

Acuerdo de Asistente de Apoyo al Empleo

Nombre del afiliado (*nombre, apellido, inicial del segundo nombre*) _____ Fecha _____

Nombre del coordinador del Apoyo _____ ID del asistente _____

Nombre del proveedor calificado _____ Número de teléfono _____

Dirección del proveedor calificado _____

El propósito de este acuerdo es delinear los servicios y apoyos que se prestarán, incluidos los plazos. *El documento debe elaborarse con las opiniones de los miembros del equipo y deberá actualizarse o modificarse cuando sea necesario.*

Cuidado personal	Sí/No	Minutos estimados por tarea de apoyo <i>*(el uso típico es de hasta una hora al día)</i>	Horas semanales
Ayudar con el uso del inodoro	Sí No		
Ayudar en las horas de comida y en los recesos	Sí No		
Ayudar con la automedicación o con los recordatorios de los medicamentos	Sí No		
Ayudar con la movilización (<i>movilización segura</i>)	Sí No		
Otros	Sí No		
Intervención conductual <i>(el plan de salud debe haber rechazado un apoyo similar)</i> Fecha en que se rechazó:	Sí/No	Minutos estimados por tarea de apoyo <i>*(el uso típico es de hasta tres horas al día)</i>	Horas semanales
Proporcionar apoyo conductual, según sea necesario, ayudando a resolver conductas inadecuadas en el lugar de trabajo. Conductas a abordar:	Sí No		
Ayudar al afiliado a resolver cualquier problema de la vida o personal que pueda interferir con el rendimiento laboral.	Sí No		
Comunicarse con las personas adecuadas cuando el afiliado muestre otras necesidades médicas o sociales, durante el curso de la prestación del servicio, con el propósito de remitirlo o de conseguir apoyos para dichas necesidades.	Sí No		
Acompañar de cerca al afiliado para ayudarlo(a) a mantener conductas positivas adecuadas para el lugar de trabajo.	Sí No		
Los apoyos se ofrecerán cuando el afiliado esté en el trabajo.	Sí No		
Los apoyos se ofrecerán fuera del horario laboral del afiliado.	Sí No		
Otros	Sí No		

**Se espera que los servicios dejen de prestarse o se presten de manera intermitente a medida que las conductas del afiliado, en su lugar de trabajo, mejoren y/o su rendimiento laboral se establezca.

Fecha inicial _____ Fecha final _____ Total de horas a la semana _____

Nombre del afiliado o de la persona responsable _____

Firma del afiliado o de la persona responsable _____ Fecha _____

Nombre del coordinador del apoyo _____

Firma del coordinador del apoyo _____ Fecha _____

Nombre del proveedor calificado _____

Firma del proveedor calificado _____ Fecha _____

Nombre del especialista de Servicios al empleo _____

Firma del especialista de Servicios al empleo _____ Fecha _____

Distribución: Original al coordinador del apoyo y/o Onbase; Copia al afiliado y/o Persona responsable; Copia al proveedor calificado