

Acuerdo de Asesoría Laboral Individual Servicios de Empleo Asistido

Nombre del miembro (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Fecha: _____

Nombre del coordinador de apoyo: _____ No. de Asist. DDD del miembro: _____

Nombre del proveedor calificado: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del proveedor calificado: _____

Resultado laboral del PCSP: _____

El objetivo de este acuerdo es definir los servicios y apoyos que se prestarán, incluidos los plazos. La tarea no. 1 está marcada previamente, ya que es un requisito.

	Tareas	Horas
X	1. Participar con el equipo de servicios centrados en la persona del miembro para desarrollar y apoyar a este último en la consecución de resultados laborales. Comentarios:	
	2. Familiarizar al miembro con los requisitos del patrono relacionados con: programación, nómina, políticas, salud, seguridad y capacitación (<i>inicial y continua</i>). Comentarios:	
	3. Proporcionar un desarrollo continuo de habilidades que se ajuste a las necesidades del patrono y las metas objetivos y resultados laborales del miembro. Comentarios:	
	4. Ayudar al miembro a comprender y desarrollar estrategias para realizar su trabajo de forma independiente. Comentarios:	
	5. Ayudar al miembro a comprender las normas de vestimenta, higiene y conducta aplicables al entorno laboral. Comentarios:	
	6. Ayudar al miembro a identificar y aprovechar los apoyos naturales en el trabajo. Comentarios:	

	<p>7. Si es necesario, enseñar al miembro cómo interactuar con sus compañeros de trabajo y con otras personas, según los requisitos del patrono. Comentarios:</p>	
	<p>8. Desarrollar e implementar estrategias para aprovechar las fortalezas y eliminar o minimizar los obstáculos que impiden el éxito del miembro. Comentarios:</p>	
	<p>9. Si es necesario, ayudar a resolver los problemas que surjan fuera del entorno laboral y que puedan afectar al rendimiento en el trabajo. Comentarios:</p>	
	<p>10. Instruir al miembro sobre los requisitos de notificación del Seguro Social Comentarios:</p>	
	<p>11. Otro _____ Comentarios:</p>	

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Total de horas semanales: _____

Nombre del miembro o persona responsable: _____

Firma del miembro o persona responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del coordinador de apoyo: _____

Firma del coordinador de apoyo: _____ Fecha: _____

Nombre del representante del proveedor calificado: _____

Firma del representante del proveedor calificado: _____ Fecha: _____

Nombre del especialista en servicios laborales: _____

Firma del especialista en servicios laborales: _____ Fecha: _____

Envío: Original: Coordinador de la ayuda, OnBase; copia: miembro, persona responsable; copia: proveedor calificado