

LISTA DE COTEJO PARA EL PLAN ISP**A. ASUNTOS GENERALES**

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Están firmados los formularios para liberación de información apropiados para poder obtener archivos actualizados (por ejemplo archivos médicos, del IEP, terapias, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2a. ¿Desea la persona responsable que le notifiquen acerca de los incidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2b. ¿Es adecuado el horario para tales notificaciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Están actualizadas las páginas FOCUS (el plan de servicios, la demografía del consumidor, cubierto médico, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Se le ha informado al individuo/familia acerca de su(s) derecho a seleccionar un coordinador de apoyo y los proveedores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Se le ha hecho una evaluación del riesgo? Y, ¿ha desarrollado un plan para evaluar el riesgo cuando sea necesario? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Están todos los acuerdos del grupo referentes al documento ISP anotados en la Parte II del Plan de Acción – Acuerdos y Asignaciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Ha recibido el individuo/familia la Declaración de Derechos corriente y el archivo contiene un Certificado de Comprensión corriente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Si la persona tiene 18 años o más, ¿Ha ofrecido la opciones de inscripción de votante? ¿Ha inscrito los hombres para el Selective Service (Llamada a filas)? |

B. ASUNTOS MÉDICOS

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Si la persona actualmente no es elegible para ALTCS, ¿es ahora un momento apropiado para un referido a ALTCS (es decir, hay cambios significativos en la condición médica o mental, o los activos financieros de la persona ahora son de menos de \$2,000; o la persona ha alcanzado la edad de seis meses, tres años, seis años o 12 años. El criterio de elegibilidad para ALTCS cambia al alcanzar cualquiera de esas edades. Refiera a la evaluación anterior a PAS para los criterios para esas edades). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Posee el individuo un directivo por adelantado? (Si lo tiene, obtenga una copia y documéntelo en la sección médica del plan ISP. Si el individuo tiene 18 o más años de edad y está cubierto bajo ALTCS, entregue a la persona responsable el folleto titulado "Decisiones acerca del Cuidado de su Salud" ["Decisions About Your Healthcare"] y documente esa acción en la sección médica.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Han sido asignadas medidas específicas para citas/evaluaciones médicas y las presuntas fechas para realizarlas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Tiene el individuo problemas médicos que requieren evaluación/monitorización por los enfermeros? (quebrantos en la piel, ventilador, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Se está supervisando la necesidad y/o situación referente a Equipo Médico Durable (DME)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6a. Si la persona es una mujer de la edad apropiada, ¿se ha realizado el examen ginecológico anual, incluso la mamografía? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6b. Si no se ha conducido el examen, ¿existe documentación de una razón válida para no haberlo hecho (es decir, que la persona solamente tolera el examen bajo anestesia, y la persona responsable ha decidido que el riesgo posado por la anestesia es mayor que los beneficios del examen)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Está la persona inmunizada contra pulmonía y tiene las demás inmunizaciones necesarias? |

C. SERVICIOS

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1a. Si utiliza los servicios de un Asistente de Cuidado o Ayuda con Tareas Domésticas, ¿Ha llenado el Acuerdo de Asistente de Cuidado/Ayuda con Tareas Domésticas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1b. Ha ocurrido la supervisión/monitorización dentro del horario mandato? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1c. En caso de quebrantos en la piel, ¿está involucrado un servicio de enfermería? (Vea el formulario DD-220, Información sobre Apoyos al plan ISP.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Si se utiliza o necesita un aparato para mejorar la comunicación ("Augmentative Communication Device"), ¿se ha indicado los objetivos y apoyos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Se ha asignado medidas para planes/estrategias de aprendizaje o hay fechas propuestas para concluir las? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Se han identificado y discutido las necesidades de entrenamiento específicas de los proveedores de HCBS (por ejemplo la administración de medicamentos, CIT, información acerca de problemas con ataques, etc.)? (Vea el formulario DD-220, Información sobre Apoyos al plan ISP.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Contiene la Parte I del Plan de Acción para ISP (DD-219-1) objetivos completos y mensurables para todos los individuos que reciben servicios de Tratamiento y Entrenamiento Diarios, de Capacitación o de Terapia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Es probable que los gastos de servicios identificados van a exceder 100% ICFMR? Por ejemplo, la proporción del personal de DTA o Residencial es 1:1 o 1:2, más de 200 horas de servicios de enfermeros y HCBS, Protección Comunitario, Hogar Médico del grupo. En caso afirmativo, llene el CES. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7a. ¿Están documentadas las razones de por qué no se lograron los objetivos o por qué fue necesario revisarlos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7b. ¿Si la persona recibe servicios, ha presentado el proveedor los informes del progreso actuales a la División? |

