

Libro de Apoyo de Alivio de Una Vez

División de Servicios para Personas con Discapacidades

TABLA DE CONTENIDO

	Número de Página
Sección 1: Bosquejo del Programa	1
Introducción a Servicios de Alivio Basado en Agencia	1
Introducción Servicios de Alivio Auto-Administrados(SARS)	1-2
Definición de Términos.....	3-4
Diagrama de Flujos de Servicios	5
Elegiendo Servicios Apropriados	6
Descripciones de Opciones de Servicios.....	7-11
Acuerdo de Servicio Auto-Administrado	12
Sección 2: Funciones y Responsabilidades	13
Responsabilidades del Coordinador de Apoyo de División	13
Responsabilidades del Proveedor Basado en la Agencia	14
Responsabilidades de Servicios de Alivio Auto-Administrado	14
Responsabilidades del Empleador	15-23
<i>(Formularios están incluidos en la Sección 5: Sección de</i>	
<i>Formularios Impresos)</i>	
Investigación de Antecedentes Penales	16
Reporte de Incidentes	17
Fichas de Tiempo.....	18-19
Plazo de Tiempo para la Nómina.....	19
Entrenamiento Especifico para Transportación.....	19-20
Información de Tarifa del Empleado	20
Terminación de Empleo	20
Archivación	21
Sugestiones de Asistencia para Asegurar Éxito del	
Empleado.....	22
Responsabilidades del Agente Fiscal	24
Responsabilidades del Empleado.....	25-26
Sección 3: Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS)	27
Regla Administrativa	27
Evitando Fraude y Mal Uso de Fondos.....	27
Limitaciones del Personal	28
Sección 4: SARS Formularios y Enlaces	29
Lista de Documentos	29
Formularios Generales de Servicios Auto-Administrados	30-31
Apoyo y Recursos Adicionales	32-33
Preguntas Frecuentes.....	34-35
Sección 5: Sección de Formularios Impresos	36
Acuerdo de Servicios Auto-Administrados (Formulario 2-9SA)	
Aplicación del Empleado para Certificación (Formulario 2-9C)	
Acuerdo de Empleo (Formulario 2-9EA)	
Aplicación de Investigación de Antecedentes Penales	
Formulario de Reporte de Incidentes (Formulario I-8)	
Código de Conducta del Departamento de Servicios Humanos (Referencia 05-03)	
Código de Conducta de División (Formulario 5-3)	
Página de Firmas de Código de Conducta (Formulario 5-3)	

Introducción al Programa de Respiro de Una Vez

El Programa de Respiro de Una Vez es un programa fundado y operado por el Estado que permite la provisión de servicios de alivio para personas que están en la División para Personas con Discapacidades (DSPD) o la lista de espera de la División. El programa de alivio está diseñado para proveer alivio de tiempo limitado a corto plazo del cuidado normal. El programa de alivio permitirá a los padres y cuidadores a tomar un descanso corto de las demandas de la persona en tiempos necesarios mientras proveyendo apoyos necesarios para cumplir con las necesidades del cuidado y supervisión de la persona. Los fondos asignados a cada persona son fondos de una vez y los servicios son limitados. Los fondos expiran y servicios terminan un año después del inicio del Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP). Los fondos son autorizados anualmente a través de la Legislatura del Estado de Utah. Participación en el programa no retira a la persona de la lista de espera de la División y cuando los fondos se hayan agotado, la persona permanece en la lista de espera de la División para servicios. El programa de Alivio de Una Vez es ofrecido a aquellos en la lista de espera de la División. Este recurso está dirigido a reducir el estrés experimentado por los cuidadores y evitar crisis.

Servicios de Alivio de Una Vez están disponibles a través de un modelo Proveedor Basado en Agencia y también a través de un modelo Auto-Administrado. En el modelo Basado en Agencia, un proveedor de servicio comunitario contratado con la División, provee el servicio de alivio y es responsable de todos los aspectos de la entrega de servicios. En un modelo de Alivio Auto-Administrado la persona/familia contrata y dirige su propio trabajador de alivio y la persona/familia es responsable de todos los aspectos de la entrega de servicios. Individuos y familias tienen la habilidad de utilizar cada modelo o la combinación de los dos para mejor cumplir sus propias necesidades individuales. Servicios de Alivio pueden ser proveídos como servicios individuales uno a uno o como servicio en grupo al igual que ambos servicios por hora y por día.

Un Coordinador de Apoyo de División trabajará con cada participante y completará un Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP) que autoriza el uso de servicio de alivio. La División también autorizará la sumisión de la facturación de alivio mientras los servicios son utilizados y monitoreará el uso de servicio de alivio para cada participante.

