

Constatación de Entendimiento del Modelo de Servicio para Padres como Cuidadores Remunerados y Acuerdo para Cumplir con los Requisitos del Modelo de Servicio

Nombre del Miembro _____ Núm. ID de AHCCCS _____

Instrucciones Generales para Llenar este Formulario:

1. El formulario se revisará, llenará y firmará después de que se haya tomado una decisión en relación con la elección del modelo de servicio para Padres como cuidadores remunerados (PPCG, en inglés), como resultado del uso de la herramienta "Opciones para cuidadores de menores: guía de debate y plan para la toma de decisiones". La conversación y la elección tendrán lugar durante la reunión anual del Plan de servicio orientado en la persona (PCSP) o una reunión de revisión a los 90 días.
2. El coordinador de apoyo proporcionará una copia del formulario llenado y firmado a la agencia del proveedor que se haya seleccionado para brindar atención al miembro después de que el padre o la madre hayan aceptado ser empleados o contratados por la agencia. También se le proporcionará una copia al padre o a la madre para sus registros.
3. Cada progenitor debe llenar uno de estos formularios cuando ambos progenitores mantengan al hijo. Ante el PPCG, un progenitor tiene la custodia formal y/o legal de un hijo menor de edad. Esto incluye a los progenitores biológicos/adoptivos y a los tutores de hijos menores de edad.
4. Los padres deben confirmar cada declaración firmando con sus iniciales al lado de la misma. Se permite que los padres indiquen "No aplicable o N/A" en aquellas declaraciones que sean específicas del programa EPD/DDD y que no apliquen porque su hijo no sea miembro de dicho programa.
5. El padre o la madre deben llenar y firmar el formulario para recibir el pago por brindar cuidados y participar en el programa.
6. El padre o la madre deben resolver toda duda ante la agencia proveedora, el coordinador de apoyo o los recursos indicados, según corresponda, antes de colocar las iniciales en las declaraciones y firmar la parte inferior del formulario.
7. El padre o la madre y el coordinador de apoyo deberán firmar el formulario.
8. Se conservará una copia del formulario lleno como prueba para el PCSP del miembro.

Nombre del Miembro _____ Núm. ID de AHCCCS _____

Declaración	Iniciales
<p>1. Declaro que soy residente del estado de Arizona desde _____ Ingresar fecha: Mes, día, año</p> <p>Entiendo que debo ser residente de Arizona durante al menos seis meses antes de recibir el pago por prestar servicios autorizados a mi hijo menor de edad, de conformidad con el Título 36-3312 de los Estatutos Revisados de Arizona. Se define como residente de Arizona a toda persona que viva en el estado de Arizona, tenga o no un domicilio fijo.</p> <p>Entiendo que en cualquier momento se me puede solicitar que presente una prueba de residencia que confirme la fecha que he indicado anteriormente. El incumplimiento de este requisito puede dar lugar a una denuncia por fraude ante la oficina del inspector general y/o la oficina del fiscal general.</p>	
<p>2. Entiendo que el número total de horas de servicio determinadas para mi hijo están médicamente justificadas y se clasifican como atención extraordinaria, según lo establecido durante el proceso de planeación del servicio.</p>	
<p>3. Acepto voluntariamente proporcionar atención remunerada que vaya acorde con el PCSP de mi hijo.</p>	
<p>4. Para promover la socialización de acuerdo con su edad, acepto apoyar los objetivos individualizados del PCSP centrados en que mi hijo interactúe con otros niños de la comunidad.</p>	
<p>5. Entiendo que seré empleado o contratado por la agencia proveedora de servicios y que debo cumplir con todos los requisitos estándar para empleados/contratistas, incluidos los requisitos específicos de la agencia proveedora de servicios.</p>	
<p>6. Entiendo que, antes de poder proporcionar cuidados remunerados, debo cumplir con todos los requisitos, entre ellos:</p>	
<p>a. Tener al menos 18 años de edad o cumplir con el requisito de edad que determine la agencia proveedora del servicio;</p>	
<p>b. Tener o poder obtener la siguiente documentación:</p>	
<p>I. Prueba de haber recibido instrucción sobre el artículo 9 en caso de que mi hijo sea miembro de la DDD;</p>	
<p>II. Prueba de haber recibido formación en RCP/primeros auxilios; y</p>	
<p>III. Prueba de haber terminado la capacitación para el trabajador de atención directa (DCW), según las instrucciones de la agencia proveedora de servicios.</p>	
<p>c. Tener pruebas de haber recibido capacitación en la prestación de servicios de reforzamiento de habilidades según las instrucciones de la agencia proveedora de servicios; y</p>	
<p>d. Aprobar las verificaciones de antecedentes, incluidas las verificaciones del Registro central del Departamento de Seguridad Infantil y del Registro de Servicios de Protección de Adultos.</p>	

