (nosotros). Este acuerdo nos ayudará identificar cómo vamos a trabajar juntos para elegir, manejar y supervisar a sus Trabajadores de Cuidado Directo (DCWs por sus siglas en inglés).

Usted se compromete a trabajar junto con nosotros para asegurarse que su cuidado se proporcione de la manera que desea y necesita para apoyarlo a vivir en su propio hogar. Usted tendrá que elegir los DCWs quienes prestarán su cuidado y tomarán las decisiones sobre cómo se proporcionará su cuidado diariamente. Este acuerdo le ayudará a aprender y decidir cómo quiere dirigir su cuidado con nuestra ayuda.

Estamos de acuerdo a continuar con lo que normalmente hacemos para asegurar la calidad de su cuidado, pero también tenemos la oportunidad de ayudarle a dirigir su propio cuidado. Este acuerdo no ayudará a aprender qué nivel de participación quiere que tengamos en la dirección su cuidado y lo que podemos hacer para ayudarlo.

Antes de firmar el acuerdo, debemos comprobar que usted:

- Vive en su propio hogar;
- Recibe cuidado directo, cuidado personal, ama de casa y/o servicios de habilitación;
- Le ha informado al Coordinador de Apoyo de su decisión de elegir la Agency with choice (Agencia con Opción), opción del servicio dirigido por el miembro y
- Tiene un Representante Individual si usted no es capaz de dirigir el cuidado por su cuenta.

Es importante saber que:

- Usted tiene que estar de acuerdo a elegir (seleccionar) a los DCWs que prestarán su cuidado y de tomar la decisión de despedir al DCW y escoger a otro DCW si las cosas no funcionan. Esas responsabilidades ya están seleccionadas en la lista de verificación en la página siguiente. Todas las demás responsabilidades son opcionales. Usted puede marcar otras responsabilidades que desea tener en la dirección de su cuidado.
- Debe de tratar a sus DCWs con bondad, imparcialidad y respeto como un ser humano que tiene pensamientos personales, valores, creencias, relaciones, actividades y una vida personal afuera de la prestación de servicios.
- Usted puede cambiar de opinión acerca de la participación en Agency with Choice en cualquier momento al comunicarse con nosotros y su Coordinador de Apoyo.

Al firmar a continuación, los dos estamos de acuerdo:

- Con nuestras responsabilidades enumeradas en la lista de verificación en la página siguiente;
- Hablar regularmente y pedir apoyo cuando necesitamos ayuda de uno al otro; y
- En caso que no estamos de acuerdo en algo, darle una oportunidad a la otra persona de aprender sobre el problema y hablar de las opciones para resolverlo.

Firmas:_____
*Firma del miembro*_____
*Fecha*_____
*Firma del Representante Individual (según corresponda)*_____
*Fecha*_____
*Firma del Representante de la Agencia*_____
Fecha

Vea la página 4 para leer la declaración de EOE/ADA

*A los efectos de este acuerdo, el término "Miembro" significa el miembro de AHCCCS o el Representante Individual del miembro

Nombre del miembro (*En letra de molde o teclado*): _____AHCCCS ID #: _____ Fecha: _____ Próxima fecha de repaso (*Opcional*): _____