Sección Uno: Descripción General de Servicios de Alivio de Una Vez

Introducción a Servicios de Alivio Basado en Agencia

Servicios de Alivio Basado en Agencia permiten a personas y sus familias a recibir servicios en sus hogares y en el ambiente de alivio basado en proveedor. Los servicios incluyen servicios de alivios por hora y diarios que cumplen con las necesidades de supervisión y del cuidado de la persona durante horas en la que el cuidador normal no está disponible. Servicios de Alivio Basado en Agencia incluye servicios de alivio terapéutico proveído en un ambiente de campamento o programa de verano. En el modelo de Proveedor Basado en Agencia una agencia basada en la comunidad contrata con la División para proveer los servicios de alivio y es responsable por todos los aspectos de entregar el servicio de alivio. La agencia es responsable de:

- Contratar, entrenar, dirigir y supervisar cada empleado de alivio contratado.
- Asegurarse de que los servicios dados se mantengan dentro del presupuesto autorizado de la persona.
- Completar y entregar documentación de manera oportuna.
- Organizar necesidades del personal requeridas por la persona.

La agencia trabaja con la persona y la familia para asegurarse que los servicios de alivio están cumpliendo con las necesidades identificadas de la persona.

Introducción a Servicios de Alivio Auto-Administrados

Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS) ofrece una alternativa a los servicios del Proveedor Basado en Agencia al permitir a las personas con discapacidades y sus familias a elegir servicios proveídos en sus hogares. Personas con discapacidades son capaces de contratar, entrenar y supervisar al/los empleado(s) ofreciendo el apoyo. También se aseguran que los servicios se mantengan dentro del presupuesto asignado. La División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD) asigna un presupuesto que obtiene apoyos autorizados para la persona recibiendo financiamiento.

Fondos del programa son desembolsados solamente para pagar para los servicios señalados en el Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP) y solo después que los servicios hayan sido realizados. Todos los pagos SARS son hechos directamente a la persona realizando los servicios (el empleado) a través de un Agente Fiscal bajo contrato con la DSPD.

Si usted utiliza la opción SARS para servicios, usted será requerido a utilizar un Agente Fiscal. El Agente Fiscal proveerá servicios financieros para la persona, o el representante designado de la persona, incluyendo: (a) verificar las cualificaciones del trabajador, (b) pagos/retención de impuestos federales, estatales y locales, reporte del estado del presupuesto, y (c) procesar el papeleo de Medicaid y pagar a los Empleados.

El Coordinador de Apoyo de División monitorea el presupuesto y asegura que los servicios son parte del Plan de Apoyo Centrado en la Persona. Si alguna preocupación surge, el Coordinador de Apoyo de División contacta a la persona recibiendo servicios, o a su representante, para resolver los problemas. El Coordinador de Apoyo de División puede asistir al organizar servicios de Proveedor Basado en Agencia si la familia necesita ayuda con esto al llamar al Coordinador de Apoyo de División. Servicios de Alivio Auto-Administrados son parte de la meta de la DSPD para permitir la cantidad máxima de independencia y elección en las vidas de las personas que servimos.

DEFINICION DE TERMINOS

Proveedor Basado en Agencia: Cualquier compañía que contrata con DSPD para ofrecer ayuda planeada para las personas con discapacidades.

Servicios Directos: Servicios proveídos por un empleado en presencia física de la persona.

Coordinador de Apoyo de División: Un empleado DSPD que provee asistencia en el desarrollo de servicios necesarios y apoyo a la persona recibiendo financiamiento de la DSPD. El Coordinador de Apoyo de División también monitorea el uso de los servicios y el Presupuesto Basado en la Persona.

DSPD: División de Servicios para Personas con Discapacidades. DSPD es la agencia de estado responsable para la administración de fondos estatales y federales para personas con discapacidades.

Empleador: La persona recibiendo servicios a través de DSPD, o su representante. Esta persona tiene la responsabilidad de contratar, entrenar, supervisar y preparar los sueldos para los empleados contratados para dar los servicios.

Empleado: Cualquier individuo contratado para proveer servicios a la persona recibiendo Servicios de Alivio Auto-Administrados.

Fraude Financiero: El mal-uso intencionado y negligente de fondos hechos disponibles para proveer apoyo a la persona. Por ejemplo: reportar reclamos duplicados, entregar reclamos por trabajos no proveídos o requiriendo que un trabajador regrese una porción de su salario al empleador.

Agente Fiscal: Un individuo o entidad contratada por la DSPD para realizar acciones fiscales, legales y administrativas, incluyendo deberes del procesamiento de sueldo para Servicios Auto-Administrados. Si usted utiliza Servicios de Alivio Auto-Administrados, será requerido procesar sueldos a través de un Agente Fiscal.

Plan de Apoyo Centrado en Personas (PCSP): Un plan de apoyo abreviado que autoriza el tipo, cantidad y frecuencia de los servicios de alivio. El plan es desarrollado a través de una entrevista corta que incluye una evaluación de los

servicios de alivio necesarios al igual que las fortalezas, metas de alivio, y asuntos de salud y seguridad de la persona necesaria para los servicios de alivio.

Presupuesto Basado en la Persona: Fondos Estatales que son asignados a la persona siendo servida a través de la DSPD para obtener apoyos apropiados y autorizados.

