

PLAN DE CONTINGENCIA/RESPALDO DE MIEMBROS DE LA DDD-EVV PARA EL PROGRAMA DE PROVEEDORES INDEPENDIENTES

Nombre del Miembro _____ No. de ID de AHCCCS _____ Fecha del Plan _____

SERVICIOS EVV PROPORCIONADOS		FRECUENCIA	PROVEEDOR
1.			
2.			
3.			

NIVEL DE PREFERENCIA DE SERVICIO DEL MIEMBRO – *Se basa en la elección del miembro sobre la rapidez con la que se necesitará un cuidador de reemplazo si el cuidador programado no está disponible. Los miembros deben ser informados de que tienen derecho a un cuidador sustituto dentro de dos horas si así lo desean. Marque con una X la preferencia del miembro:*

Necesita servicios dentro de dos horas.

Necesita servicios hoy.

Necesita servicios dentro de 48 horas.

Puede esperar hasta la próxima visita programada por el proveedor.

SE HA INFORMADO AL MIEMBRO QUE PUEDE CAMBIAR EL NIVEL DE PREFERENCIA DE SERVICIO DEL MIEMBRO Y TAMBIÉN SU PLAN DE RESPALDO, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN, EN CUALQUIER MOMENTO, INCLUSO EN EL MOMENTO DE UNA BRECHA*

_____ Iniciales del Coordinador de Apoyo Fecha: _____

Si mi cuidador de ALTCS no se presenta a prestar los servicios según lo programado, mi plan de respaldo es el siguiente (marque todo lo que corresponda):

PLAN DE RESPALDO	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
Contactaré a mi agencia proveedora de respaldo		
Contactaré a mi Coordinador de Apoyo		
Contactaré a DDD	DDD	
Prefiero que mi familia o amigos me brinden atención en lugar de otro proveedor/cuidador de ALTCS. (nombre y número de teléfono)	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Puedo esperar hasta la próxima visita programada por mi cuidador de ALTCS para recibir atención autorizada.		
Otro:		

PLAN DE CONTINGENCIA/RESPALDO DE MIEMBROS DE LA DDD-EVV PARA EL PROGRAMA DE PROVEEDORES INDEPENDIENTES

Nombre del Miembro _____ No. de ID de AHCCCS _____ Fecha del Plan _____

***Una brecha en los servicios de EVV se define como la diferencia entre la cantidad de horas de servicio crítico programadas en el plan de atención de cada individuo y las horas del tipo de servicio crítico programado que realmente se brindan a la persona.** Las siguientes situaciones no se consideran brechas:

- El miembro no está disponible para recibir el servicio cuando el cuidador llega a la casa del miembro según lo programado.
- El miembro rechaza al cuidador cuando éste llega, a menos que el cuidador no sea capaz de realizar las tareas asignadas.
- El miembro rechaza los servicios.
- La agencia/el cuidador considera que el hogar del miembro no es seguro, por lo que el cuidador se niega a ir allí.

PLAN DE CONTINGENCIA/RESPALDO PARA EL PROGRAMA DE PROVEEDORES INDEPENDIENTES

Nombre del Miembro _____ No. de ID de AHCCCS _____ Fecha del Plan _____

Entiendo que tengo derecho a recibir todos los servicios de mi plan de atención para ayudarme a bañarme, ir al baño, vestirme, alimentarme, transferirme a/de mi cama y silla de ruedas, y otras actividades diarias similares según sea necesario. Estos servicios (Encargados de Cuidado, Habilitación, Ama de Casa y Atención de Relevo) se denominan EVV (Verificación Electrónica de Visitas). Entiendo que mi plan de salud debe asegurarse de que reciba estos servicios de DDD sin demoras. Entiendo que si no recibo mis servicios de EVV a tiempo, puedo llamar a DDD para informar el problema para que puedan ayudar a reemplazar a mi cuidador lo antes posible. También puedo llamar a mi Coordinador de apoyo para obtener ayuda. Si hay una demora y no recibo estos servicios a tiempo, mi plan de salud debe proporcionar un cuidador de respaldo dentro de las 2 horas posteriores a la notificación de la brecha, a menos que especifique lo contrario en el momento de la brecha. Entiendo que también tengo derecho a presentar una queja por escrito sobre la falta de prestación de dichos servicios según lo programado.

Entiendo que para recibir servicios debo estar disponible y dispuesto a aceptar los servicios programados. Si elijo no aceptar los servicios, entiendo que debo informárselo a mi Coordinador de Apoyo. Este plan ha sido revisado conmigo y estoy de acuerdo con él. Guardaré una copia de este plan.

