

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo
GUÍA DE PLANIFICACIÓN PARA LOS SERVICIOS
DE APOYO PARA LA VIDA DIARIA

Fecha en la que fue desarrollada: _____

Propósito: Esta guía se utiliza para garantizar que todos los miembros y los miembros del equipo de apoyo entiendan cuáles son sus funciones y responsabilidades para recibir un servicio de apoyo para la vida diaria exitoso. La guía de planificación se actualizará con todos los miembros cuando haya un cambio dentro del hogar (Por ejemplo: Un nuevo proveedor contratado, una mudanza o alguien que se mude dentro o fuera del hogar).

Dirección del hogar:

Nombre del hogar: _____

Proveedor contratado por la DDD:

Vea la página 27 para leer la declaración de EOE/ADA

Nombre del proveedor contratado por la DDD:

Número de teléfono: _____

MIEMBRO	COORDINADOR DE APOYO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL EQUIPO	RELACIÓN CON EL MIEMBRO	FIRMA

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL EQUIPO	RELACIÓN CON EL MIEMBRO	FIRMA

Favor de revisar las expectativas y responsabilidades que se encuentran a continuación para los miembros que residen en una vivienda de servicios de apoyo para la vida diaria y su persona responsable (*según corresponda*):

- **El nombre de la persona responsable se encuentra en el contrato de arrendamiento o en la escritura.**
- **Se debe crear, seguir y compartir un horario acordado con el equipo. (*Esto debe estar implementado antes de***

que comience el servicio.)

- **Para identificar un lugar para vivir.**
- **Para pagar el arrendamiento y todas las demás facturas, incluso si un compañero de casa se muda, según corresponda.**
- **Para solicitar servicios públicos e identificar cualquier ayuda de la comunidad para pagar todos los gastos.**
- **Para cumplir con todos los términos del contrato de arrendamiento.**
- **Para ponerse en contacto con el proveedor de servicios de apoyo para la vida diaria y/o el coordinador de apoyo si tiene alguna duda sobre el personal.**
- **El miembro debe poder autoadministrarse sus medicamentos o tener apoyos naturales para ayudar con esa necesidad. Autoadministrarse significa hacer o tomar algo por sí solo, que normalmente lo llevaría a cabo otra persona (incluido el manejo de dispositivos médicos).**

I. FINANZAS Y ARRENDAMIENTO	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
A. Todos los miembros deben estar en el contrato de arrendamiento. ¿Se han firmado los acuerdos de arrendamiento?	
B. ¿El proveedor calificado tiene la función de retener, administrar o ayudar al miembro con la administración del dinero? Si la respuesta es sí, describa cómo es esa función, sus objetivos y si hay documentación adicional asociada (Por ejemplo: Libros de contabilidad).	

I. FINANZAS Y ARRENDAMIENTO	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
C. ¿Qué servicios públicos se comparten en la casa?	
D. ¿Quién es responsable de garantizar que el servicio público esté activo y que se realice el pago continuo?	
E. Otros comentarios/conversación:	

II. ALIMENTOS Y HOGAR	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
A. Describa con qué frecuencia será necesario comprar alimentos y suministros.	
B. ¿Los miembros compartirán alimentos o cada miembro será responsable de sus propios alimentos? Por favor describa.	
C. ¿Los miembros compartirán los suministros del hogar o cada miembro será responsable de sus propios suministros del hogar? Por favor describa.	

II. ALIMENTOS Y HOGAR	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
D. ¿Los miembros compartirán productos de higiene o cada miembro será responsable de sus productos de higiene? Por favor describa.	
E. ¿Los miembros necesitan ayuda para planificar comidas y comprar alimentos y suministros? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	

II. ALIMENTOS Y HOGAR	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
F. ¿Los miembros necesitan ayuda para preparar sus comidas? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	
G. ¿Los miembros necesitan ayuda para cumplir con algún requisito de dieta especial y/o restricciones alimenticias/alergias a alimentos? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	

II. ALIMENTOS Y HOGAR**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

H. ¿Los miembros necesitan ayuda para solicitar y completar la solicitud para volver a determinar si es elegible para vales de comida (si es que son elegibles)?. Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

I. Otros comentarios:

III. MANTENIMIENTO DEL HOGAR	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
A. Si hay un patio, ¿los miembros necesitan ayuda con el cuidado del patio? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	
B. ¿Los miembros necesitan ayuda para mantener la limpieza del hogar (Por ejemplo: Deshacerse de alimentos/productos caducados)? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	

**III. MANTENIMIENTO
DEL HOGAR****COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

C. Describa el mantenimiento requerido en el hogar que pueda ser necesario (Por ejemplo: Bombillas, detectores de humo, filtros de aire, etc.). ¿Los miembros necesitan ayuda con el mantenimiento del hogar? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