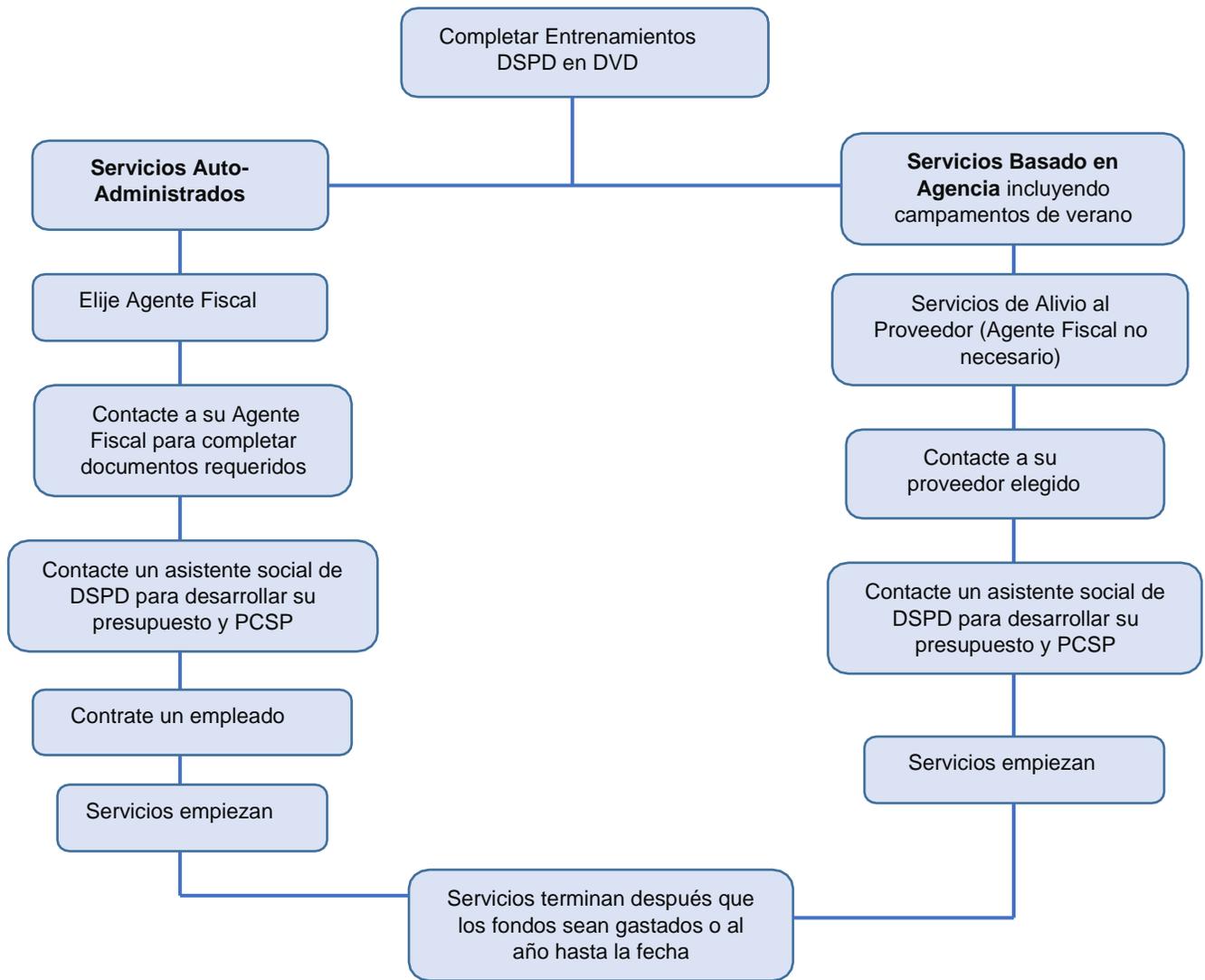
Tarifas: La cantidad que la DSPD le paga al Proveedor o al trabajador SARS por servicios/apoyos para la persona. La tarifa incluye el sueldo directo del trabajador SARS y la porción de impuestos del empleador (la persona dirigiendo SARS). Los empleadores deben pagar una tarifa entre el salario mínimo federal y la tarifa máxima de Medicaid permitida notada en el horario de paga del Agente Fiscal. El empleador puede elegir la cantidad de ayuda recibida ajustando la tarifa directa pagada a los empleados dando servicios. Las tarifas pueden ser cambiadas por el empleador según necesario.

Apoyos de Cuidados de Alivio: Incluye alivio a corto plazo del cuidado normal. Cuidado de Alivio provee supervisión en el hogar de la familia, el hogar del empleado, un campamento durante la noche, un programa de verano, o una facilidad basada en agencia. Apoyos de Cuidado de Alivio son disponibles como un servicio individual o de grupo y a través del modelo Auto-Administrado o el modelo de Proveedor Basado en Agencia.

Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS): Una opción de servicio para personas recibiendo fondos de la DSPD que permite a la persona a contratar, entrenar y administrar el presupuesto permitido.

Orientación de Servicio Específico: Entrenamiento ofrecido por la familia al empleado que provee información importante acerca de la persona. Entrenamiento puede incluir, pero no se limita a: necesidades médicas, necesidades físicas, necesidades dietéticas y lo que sea necesario para implementar alivio como señalado por el padre. Las familias son responsables de entrenar a sus empleados en áreas específicas que ellos sientan son importante.

Diagrama de Flujo del Proceso de Alivio Una Vez



ELIGIENDO SERVICIOS APROPIADOS

Coordinadores de Apoyo de División proveen apoyo continuo para asegurar que las necesidades de la persona recibiendo servicios sean identificadas apropiadamente y que los servicios seleccionados de un Proveedor Basado en Agencia y/o Servicios de Alivio Auto-Administrados coincidan con las necesidades de la persona.

Servicios de Proveedor Basado en la Agencia son ofrecidos a través de compañías privadas que se contratan con la DSPD. Mientras use este servicio, la persona, o el representante de la persona, elige una agencia que satisfaga las necesidades de la persona. La agencia proveedora es responsable de supervisar, contratar y asegurarse que las cualificaciones del empleado dando los servicios sean cumplidas.

Servicios de Alivio Auto-Administrados ofrecen una alternativa al tradicional Proveedor Basado en la Agencia, permitiendo a la persona o el representante de la persona (usualmente un familiar) a contratar empleados que cumplan con las necesidades específicas del servicio identificado. Generalmente, apoyos Auto-Administrados son dados en el hogar de la persona. Servicios de Alivio Auto-Administrados están disponibles para todo aquel capaz de administrar el programa y para quienes deseen contratar a sus propios empleados. La persona o el representante de la persona es responsable de contratar, entrenar, supervisar y fijar el horario de los empleados y de aprobar las fichas del empleado. Los individuos deben trabajar junto a su Agente Fiscal y Coordinador de Apoyo de División para cumplir requisitos de DSPD.

Servicios Usados en Combinación Las necesidades varían ampliamente y pueden requerir una combinación de servicios. Una persona, o representante de la persona, puede obtener asistencia de alivio a través de Servicios de Alivio Auto-Administrados o a través de un Proveedor Basado en la Agencia o una combinación de ambos.

DESCRIPCION DE OPCIONES DE SERVICIOS

Servicios de Administración Financiero/ Agentes Fiscales: Un requisito bajo los Servicios de Alivio Auto-Administrados. Agentes Fiscales: (a) procesar la nómina para los empleados, incluyendo intereses de pagos de retención de impuestos federales, estatales y locales, cuota de compensación de desempleo, acuerdos de salarios, reportes fiscales de contabilidad. (b) completar formularios de impuestos y (c) proveer presupuestos de contabilidad mensualmente

Apoyos de Cuidados de Alivio (RP): Incluye alivio a corto plazo del cuidado normal. Cuidado de Alivio provee supervisión en el hogar de la familia, el hogar del empleado, un campamento de toda la noche, un programa de verano o una facilidad basada en agencia. Los Apoyos del Cuidado de Alivio son disponibles como servicio individual o de grupo. Los servicios son disponibles por hora y por día y pueden ser proveídos en el hogar de la persona o en el hogar de un empleado calificado. Los servicios también pueden ser proveídos a la persona en la comunidad. Los servicios son ofrecidos a través de un modelo Auto-Administrado donde la persona o familia es responsable por todos los aspectos de la entrega de servicios incluyendo contratar, despedir y dirigir a sus propios empleados o a través de un modelo de Proveedor Basado en Agencia donde un proveedor de servicio de la comunidad contratado con la División es responsable de todos los aspectos de la entrega de servicios incluyendo contratar, despedir y dirigir los empleados de la agencia. Alivio puede ser proveído por un empleado de 16 años de edad con el consentimiento de los padres y debe ser proveído por alguien mayor de 18 años cuando involucra cuidado durante la noche o cuando incluye transportación incidental. El empleado no deberá ser un padre, padrastro, tutor o cónyuge de la persona recibiendo servicios de alivio. Todos los empleados deberán pasar la revisión de antecedentes penales exitosamente.

Sesión de Alivio (RPS): Típicamente proveído en un ambiente de campamento o programa de verano que incluye un programa de alivio terapéutico proveído en base de sesiones y proporcionado a una persona a corto plazo en un centro u otro programa basado en comunidad aprobado y no en el lugar normal de residencia de la persona o de familia inmediata. RPS está destinado para cuidado ofrecido a través de un centro aprobado por DHS/DSPD o de cuidado temporal, campamento durante la noche, programa de verano o un centro ofreciendo alivio en grupo, aparte de la residencia privada de la persona. RPS deberá utilizarse con un proveedor que tiene un contrato existente con DHS/DSPD. El personal (empleados) deberán haber completado todos los requerimientos de entrenamiento antes de ofrecer cualquier apoyo a la persona y de realizar cualquier trabajo a una persona, sin supervisión. Los servicios proveídos y facturados bajo la descripción de éste servicio, en ningún caso, son proveídos en el hogar privado o residencia del contratista o de la persona.