Nombre del Miembro _____ Núm. ID de AHCCCS _____

Declaración	Iniciales
7. Si mi hijo es miembro de la DDD, entiendo lo siguiente con respecto a la autorización de huellas dactilares de nivel 1, de conformidad con el Título 36-594.01 de los Estatutos Revisados de Arizona:	
a. si solo presto cuidados asistenciales y resido en la misma vivienda que mi hijo, NO tengo que obtener una tarjeta de autorización de huellas dactilares de nivel 1;	
b. si solo presto cuidados asistenciales y NO resido en la misma vivienda que mi hijo, Sí tengo que obtener una tarjeta de autorización de huellas dactilares de nivel 1; y/o	
c. si presto servicios de reforzamiento de habilidades, Sí tengo que obtener una tarjeta de autorización de huellas dactilares de nivel 1.	
8. Si mi hijo es miembro de ALTCS EPD o ALTCS Tribal, entiendo que, según la Política 1240-A y la Política 1240-E de AMPM, debo pasar una verificación de antecedentes penales.	
9. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de educación continua según lo indique la agencia proveedora de servicios.	
10. Entiendo que no puedo trabajar ni recibir un salario de otro empleador durante las horas en que presto cuidados remunerados a mi hijo.	
11. Entiendo que, cuando presto cuidados remunerados para satisfacer las necesidades determinadas de mi hijo, no debo participar en responsabilidades personales o familiares que obstaculicen la calidad y la continuidad de la satisfacción de las necesidades de cuidados de mi hijo, tal y como se describe en el PCSP (es decir, hacer mandados, realizar labores de voluntariado, cuidar de otros niños o familiares).	
12. Si mi hijo es miembro de ALTCS de DES/DDD, entiendo que los requisitos de las normas administrativas del Código Administrativo de Arizona 6-6-901 a 6-6-910 deben cumplirse durante todo el tiempo que reciba el pago por el cuidado por parte de una agencia proveedora de servicios. Los “tiempos muertos”, la privación del acceso a necesidades básicas como la comida (p. ej., “no hay cena hasta que no limpies tu habitación”) y los castigos corporales como los “azotes” son ejemplos de técnicas que un/a padre/madre no puede utilizar mientras recibe un pago por prestar servicios de asistencia y/o reforzamiento de habilidades.	
13. Acepto seguir los procedimientos de mi agencia proveedora de servicios para notificar a la agencia si ya no puedo proporcionar cuidados remunerados de forma permanente o temporal y se necesita de otro cuidador. Esto incluye situaciones en las que pueda necesitar reducir el número de horas por las que se me paga por los cuidados. Después de notificarlo a la agencia, también compartiré esta información con el coordinador de apoyo de mi hijo.	
14. Entiendo que la agencia proveedora de servicios elaborará un plan de emergencia conmigo para garantizar que mi hijo reciba cuidados si se produce una situación imprevista en la que yo no pueda prestar los servicios. Si se presenta una circunstancia imprevista que me impida prestar cuidados remunerados en un día concreto, me pondré en contacto con la agencia proveedora de servicios tan pronto como tenga conocimiento de esta situación para poner en marcha el plan de emergencia.	