III. MANTENIMIENTO DEL HOGAR	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
D. ¿Necesitan los miembros ayuda para comunicarse con el arrendador cuando sea necesario (es decir, reparaciones, preguntas, etc.)? En caso afirmativo, describa el nivel de asistencia, los objetivos y quién proporcionará la ayuda.	
E. Otros comentarios:	

*** Nota: Si los daños a la residencia son causados por el proveedor, la agencia proveedora es responsable de reparar los daños.**

IV. TRANSPORTE**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

A. ¿Los miembros necesitan ayuda con el transporte público (Por ejemplo: Para tomar el autobús, servicio de vehículos compartidos, tren ligero, etc.) para llegar a sus eventos comunitarios y locales? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

IV. TRANSPORTE**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

B. ¿Los miembros tienen vehículo propio? Si la respuesta es sí, describa cualquier acuerdo relacionado con el uso del vehículo (Por ejemplo: Conductores, gasolina, pasajeros, etc.). Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

IV. TRANSPORTE**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

**C. Si los miembros no pueden usar el transporte público o no tienen su propio vehículo, describa el nivel de asistencia necesaria para acceder a su comunidad (es decir, gimnasio, tiendas locales, etc.), cualquier objetivo y quién proporcionará la asistencia (es decir, familia, amigos, etc.).
Nota: Revise la política de transporte del proveedor calificado**

D. Otros comentarios:

V. CONEXIONES DE REDES SOCIALES Y ACUERDOS DEL HOGAR**COMENTARIOS / PASOS A TOMAR**

A. ¿Los miembros necesitan ayuda para mantener conexiones con personas que son importantes para ellos y planear actividades dentro o fuera del hogar? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

V. CONEXIONES DE REDES SOCIALES Y ACUERDOS DEL HOGAR**COMENTARIOS / PASOS A TOMAR**

B. ¿El equipo ha hablado sobre los acuerdos del hogar (Por ejemplo: Visitas, privacidad, tareas de administración del hogar, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿quién ayuda con el desarrollo de los acuerdos del hogar y qué nivel de apoyo se necesita?

V. CONEXIONES DE REDES SOCIALES Y ACUERDOS DEL HOGAR**COMENTARIOS / PASOS A TOMAR**

C. Si los miembros no pueden usar el transporte público o no tienen su propio vehículo, describa el nivel de ayuda necesaria para tener acceso a su comunidad (Por ejemplo: Gimnasio, tiendas locales, etc.), cualquier objetivo y quién proveerá la ayuda (Por ejemplo: Familia, amigos, etc.). Nota: Revise la política sobre el transporte del proveedor calificado

D. Otros comentarios:

VI. MÉDICO	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
A. ¿Los miembros necesitan ayuda administrando sus medicamentos recetados? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	
B. ¿Los miembros necesitan ayuda para programar citas médicas/dentales? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

C. ¿Los miembros necesitan ayuda con las citas de terapia? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

D. ¿El personal que provee atención directa (DCW por sus siglas en inglés) necesita capacitación adicional para satisfacer las necesidades médicas de los miembros? Si la respuesta es sí, ¿qué capacitación se requiere? Describa el nivel de ayuda al miembro, los objetivos y quién proveerá la capacitación. Nota: El personal que provee atención directa no puede realizar ninguna tarea de enfermería especializada como se indica en la matriz de enfermería especializada de la División.

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

E. ¿Es necesario conservar la documentación médica de cada miembro? Si la respuesta es sí, ¿el miembro necesita ayuda para conservar su documentación médica? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

F. ¿Es necesario llevar un registro de los medicamentos de cada miembro? Si la respuesta es sí, ¿el miembro necesita ayuda para llevar su registro de medicamentos? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR**

G. ¿Quieren los miembros que se comparta su información médica/ de medicamentos? Si la respuesta es sí, ¿con quién les gustaría compartirlo? ¿Los miembros necesitan ayuda para compartir su información médica/ de medicamentos? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda. y si se necesita una autorización de HIPAA.

VI. MÉDICO	COMENTARIOS / PASOS A TOMAR
H. ¿Los miembros requieren suministros médicos? Si la respuesta es sí, ¿el miembro necesita ayuda para ordenar/mantener sus suministros médicos? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	
I. ¿Los miembros tienen alguna alergia (Por ejemplo: Látex, abejas, etc.)? Si la respuesta es sí, ¿necesitan ayuda para controlar sus alergias? Si la respuesta es sí, describa el nivel de ayuda, los objetivos y quién proveerá la ayuda.	

VI. MÉDICO**COMENTARIOS / PASOS
A TOMAR****J. Otros comentarios:**

**• Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades •
Servicios y ayudantes auxiliares para personas con
discapacidades están disponibles a petición • Para obtener
este documento en otro formato u obtener información
adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de
servicio de atención al cliente de la División de
Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500;
Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online
or at the local office**