CODIGOS DE SERVICIO

Servicios de Alivio Auto-Administrado y Códigos: Familias usando el modelo Auto-Administrado de entrega de servicio tendrán que estar familiarizado con las diferencias entre cada servicio y código para asegurar utilización y registro adecuado en las fichas de tiempo de sus empleados. Cuando se está determinando cual servicio y código se debe usar, las familias necesitan identificar qué tipo de servicio de alivio es requerido. Las familias necesitan considerar si el servicio es por hora o diario. “Por hora” significa menos de 6 horas proveídas y “diario” significa 6 horas continuas o más proveídas. Las familias necesitan determinar si el servicio es dado en una proporción uno-a-uno o en un ambiente de grupo. Proporción “uno-a-uno” significa un empleado por persona servida y “ambiente de grupo” significa un grupo pequeño de hasta 3 personas con una discapacidad recibiendo servicios de la División, siendo atendidos juntos de una sola vez. Las familias también necesitan determinar si la persona siendo atendida tiene necesidades de alojamiento y comida cuando es atendida con cuidado durante la noche en un ambiente diario. Las familias deberán utilizar los siguientes códigos de servicio en la ficha de tiempo de su empleado de acuerdo al servicio proveído. Las explicaciones del código de servicio debajo serán usadas en la ficha de tiempo del empleado de acuerdo al tipo de servicio proveído. Es importante notar que con los Servicios de Alivio Auto-Administrados la familia y la persona determinan cual servicio es necesitado y requerido y cómo es proveído. Información adicional en relación a códigos de Servicios de Alivio Auto-Administrados es disponible en la página web DSPD en <http://dspd.utah.gov/self-administered-services-descriptions/>

RP1= Es un servicio de cuidado de alivio uno-a-uno por hora y diario que atiende a no más de una persona a la vez. Es esperado que el empleado vaya a cumplir con las necesidades de cuidado y supervisión para la persona recibiendo servicios y las familias organizarán para cuidado de niños adicional si requerido por otros niños en el hogar. RP1 es proveído en la residencia privada de la persona, el hogar de un empleado aprobado o en la comunidad. Cuidado durante la noche puede ser proveído usando RP1. Este servicio puede ser prestado por un período de menos de 6 horas y por lo tanto será considerado como un servicio por hora y registrado en la ficha de tiempo del empleado como tal. El servicio también puede ser repartido por períodos de tiempo de más de 6 horas en un período de 24 horas, en cuyo caso considerará como servicio diario y registrado en la ficha de tiempo como tal.

RP6= Es un servicio diario que provee un servicio de alivio uno-a-uno incluyendo cuidado durante la noche. Este servicio incluye pago para el costo de alojamiento y

comida de la persona viviendo en este entorno. RP6 no está proporcionado en el hogar de la persona y solo es proveído en el hogar o entorno de un empleado aprobado. Empleados ofreciendo éste servicio dentro de sus propios hogares no deberán servir más de cuatro personas en total por persona al mismo tiempo incluyendo los hijos menores de 14 años del empleado. La diferencia importante con RP6 es que es un servicio uno-a-uno que provee pago por el costo de alojamiento y comida de la persona y es estrictamente un servicio por día, queriendo decir que por más de 6 horas, lo cual es típicamente usado en situaciones servicios durante la noche. RP6 no incluye pago para cuidado de necesidades excepcionales.

RP7= Es un servicio por hora y por día que provee cuidados en un entorno de grupo para hasta 3 personas con una discapacidad recibiendo servicios de la División. No incluye pagos para alojamiento y comida de la persona. Empleados dando éste servicio dentro de sus propios hogares no atenderán a más de 4 personas en total por empleado al mismo tiempo incluyendo los hijos menores de 14 años del empleado. Servicios proveídos de hasta 6 horas son considerados un servicio por hora y cualquier servicio proveído por más de 6 horas son considerados un servicio diario y facturado como tal en la ficha de tiempo del empleado. La diferencia importante con RP7 es que es un servicio de grupo proveído para hasta 3 personas recibiendo servicios de División que no incluyen pago para alojamiento y comida o cuidados de necesidades excepcionales.

RP8= Es un servicio por hora y diario que provee cuidado en un ambiente en grupo para hasta 3 personas con una discapacidad recibiendo servicios de la División que incluye pago para el costo de alojamiento y comida de la persona mientras reside en un entorno para durante la noche. Empleados dando éste servicio dentro de sus propios hogares no atenderán más de 4 personas en total al mismo tiempo incluyendo los hijos menores de 14 años del empleado. Servicios proveídos de hasta 6 horas son considerados un servicio por hora y cualquier servicio proveído por más de 6 horas son considerados un servicio diario y facturado como tal en la ficha de tiempo del empleado. La diferencia importante con RP8 es que el servicio es proveído a hasta 3 personas recibiendo servicios de División e incluye pago para alojamiento y comida que es estrictamente proveído fuera del hogar de la persona en un hogar o entorno de un empleado aprobado.

