

## **SOLICITUD Y CONVENIO DE LOS COMMUNITY LIVING SERVICES (CLS por sus siglas en inglés)**

### **Definición y objetivos del programa de Servicios para la Vida en Comunidad (CLS por sus siglas en inglés)**

Los Servicios para la Vida en Comunidad efectúan pagos directos a los proveedores o individuos y familias elegibles en nombre de un individuo con discapacidad del desarrollo que viva en el hogar de la familia o, en el caso de un adulto, tanto en el hogar de la familia como el suyo propio. El objetivo de los Servicios para la Vida en Comunidad es apoyar el esfuerzo de la familia por mantener la salud y la seguridad del familiar que tiene una discapacidad del desarrollo y que vive en el hogar familiar, para evitar colocarlo fuera del hogar o apoyar la salud y la seguridad de los adultos que vivan en sus propios hogares, para evitar colocarlos en entornos más restrictivos.

### **¿Quién es elegible?**

Cualquiera que sea elegible para recibir el apoyo de la División de Discapacidades del Desarrollo (la División), es elegible para solicitar los servicios para la vida en comunidad. En todos los casos el individuo o los integrantes del hogar tienen que:

- ✓ Demostrar que no pueden conseguir el apoyo mediante programas o recursos alternativos;
- ✓ Comprometerse a costear en parte el apoyo según sea necesario;
- ✓ Demostrar la necesidad económica para recibir la ayuda y
- ✓ Elaborar un plan aprobado por el equipo de Plan de Apoyo Individual para reducir la necesidad de ayuda, si lo que se solicita es apoyo continuo.

### **¿Qué está y qué no está cubierto?**

Con los fondos de los Servicios para la Vida en Comunidad solo pueden adquirirse los apoyos autorizados. Los apoyos autorizados son aquellos que el equipo del Plan de Apoyo Individual recomienda y que el gerente, administrador o encargado del programa distrital aprueban, de acuerdo con la recomendación del equipo del Plan de Apoyo Individual. La División solo aprobará la ayuda que pueda comprarse a un costo razonable y que apoye la salud y la seguridad del individuo.

En función de la necesidad económica del individuo, el gerente, administrador o encargado del programa distrital determinará la cantidad de ayuda, basándose en la recomendación del equipo del plan de apoyo individual. La ayuda continua no deberá exceder los \$400 por mes y las solicitudes de ayuda únicas no deberán exceder de \$4.800. Los individuos solo pueden solicitar ayuda una vez por año calendario.

Servicios para la Vida en Comunidad:

- ✓ No pueden usarse para complementar el nivel de los servicios ya suministrados al individuo o a la familia que tenga contratos de la División con proveedores de servicio.
- ✓ No pueden usarse para comprar apoyos disponibles bajo el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona;
- ✓ No pueden usarse para comprar alimentos, a excepción de los suplementos nutricionales recomendados por los médicos y que no estén cubiertos en ninguna otra parte;
- ✓ No está disponible para aquellas personas que vivan en hogares funcionales o comunitarios, a excepción de las personas que se muden a un hogar residencial por primera vez y que necesiten una ayuda única para algo esencial y
- ✓ No está disponible para individuos que no hayan tomado todas las medidas razonables para afiliarse al Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona.

### **¿Cuáles son las limitaciones de financiamiento?**

La partida legislativa limita los servicios para la vida comunitaria. La cantidad de fondos que un individuo solicite se determinará por necesidad evaluada.

### **¿Cómo se determinan los subsidios?**

Todas las solicitudes tienen que demostrar un beneficio positivo para la salud y seguridad del individuo. El coordinador o administrador del Programa del Distrito o la persona designada tomará en consideración los siguientes factores:

- ✓ La disponibilidad de financiamiento estatal;
- ✓ La probabilidad de que los Servicios para la Vida en Comunidad apoyarán la integridad de la familia y evitarán la necesidad de una colocación residencial o que promoverán la transición sin problemas a una mayor independencia;
- ✓ La edad o el estado de salud de los parientes o miembros de la familia;
- ✓ La complejidad de las necesidades del individuo, el estrés que estas ejercen sobre la familia, así como la capacidad de la familia de responder a dicho estrés;
- ✓ El grado de participación individual, parental o familiar en el costo del apoyo con respecto a sus medios;
- ✓ La duración prevista de la necesidad de recibir los fondos y
- ✓ El grado en que el individuo o la familia ya recibe otros apoyos y servicios con financiamiento de la División.