Responsabilidades del empleador	Responsabilidades de usted	Responsabilidades nuestras
<p>Selección de DCWs <i>Elegir DCWs</i></p>	<p>Identificar las cualificaciones, habilidades y características de un DCW que se requieren para satisfacer sus necesidades. <i>No puedo decidir si mis DCWs no necesitan cumplir con las cualificaciones mínimas requeridas por AHCCCS, mi plan de salud o la agencia. Yo puedo identificar requisitos específicos adicionales para lo que quiero en un DCW.</i></p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Qué es lo que me gusta en un DCW? ¿Qué no me gusta en un DCW? ¿Qué necesito en un DCW? ¿Cuáles son las cosas que mi DCW debe tener en comparación a las cosas que serían deseables tener en un DCW?</i></p> <p>Seleccione un DCW de un grupo de trabajadores actualmente empleados por la agencia o encuentre a alguien.</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Cuántos DCWs necesito? ¿Conozco a alguien que podría ser un buen DCW?</i></p>	<p>Asegúrese que los DCWs cumplan con las cualificaciones mínimas requeridas por AHCCCS, el Contratista del ALTCS y la agencia del proveedor</p> <p>Contrate al DCW</p>
<p>Retención de DCWs <i>Mantener DCWs</i></p>	<p>Decida si está satisfecho(a) con el cuidado prestado por el DCW.</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Me ayuda el DCW a lograr mis metas? ¿Me está escuchando él/ella? ¿Me ayuda o estresa el trabajo que él/ella desempeña?</i></p> <p>Tomar la decisión de despedir al DCW</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Quiero decirle al DCW que ya no quiero que él o ella trabajen para mí? ¿Quiero que la agencia me ayude a decirle al DCW que ya no quiero que él o ella trabajen para mí?</i></p>	<p>Apoyarle en despedir a un DCW y el desarrollo de un plan de transición para garantizar que no haya interrupciones en la prestación de servicio</p> <p>Despedir al DCW</p>
<p>Capacitación de DCWs <i>Capacitar a los DCWs para cumplir con mis necesidades únicas</i></p>	<p>Identificar las necesidades de capacitación del DCW que son necesarias para satisfacer mis necesidades únicas. <i>No puedo pedir que mi DCW reciba capacitación que ya se requiere. Yo puedo pedir que mi DCW reciba capacitación adicional si tengo una necesidad única que sólo se puede cumplir si el DCW recibe más capacitación.</i></p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Hay algo que necesito que haga el DCW, pero no puedo mostrarle a él/ella cómo hacerlo, algo que requiera que el DCW reciba más capacitación?</i></p>	<p>Preste capacitación estandarizada al DCW que incluye la capacitación requerida por el AHCCCS, los Contratistas del ALTCS y la agencia del proveedor</p>

Nombre del miembro (*En letra de molde o teclado*): _____

AHCCCS ID #: _____ Fecha: _____ Próxima fecha de repaso (*Opcional*): _____

Responsabilidades del empleador	Responsabilidades de usted	Responsabilidades nuestras
<p>Manejo de DCWs</p> <p><i>Tomar decisiones sobre cómo se proporciona mi cuidado</i></p>	<p>Orientar al DCW a la manera en la cual yo quiero que se presten los servicios.</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Cómo quiero que el DCW desempeñe las tareas? ¿Necesito mostrarle o decirle al DCW cómo hacerlas de la manera que yo deseo?</i></p> <p>Determinar el horario del DCW, lo cual incluye establecer los días/horas específicas cuando se harán las tareas. <i>Sólo puedo programar los servicios y las horas para el DCW que se enumeran en mi plan de servicio. No puedo decidir cambiar los servicios o agregar horas a lo programado.</i></p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Quiero que el DCW realice algunos servicios o tareas en días específicos? ¿En ciertos momentos del día?</i></p> <p>Notificar a la agencia cuando se ha producido un cambio en la programación de servicio, o necesita ocurrir, que <u>resultará o no resultará</u> en un lapso en los servicios</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿He cambiado el horario semanal para el trabajador? ¿Le avise a la agencia?</i></p> <p>Mantenga un registro de las horas que su DCW trabaja y revise y firme las hojas de asistencia del DCW</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Trabajó el DCW la cantidad correcta de horas por cada servicio? ¿Trabajó el DCW lo que él/ella llenó en la hoja de asistencia? ¿Anotó el DCW el/los servicio(s) correcto(s) en la hoja de asistencia, los días correctos y los horarios cuando se proporcionaron los servicios?</i></p>	<p>Llene y archive toda la documentación de nómina requerida</p> <p>Supervisar y tramitar las hojas de asistencia del DCW y la facturación de los servicios</p>
<p>Supervisión de DCWs</p> <p><i>Asegurar que mi cuidado se proporcione de la manera que yo deseo</i></p>	<p>Observar y dar instrucciones al DCW, como sea necesario, para asegurar la calidad del cuidado.</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Le informe al DCW como quería que se hiciera la tarea? ¿Le he dado suficiente tiempo y oportunidad al DCW para aprender cómo quiero que se haga? ¿Él/ella lo hace de la manera que yo quiero?</i></p> <p>Comuníquese regularmente con el DCW y la agencia del proveedor sobre el desempeño de los DCWs.</p> <p>Decisiones que usted necesita tomar: <i>¿Le he dicho al DCW si él/ella hace un buen trabajo? ¿Le he informado al DCW si necesita mejorar? ¿Le he dicho a la agencia si el DCW hace o no un buen trabajo?</i></p>	<p>Realizar visitas periódicas de supervisión, requeridas por el AHCCCS y los contratistas del ALTCS</p> <p>Apoyarlo con el uso de estrategias de resolución de conflicto en caso de que el miembro no esté satisfecho con el desempeño de los DCWs</p>