Códigos de Servicio de Proveedor Basado en Agencia: Familias utilizando el modelo de prestación de servicios Proveedor Basado en Agencia deberán estar pendientes de las diferentes opciones de servicio disponibles para poder cumplir mejor con las necesidades de la persona atendida. Sin embargo, cuando utilizan este modelo de servicio es importante notar que el Proveedor Basado en Agencia DSPD tiene todas las responsabilidades primarias para la entrega de servicios, contratando,

despidiendo y dirigiendo empleados, y cualquier responsabilidad fiscal requerida para el programa; las familias no son responsables de estos detalles con este modelo de prestación de servicios. Cuando determinando cual servicio y código se debe usar, las familias en conjunción con el Proveedor Basado en Agencia, necesitan identificar el tipo de servicio de alivio requerido. Las familias necesitan considerar si el servicio es por hora o diario. “Por hora” significa menos de 6 horas proveídas y “diario” significa 6 horas continuas o más proveídas. Las familias necesitan determinar si el servicio es dado en una proporción uno-a-uno o en un ambiente de grupo. Proporción “uno-a-uno” significa un empleado por persona servida y “ambiente de grupo” significa un grupo pequeño de hasta 3 personas siendo atendidas juntas de una sola vez. Las familias también necesitan determinar si la persona siendo atendida tiene necesidades de alojamiento y comida cuando es atendida con cuidado durante la noche con un servicio diario. Cuando utilizan este modelo de servicio las familias también necesitan considerar si la persona atendida tiene necesidades de cuidado excepcionales médicas o de comportamiento que necesitan ser dirigidas mientras recibiendo servicios. Es importante notar que el Proveedor Basado en Agencia, en conjunción con la familia e individuo, determinarán el servicio y código requerido y el proveedor suplirá el servicio que pueden ofrecer. El Proveedor Basado en Agencia es responsable de asegurarse que todos los artículos de dotación de personal, licenciamiento y contractuales son completados antes de proporcionar servicios de alivio. Sin embargo, la familia tiene la última palabra en cuanto a cuál servicio mejor cumple con las necesidades de la persona atendida. La siguiente información puede servirle de ayuda durante la negociación de las necesidades de servicios de la persona. Estos servicios son disponibles a familias utilizando el modelo Basado en Agencia.

RPS= Es un servicio proveído en base de sesión, principalmente utilizado para campamentos de alivio terapéutico o programa de verano y es proporcionado a una persona a corto plazo en un centro de agencia contratado u otro programa basado en comunidad aprobado DHS/DSPD y nunca es proveído en el hogar de la persona o familia inmediata de la persona. RPS está destinado para cuidado ofrecido a través de un centro aprobado por DHS/DSPD o de cuidado temporal, campamento durante la noche, programa de verano o un centro ofreciendo alivio en grupo, aparte de la residencia privada del contratista o la persona. RPS deberá utilizarse con un proveedor que tiene un contrato existente con DHS/DSPD.

RP2= Este servicio es por hora y diario, uno-a-uno o servicio de cuidado de alivio en grupo que es proveído al individuo en el hogar del individuo, el hogar del proveedor o un centro residencial aprobado basado en proveedor. Alivio en grupo se refiere a un grupo pequeño de hasta un máximo de 3 personas en un ambiente de hogar y hasta 6 personas en un centro residencial basado en proveedor. RP2 no incluye pago para costos de alojamiento y comida cuando utilizado como un servicio durante la noche en el hogar del individuo. Este servicio puede ser proporcionado por un período de menos

de 6 horas y en dado caso será considerado un servicio por hora. Este servicio también puede ser proveído por más de 6 horas y en dado caso será considerado un servicio diario y facturado por el proveedor a la DSPD en consecuencia. Servicio que pase más de 6 horas incluyendo durante la noche y no proveído en el hogar del individuo debe ser facturado como RP4.

RP3= Este servicio es usado para uno-a-uno o servicios de alivio en grupo para individuos requiriendo equipo especializado, o con necesidades médicas o de comportamiento excepcionales más allá de la persona típicamente atendida por la División. Empleados de Agencia son pagados una tarifa por hora o tarifa diaria por sus servicios. La tarifa diaria se refiere al dólar máximo que un empleado puede ganar por 6 o más horas continuas. RP3 no incluye pago para alojamiento y comida y es proveída en la residencia privada de la persona o un ambiente de Proveedor Basado en Agencia aprobado. La diferencia importante con el servicio RP3 es que el servicio proveído es diseñado específicamente para cumplir las necesidades de cuidado excepcionales médica o de comportamiento de la persona y no incluye pago por ningún costo de alojamiento y comida cuando es utilizado como un servicio durante la noche. Servicio que pase 6 horas, incluyendo durante la noche, no son proveídos en el hogar de la persona y deberán ser facturados como RP5.