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

## SOLICITUD Y CONVENIO DE *LOS COMMUNITY LIVING SERVICES* (*CLS por sus siglas en inglés*)

Nombre del Individuo (*Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre*): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Código de Área y Número: \_\_\_\_\_

Dirección del Individuo (*Núm., Calle, Estado, Código Postal*): \_\_\_\_\_

Núm. ASSISTS del Individuo: \_\_\_\_\_ Dirección Postal (*Si no es la Misma*): \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Apoyo: \_\_\_\_\_ Código de Área y Núm. de Telef.: \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada: \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

Elegibilidad para el Programa (*marque todas que correspondan*):

ALTCS    DD    SSI    Otro Seguro Médico: \_\_\_\_\_

¿Para qué se usarán los fondos? (*Tiene que incluir una copia de dos presupuestos para reparaciones, bienes duraderos, etc. Para tratamiento dental solo se necesita un presupuesto. Para asistencia con suministros para la incontinencia no se necesita un presupuesto*)

Describa la(s) razón(es) por la cual solicite asistencia (*Escriba cualquier circunstancia atenuante tal como estado de salud, edad de los padres, complejidad de las necesidades del individuo y el nivel de estrés que estas ejercen sobre la familia y su capacidad para responder a ese estrés*)

Describa la contribución económica individual o familiar al apoyo solicitado

Adjunte lo siguiente:

Prueba de recursos alternativos explorados y el efecto de dichos recursos

Plan para reducir la necesidad de asistencia en los próximos seis meses (*para solicitudes de financiamiento continuo*)

Estado de cuenta o registro contable de cuenta bancaria actual

Facturas actuales de servicios (gas, cable, electricidad, etc.)

Plan de servicio aprobado

El(los) pagos de los servicios para la Vida en Comunidad (CLS) se recibirán el:

Nombre Del Pagador (*proveedor de ser posible*): \_\_\_\_\_ Núm. de FEI: \_\_\_\_\_

Dirección del Pagador (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal*): \_\_\_\_\_

<b>INGRESOS</b>					
<b>INGRESO DEL HOGAR</b>	<b>INGRESO MENSUAL BRUTO</b>	<b>PENSIÓN ALIMENTARIA O SUSTENTO DE MENORES</b>	<b>*OTROS</b> <i>(Asistencia para nutrición [NA], vivienda pública, etc.)</i>	<b>SSI/SSD</b> <i>(Seguro Social o Seguro Social por Discapacidad)</i>	<b>INGRESO TOTAL</b>
INDIVIDUALES:	\$	\$	\$	\$	\$
TODOS LOS DEMÁS:	\$	\$	\$	\$	\$
<i>*Si usted no recibe Asistencia Alimentaria (NA por sus siglas en inglés), por favor proporcione la recha más reciente de solicitud.</i>				<b>Total Combinado</b>	\$

<b>ESCRIBA LOS NOMBRES Y EDADES DE TODAS LAS PERSONAS DEPENDIENTES DEL INGRESO EN EL HOGAR.</b>			
<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>

<b>TODOS LOS GASTOS DEL HOGAR</b>	
<b>CATEGORÍA</b>	<b>MONTO MENSUAL</b>
Hipoteca/alquiler	\$
Auto	\$
Teléfono	\$
Servicios públicos	\$
Comida	\$
Seguro	\$
Cuidado de niños	\$
Tarjetas de crédito	\$
Pensión alimentaria	\$
Sustento de menores	\$
Otros ( <i>lista detallada de gastos</i> )	\$
Otros ( <i>lista detallada de gastos</i> )	\$
Otros ( <i>lista detallada de gastos</i> )	\$
Costos excepcionales asociados con el cuidado ( <i>especifique</i> )	\$
<b>Total de Gastos</b>	\$
<b>Total Ingresos</b>	\$
<b>Fondos Discrecionales Totales por mes (<i>Ingresos menos gastos</i>)</b>	\$

Recomendación Para la Solicitud del Equipo del Plan de Apoyo del Individuo: \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador de Apoyo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Convenio del solicitante y la familia:** Yo(nosotros) acordamos usar fondos aprobados de Asistencia para Familias conforme a esta solicitud. Yo(nosotros) acordamos devolver a la División todos los fondos recibidos no gastados y proporcionar recibos a la División que documenten todos los gastos en un plazo de 30 días contados desde la fecha de recibo de los fondos. Los recibos tienen que ser preimpresos e identificar con claridad el apoyo adquirido. Bajo circunstancias atenuantes, pueden aceptarse recibos escritos a mano, pero estos tienen que incluir el nombre, dirección y número telefónico del proveedor, así como la identificación exacta del apoyo adquirido. Yo(nosotros) acordamos notificar al Coordinador de Apoyo de la División de forma puntual cualquier cambio en las contribuciones, ingresos u otras circunstancias que puedan afectar este acuerdo. A mi leal saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud es cierta.

Firma del Individuo o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solicitud aprobada como se envió      Cantidad revisada aprobada: \$ \_\_\_\_\_      Solicitud denegada

Firma del Administrador de la Gerencia del Programa Distrital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Adjunto al Subdirector: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_