Continúa al dorso

- 7c. ¿Si la persona recibe servicios tal como Asistente de Cuidado, Ayuda con Tareas Domésticas, Respiro o Habitación Independiente (HAI) para IDLA, ha desarrollado el equipo un plan alternativo?
8. ¿Hay una medida de acción que indique quién notificará al Coordinador de Apoyo si algún servicio autorizado no se ha iniciado o recibido?
9. Si está desarrollando un plan para Arreglos para Vivir Individualmente Diseñados, ¿se ha llenado la lista de cotejo para IDLA?
10. ¿El Plan de Servicios incluye servicios indirectos (*es decir, terapias en las escuelas, servicios de respiro a través de salud mental*)?
11. Si es necesario hacer modificaciones al hogar, ¿se ha concluido y presentado a la División de Modificaciones al Hogar todas las medidas para seguimiento necesarias?

D. ASUNTOS FINANCIEROS**SÍ NO**

- 1a. ¿Está completo el Plan de Gastos para el ISP?
- 1b. ¿Tiene la persona ingresos suficientes para cubrir sus propios gastos?
2. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica a la persona responsable de informar los balances a ALTCS y/o Seguro Social? (*Aquí se incluye fideicomisos, cuentas bancarias, cuentas en hogares de grupo o programas diurnos, etc.*)
3. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica a la persona responsable de enviar los talones de cheques al Seguro Social?

E. ASUNTOS RESIDENCIALES**SÍ NO**

1. ¿Está lleno el formulario Información para Apoyos de los Servicios en Hogares de Grupo?
2. Si es aplicable, ¿está llena la hoja de trabajo para el ISP para Individuos Residentes en Hogares de Grupo con Piscina o Alberca?
- 3a. ¿Se le ha entregado a la persona responsable un inventario anual de las posesiones del individuo?
- 3b. ¿Es exacto ese inventario?
- 4a. ¿Hay limitaciones en la cantidad de dinero que el individuo puede llevar consigo o recibir en efectivo de sus ganancias?
- 4b. Si hay limitaciones, ¿se está tomando medidas para enseñarle al individuo a manejar su dinero de manera más efectiva?
5. ¿Se ha tomado acción con respecto al consumo de bebidas alcohólicas o tabaco?
- 6a. Si el individuo utiliza pañales, ¿se ha documentado una razón médica para ello?
- 6b. Si no se ha documentado una razón médica, ¿se está tomando medidas para enseñarle al individuo a tener mayor independencia en sus hábitos de utilizar el baño?

F. ASUNTOS DEL COMPORTAMIENTO**SÍ NO**

1. ¿Contiene el archivo las autorizaciones firmadas por la persona legalmente responsable para la administración de medicamentos psicotrópicos?
2. Si el individuo utiliza medicamentos para modificación de la conducta, ¿hay un plan para el tratamiento de la conducta y un plan para la administración de medicamentos?
3. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica al monitor(es) del plan para el tratamiento de la conducta?
4. ¿Necesita esta persona asesoramiento con un Profesional de Salud Mental Calificado (QBHP)?
5. ¿Están documentados los objetivos y servicios de salud mental en la Parte I del Plan de Acción?
6. ¿Es necesario que más de un miembro del personal esté presente para transportar al individuo, y refleja el plan esto?
7. ¿La Parte II del Plan de Acción documenta con quién y de qué modo se podrá compartir la información de salud mental con el Médico de Cuidado Primario (PCP) del individuo?
- 8a. ¿Está actualizado el RIMS?
- 8b. ¿El Plan de Servicios FOCUS tiene el código de salud mental apropiado?
9. ¿Es requerido/preparado un Plan de Contacto en Emergencias para la despedida/transición de los individuos que tienen problemas graves con su comportamiento, (*conforme al Directivo Administrativo 69*)?

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Available in English at your local office.