RP4= Este servicio provee ambos servicios uno-a-uno y también y en grupo diario durante la noche. RP4 siempre es proveído en programa basado en un centro aprobado por DHS/DSPD o en el hogar de residencia privada del empleado de agencia contratado por DSPD y nunca es proveído en el hogar de la persona. RP4 incluye pago para costos de alojamiento y comida de la persona cuando el servicio es utilizado como un servicio durante la noche. La diferencia importante con el servicio RP4 es que solamente es proveído como un servicio diario e incluye pago para costos de alojamiento y comida de la persona; puede ser ofrecido como un servicio de grupo y no incluye pago para ninguna necesidad de cuidado excepcional requerido por la persona.

RP5= Este servicio provee ambos cuidados uno-a-uno y también de grupo diario durante la noche. RP5 es proveído en un programa de agencia contratado basado en un centro aprobado por DHS/DSPD, pero también puede ser proveído en el hogar de residencia privada del empleado de agencia y nunca proveído en el hogar de la persona. La diferencia importante con RP5 es que provee servicios para personas con necesidades de cuidado excepcionales médico y de comportamiento, o requiriendo equipo especializado. RP5 incluye pago para alojamiento y comida cuando el servicio es utilizado como un servicio diario durante la noche.

Acuerdo de Servicios de Alivio Auto-Administrado

Un acuerdo de Servicios de Alivio Auto-Administrado (acuerdo SARS) es un contrato vinculante con la DSPD que permite la auto-administración de servicios. El acuerdo de servicio es completado por primera vez cuando inicien servicios. Usualmente, es completado durante la reunión de planificación centrada en la persona. El acuerdo de servicio debe ser mantenido con otros archivos y estar disponibles para revisión a solicitud del Coordinador de Apoyo de División o DSPD.

Comunicación regular con el Coordinador de Apoyo de División ayuda a identificar necesidades de servicios de la persona y miembros de su familia. Los servicios pueden ser cancelados o cambiados a un modelo de Proveedor Basado en Agencia por la persona/representante de la persona o la DSPD. La persona o el representante designado de la persona es considerado el “empleador de registro” del programa SARS. El “empleador de registro” del programa SARS acepta ser responsable por toda actividad SARS y archivación, como también se asegura de cumplimiento.

Enlaces a los acuerdos para la Lista de Espera de Una Vez para el Programa de Alivio se encuentran en la Sección 4 Formularios y Enlaces. Los acuerdos de Servicios de Alivio Auto-Administrados son listados como:

- 2-9EA Acuerdo de Trabajo del Empleado
- 2-9SA Acuerdo de Servicio del Empleador
- 2-9C Aplicación para Certificación del Empleado
- 2-9T Aviso de Transferencia FMS o Terminación

SECCION DOS: FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Responsabilidades del Coordinador de Apoyo de

La responsabilidad general del Coordinador de Apoyo de División es:

- Asistir en explicar e identificar opciones de servicios.
- Completar el Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP), en donde las necesidades de servicio de la persona son identificadas.
- Asistir con el reparto del presupuesto del PCSP. Los coordinadores de Apoyo de División dan seguimiento a los gastos durante el año. Esto incluye todos servicios prescritos para cada persona y las familias que atienden.
- Monitorear servicios.
- Monitorear la documentación al asistir en los requerimientos de documentación iniciales.
- Completar formularios auditorios de SAA anualmente para cada persona ayudada.
- Provee apoyo básico para el entendimiento del Programa de Alivio de Una Vez incluyendo los servicios de Alivio Auto-Administrado (SARS) y las opciones de entrega de servicios Proveedor de Alivio Basado en Agencia. Esto será un esfuerzo en combinación entre proveedores de servicio de comunidad y los Agentes Fiscales.
- Si surgen preocupaciones, el Coordinador de Apoyo de División contacta a la persona recibiendo servicios, o su representante, para resolver los problemas. El Coordinador de Apoyo de División puede asistir en organizar para el Proveedor de Servicios de Alivio Basado en Agencia si la familia tiene dificultad con esto por sí misma.
- Escribir en las notas de informe de la DSPD USTEPS acerca de resultados y varias correspondencias como las de resúmenes de servicios mensuales de proveedor/empleador, formulario 1-8 Reportes de Incidente y actividades de seguimiento, etc.

RESPONSABILIDADES DEL PROVEEDOR BASADO EN AGENCIA

Al utilizar el modelo de Proveedor Basado en Agencia para el servicio de alivio el proveedor de agencia de servicio de comunidad contratado es responsable de todos los aspectos de proveer servicios de alivio.