HAGA QUE EL MIEMBRO/PERSONA RESPONSABLE FIRME AQUÍ EN EL MOMENTO DEL DESARROLLO INICIAL DEL PLAN:

Miembro/Persona Responsable _____ Fecha _____

Relación con el Miembro _____ Fecha _____

VISITA TRIMESTRAL

Este plan fue revisado conmigo por el Coordinador de Apoyo durante mi revisión de servicio trimestral. Mi firma a continuación indica que sigo estando de acuerdo con este plan y que no es necesario realizar ningún cambio. Entiendo que puedo cambiar mi Nivel de Preferencia de Servicio del Miembros en cualquier momento, incluso en el momento en que pueda ocurrir una brecha. Mi Coordinador de Apoyo y yo llenaremos un nuevo formulario de Plan de Contingencia si tengo cambios en mi plan, pero al menos una vez al año.

Haga que el miembro/representante firme aquí para indicar que sigue estando de acuerdo con el plan en el momento de cada evaluación de servicio de 90 días. Si el miembro/Persona Responsable desea hacer cambios a la información en este plan, debe redactar un nuevo plan. Se requiere un nuevo plan al menos una vez al año.

Fecha de Revisión: _____ Firma del Miembro/Persona Responsable: _____

Fecha de Revisión: _____ Firma del Miembro/Persona Responsable: _____

Fecha de Revisión: _____ Firma del Miembro/Persona Responsable: _____

cc: Miembro/Persona Responsable
Expediente del caso

PLAN DE CONTINGENCIA/RESPALDO PARA EL PROGRAMA DE PROVEEDORES INDEPENDIENTES

Nombre del Miembro _____ No. de ID de AHCCCS _____ Fecha del Plan _____

PLAN DE CONTINGENCIA PARA PROVEEDORES INDEPENDIENTES DE LA DDD INSTRUCCIONES

- Este formulario debe ser completado por el Coordinador de Apoyo para todos los miembros del Servicio Basado en el Hogar y la Comunidad (HCBS por sus siglas en inglés) que reciben uno o más de los siguientes servicios ALTCS:
 1. Encargados de Cuidado
 2. Habilitación por Hora
 3. Habilitación Independiente
 4. Ama de Casa
 5. Atención de Relevó
- El miembro debe ser informado de su derecho a tener un cuidador de guardia de respaldo en caso de que ocurra una brecha imprevista.
- Se debe informar al miembro de su derecho a cambiar su Nivel de Preferencia de Servicio del Miembro previamente designado en cualquier momento, incluso cuando se produzca una brecha. El gerente de caso debe colocar sus iniciales y la fecha en la primera página de la declaración indicando que esto se hizo en el momento en que se desarrolló el plan
- El miembro debe designar el plan de respaldo para el modo en que el **miembro elige** que se satisfagan sus necesidades en caso de que el cuidador regular no esté disponible según lo programado. Se puede elegir más de una opción.
- El miembro/representante no debe indicar “puedo esperar hasta la próxima visita programada por mi agencia proveedora para recibir atención autorizada” en el plan de respaldo, a menos que el Nivel de Preferencia de Servicio del Miembro designado sea 4 (puedo esperar hasta la próxima visita programada por el proveedor).
- Si el miembro indica que desea que familiares o amigos brinden atención de respaldo no remunerada durante parte o todo el tiempo que el proveedor de ALTCS estaba programado para estar allí, deben indicarse los nombres de esas personas. **La selección de este sistema de apoyo informal como plan de respaldo debe ser elección del miembro y no se debe asumir simplemente porque esas personas viven en el hogar y/o parecen estar disponibles.**
- Debe incluirse el número de teléfono de la línea telefónica gratuita de la DDD. También se deben incluir el nombre y número(s) de teléfono del Coordinador de Apoyo.
- El miembro o Persona Responsable debe firmar el formulario completo indicando que ha sido revisado con él/ella y que él/ella está de acuerdo con él. Se debe entregar una copia del plan firmado al miembro/Persona responsable. **Este formulario debe firmarse al completarlo por primera vez, así como en cada revisión de servicio de 90 días si no hay cambios en el plan.** Si hay cambios en cualquier parte del plan, se debe escribir un nuevo plan, firmarlo y dejar una copia con el miembro/Persona Responsable. **Se debe redactar un nuevo plan al menos una vez al año.**