Nombre del Miembro _____ Núm. ID de AHCCCS _____

Declaración	Iniciales
15. Entiendo que si se determina que mi hijo necesita más de 40 horas de cuidado remunerado (es decir, cuidado asistencial y reforzamiento de habilidades) en un periodo de siete días, la agencia proveedora de servicios deberá contratar a un cuidador que no sea uno de los padres para que brinde cualquier cuidado por más de 40 horas.	
16. Acepto compartir las preferencias de mi hijo y mi familia con la agencia proveedora para permitir que la agencia contrate cuidadores competentes que atiendan a mi hijo, incluidos otros cuidadores para cuando yo no pueda proporcionar el cuidado remunerado y/o cuidadores que presten servicios de relevo. Entiendo que tengo la opción de participar en la contratación de cuidadores junto con la agencia proveedora de servicios si así lo deseo; sin embargo, no estoy obligado/a a hacerlo si no quiero.	
17. Entiendo que estoy limitado/a en cuanto a la atención remunerada que puedo proporcionar y que estas limitaciones estarán bajo la supervisión tanto de mi agencia proveedora de servicios como del plan de salud de mi hijo:	
a. No proporcionaré más de 40 horas de cuidados remunerados (es decir, cuidados asistenciales o reforzamiento de habilidades) en un periodo de siete días. La agencia proveedora de servicios supervisará mi cumplimiento en función de su semana laboral identificada;	
b. Si el otro progenitor y yo proporcionamos cuidados remunerados a nuestro hijo, las horas combinadas de ambos progenitores no pueden superar las 40 horas de cuidados remunerados en un periodo de siete días para el niño, independientemente de cómo se repartan las horas entre varias agencias proveedoras de servicios;	
c. No puedo proporcionar más de 16 horas de cuidados remunerados en un periodo de 24 horas en cualquier combinación para miembros de la DDD y cualquier combinación de servicios (p. ej., un miembro que participe en el PPCG, 2 o más niños que participen en el PPCG, otros miembros que no participen en el PPCG);	
d. Seré empleado/contratado por una agencia para los servicios que preste a mi(s) hijo(s) de conformidad con el Título 36-2970.02 de los Estatutos Revisados de Arizona;	
e. No recibiré remuneración por los servicios cuando mi hijo no esté presente, de conformidad con el Título 36-2970.01 de los Estatutos Revisados de Arizona;	
f. No recibiré remuneración por los servicios cuando mi hijo esté recibiendo cuidados de un proveedor autorizado o en un centro ambulatorio u hospitalario autorizado, de conformidad con el Título 36-2970.01 de los Estatutos Revisados de Arizona;	
g. No recibiré remuneración por los servicios y tareas que no se evalúen y autoricen de conformidad con la Herramienta de necesidades HCBS, incluidos los servicios prestados durante la noche, según el Título 36-2970.02 de los Estatutos Revisados de Arizona;	
h. Entiendo que no recibiré remuneración por los servicios mientras mi hijo participe o reciba servicios, programas o subvenciones educativos desde preescolar hasta preparatoria financiados con fondos públicos o privados; y	

Nombre del Miembro _____ Núm. ID de AHCCCS _____

Declaración	Iniciales
i. Entiendo que si mi hijo y yo vamos a viajar y necesitamos servicios, debo notificarlo al coordinador de apoyo y seguir las políticas del plan de salud para los servicios incluidos cuando se prestan fuera del área de servicio del plan de salud.	
18. Acepto cumplir con los requisitos de Verificación electrónica de visitas (EVV, en inglés) y cualquier otro requisito de documentación según lo indique la agencia proveedora de servicios (es decir, notas de progreso para los servicios de reforzamiento de habilidades). Si tengo preguntas sobre la EVV, las plantearé a mi agencia proveedora de servicios.	
19. Acepto cumplir con las visitas de supervisión de mi agencia proveedora de servicios.	
20. Acepto cumplir con las visitas de 90 días a mi hogar que realizará el coordinador de apoyo de mi hijo.	
21. Acepto seguir las políticas de mi agencia proveedora de servicios sobre la notificación de incidentes graves (p. ej., abuso, negligencia, explotación, lesiones).	
22. Entiendo que cualquier ingreso que obtenga como cuidador remunerado puede afectar mi elegibilidad ante el AHCCCS o la del resto de mi familia. Los ingresos que recibo por prestar servicios de asistencia o reforzamiento de habilidades pueden considerarse pagos por "cuidados complejos" que pueden excluirse de los salarios para la elegibilidad de Medicaid cuando se cumplen determinados criterios. Póngase en contacto con el AHCCCS por teléfono (602-417-5010 o 1-800-528-0142) o por correo electrónico (dmps.sos@azahcccs.gov) si tiene alguna pregunta sobre su salario y su elegibilidad.	
23. Entiendo que los ingresos adicionales podrían afectar a otras prestaciones financiadas con fondos públicos que mi familia o yo recibimos (p. ej., SNAP, vivienda). Se recomienda ponerse en contacto con sus proveedores de prestaciones para obtener más información.	
24. Entiendo que puedo compartir información voluntariamente con la agencia proveedora de servicios o con mi coordinador de apoyo si mi unidad familiar o yo podemos beneficiarnos de recursos que ayuden a financiar la prestación de cuidados remunerados (p. ej., recursos que ayuden a centrarse en mi salud y bienestar o en mis necesidades de formación).	

Al firmar este formulario, reconozco que comprendo y acepto cumplir con los requisitos. Si se descubre que no cumplo con alguno de estos requisitos que he reconocido/acordado al plasmar anteriormente mis iniciales, puedo perder la posibilidad de participar en el modelo de servicio de Padres como cuidadores remunerados. También entiendo que, en cualquier momento, puedo cambiar de opinión sobre mi participación comunicándoselo al coordinador de apoyo de mi hijo y a la agencia proveedora para dialogar y buscar otros cuidadores.

Firma de padre/madre: _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde de padre/madre: _____

Firma del coordinador de apoyo: _____ Fecha _____