

ACUERDO RESIDENCIAL

_____, autorizado como un
(Nombre del entorno residencial comunitario)
Hogar comunitario Hogar de grupo con apoyo de enfermería Hogar del desarrollo para adultos/menores
(en adelante "entorno residencial comunitario"), y _____,
(Nombre del residente)
un miembro del Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS, por sus siglas en inglés) (en adelante "residente"), aceptan admitir al residente a los servicios residenciales de DES/DDD, representado en adelante por _____ (en adelante "Coordinador de apoyo"), al entorno residencial comunitario a
(Coordinador de apoyo)
partir de _____.
(Fecha de ingreso a los servicios residenciales)

El Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés)/la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) evaluarán y le pagarán al entorno residencial comunitario basado en la tarifa contratada para los servicios residenciales (por ejemplo, habilitación) y el alojamiento y comida del residente en nombre del residente tal como se describe a continuación.

1. El entorno residencial comunitario y el residente además aceptan los términos y condiciones de ingreso a los servicios residenciales en conformidad con el Código Administrativo de Arizona (A.A.C. por sus siglas en inglés) Título 6, Capítulo 6, Artículo 12, incluyendo lo siguiente:
 - a) La porción del costo de la atención en el entorno de los servicios residenciales que deba ser pagado por DES/DDD a nombre del residente como se indica en el Libro de tarifas de DDD. Se le prohíbe a AHCCCS que cubra el alojamiento y comida en estos entornos,
 - b) El pago mensual por alojamiento y comida, a como se indica en el #2 de este acuerdo, se determina por, y será comunicado al residente por DDD, y
 - c) Una vez que el residente haya seleccionado una opción de entorno residencial comunitario, y antes de que el residente resida en el entorno, se requiere revisar y la firma de todas las partes interesadas del Acuerdo Residencial de DDD.
2. Basado en los beneficios que se reciban y la habilidad que tenga para pagar, el residente debe pagar a DDD la cantidad evaluada por el alojamiento y comida. Al residente se le cobrará hasta el 70% del total de beneficios para gastos de alojamiento y comida. La cantidad facturada no será más que el costo real de alojamiento y comida. Los ingresos ganados no se facturan, solo ingresos no ganados como pagos de seguro social, jubilación ferroviarias, o beneficios de veteranos son facturados. El pago estimado de alojamiento y comida del residente es \$ _____ [Coordinador de apoyo, agregar beneficios totales aquí x. _____ (porcentaje de responsabilidad del residente) = pago total estimado].
3. DDD acepta pagar la tarifa de alojamiento y comida del entorno residencial comunitario como se describe en el Libro de tarifas de DDD y manual de facturación.
4. Durante la ausencia temporal del residente (de más de 24 horas), el entorno residencial comunitario no tiene derecho a ningún pago de DDD por cualquier pago por servicios residenciales. Los residentes permanecen obligados a pagar a DDD la cantidad del alojamiento y comida del residente durante cualquiera y todas las ausencias temporales.
5. El entorno residencial comunitario se compromete a cumplir con el Código Administrativo de Arizona (A.A.C. por sus siglas en inglés), Título 6, Capítulo 6, Artículo 21. Específicamente, los entornos residenciales comunitarios se deben adherir a A.A.C. R6-6-2107 y no puede liberar al residente de los servicios o entorno sin la aprobación de DDD.
6. El entorno residencial comunitario no aceptará regalos del residente, excepto regalos nominales durante días festivos o para los cumpleaños.
7. Los derechos del residente incluyen los siguientes:
 - a) Los residentes deben tener puertas con cerradura en las habitaciones, así como en todo el entorno residencial,
 - b) Los residentes deben tener la libertad de amueblar o decorar sus habitaciones/entorno residencial,
 - c) Los residentes deben tener una llave o un código de llave para la puerta de entrada el entorno residencial comunitario, o el entorno residencial comunitario debe proporcionar medidas para que los residentes entren y salgan de la residencia en cualquier momento,

Vea la página 2 para leer la declaración de EOE/ADA

- d) Los residentes deben tener acceso a comidas y meriendas en el momento que elijan, y
- e) Los residentes deben tener la opción de recibir visitas en cualquier momento.

Cualquier restricción a estos derechos se documentará en el plan de servicio centrado en la persona del residente con un plan para revisar periódicamente estas restricciones y determinar si las restricciones aún son necesarias.

8. Al residente/la persona que toma decisiones de salud (HCDM, por sus siglas en inglés) no se le cobrará por el transporte del residente a las citas médicas. Si corresponde, el entorno residencial comunitario puede organizar el transporte con el coordinador de apoyo de DDD.
9. DDD proporciona todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario. A los residentes/HCDM no se les debe de cobrar una tarifa de alquiler para cualquier equipo médico necesario. El entorno residencial comunitario se debe comunicar con el coordinador de apoyo de DDD para obtener este equipo.
10. El entorno residencial comunitario puede, con el permiso por escrito del residente o de la persona que toma decisiones de salud, administrar fondos personales que no excedan \$500.00 mensuales. Si el entorno residencial comunitario administra los fondos personales del residente, el entorno residencial comunitario conservará los recibos de los gastos y entregará una contabilidad por escrito al residente o _____, HCDM, mensualmente.

(Nombre de la persona que toma decisiones de salud/designado)

EL ENTORNO RESIDENCIAL COMUNITARIO Y EL RESIDENTE ACEPTAN CUMPLIR CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES A COMO SE DESCRIBEN EN ESTE ACUERDO RESIDENCIAL. CUALQUIER RESTRICCIÓN PARA EL RESIDENTE SERÁ INDIVIDUALIZADA Y SERÁ DEBIDAMENTE DOCUMENTADA EN EL PLAN DE SERVICIO CENTRADO EN LA PERSONA DEL RESIDENTE CON EL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN.

Miembro/persona que toma decisiones de salud/ Designado

Representante: _____

Fecha: _____

Entorno residencial comunitario

Patrocinador/Gerente: _____

Fecha: _____

Coordinador de apoyo: _____

Fecha: _____