- La agencia es responsable de contratar, entrenar y dirigir a sus empleados responsables de proveer el servicio de alivio.
- La agencia es responsable de asegurar que cada personal es entrenado adecuadamente y requerido a completar todos los artículos necesarios de entrenamiento, revisiones de antecedentes, mantener documentación al igual que todos los demás artículos considerados necesarios para cada empleado.
- La agencia es responsable de asegurar que cada lugar y centro de alivio aprobado cumpla con los requerimientos apropiados para licenciamiento y todos requerimientos de dotación de personal relevantes.
- La agencia es responsable de asegurar que todos requerimientos de documentación sean completados por la agencia y el personal de la agencia y que toda la documentación sea completada de manera oportuna.
- La agencia es responsable de programar y organizar el tiempo del personal para dirigir las necesidades de personal de la persona.
- La agencia es responsable de asegurar que el empleado esté familiarizado con las necesidades de la persona, las metas de alivio y cualquier otra necesidad de servicio específico requerido por la persona.

RESPONSABILIDADES DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADO (SARS)

Al utilizar la opción de Servicio de Alivio Auto-Administrado (SARS) la persona recibiendo servicios, o su representante se convierte el empleador y es responsable por todos los aspectos del servicio de alivio incluyendo:

- Contratar, dirigir y responsabilidades de entrenamiento del empleado
- Completando y manteniendo requerimientos de documentación
- Asegurándose de que requerimientos de dotación de personal son adecuados para cumplir las necesidades de la persona
- Asegurándose que los empleados estén familiarizados con las necesidades de la persona, el alivio
- metas y necesidades de cualquier servicio específico requerido por la persona

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

Las responsabilidades del empleador de Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS) son:

- Firmar el formulario 2-9SA acuerdo de Servicios de Alivio Auto-Administrados.
- Seleccionar un Agente Fiscal e informarle al Coordinador de Apoyo de División y al Agente Fiscal de cualquier actualización o cambios al estado del empleado para todos los contratados o los trabajadores liberados.
- Proveer entrenamiento/orientación para necesidades individuales
- Desarrollar y actualizar el contacto de emergencia y formulario de información.
- Asegurar que los empleados entiendan y estén familiarizados con el contacto de emergencia y formulario de información y saber dónde está localizado.
- Mantener personal del empleado y documentos de entrenamiento por seis años.
- Asegurar que los empleados cumplan los requisitos de entrenamiento de la DSPD.
- Asegurar que los empleados tengan 16 años de edad o más, y completen el Formulario de Acuerdo de Empleo. Para trabajo durante la noche o servicios de transporte, el requisito de edad es de 18 o más. Si el empleado es de 16 años o mayor, pero menor de 18 años, la firma de un padre o tutor es requerida en el Formulario de Acuerdo de Empleo.
- Recibir, revisar y firmar las fichas de tiempo con los empleados y entregar de acuerdo al horario de nóminas del Agente Fiscal.
- Reclutar, examinar, contratar, despedir y entrenar empleados
- Asegurar que empleados dando servicios directos hayan pasado la revisión de antecedentes penales. Revisiones de antecedentes penales deben ser completados *anualmente* para los empleados dando servicios.
- El representante de la persona le notificará al Coordinador de Apoyo de División si cualquiera de lo siguiente ocurre:
 - (a) Si la persona se muda. Mudándose de un área de Utah a otra, los servicios DSPD son retenidos. Mudándose fuera de Utah cierra todos los servicios DSPD. Una aplicación nueva para servicios DSPD sería requerida y la persona será colocada en una lista de espera si regresan a Utah después de haberse mudado fuera de estado.
 - (b) Si la persona se encuentra en el hospital o en un hogar de ancianos;
o
 - (c) Fallecimiento de la persona.

Asegurar que todos los documentos requeridos estén llenados por el empleado, incluyendo:

- Un formulario 2-9C Certificación del Empleado. Complete todas áreas

identificadas e indique conocimiento de los Requerimientos de Certificación al firmar y poner la fecha en cada área completada

- Un Código de Conducta de Departamento y cualquier Código de Conducta de División
- W-4 Certificado de Exención de Retenciones del Empleado. Este formulario es utilizado por el Agente Fiscal para ajustar los impuestos del empleado reclamados para excepciones.
- I-9 Formulario Verificación de Elegibilidad de Empleo. Hay dos secciones que deben ser completadas por usted y su empleador. Incluye copias de 2 formas de identificación. Ver lado reverso de I-9 para una lista de documentación aceptada y más información.
- Formulario 2-9EA Acuerdo de Empleo; proveído en el paquete de Agente Fiscal, también disponible en la página web de la DSPD.

Investigación de Antecedentes

La Aplicación para Investigación de Antecedentes, también referido como revisión de antecedentes penales es una evaluación inicial y anual de cualquier individuo ofreciendo apoyo de cuidado directo a un individuo en servicios.

La tarjeta de Seguro Social e identificación del empleado, como una licencia de conducir actual o identificación del estado, deberán ser verificadas por el empleador. El empleador necesitará ver las originales y mantener una copia de la licencia o identificación del estado y la tarjeta de Seguro Social para llenar un formulario I-9. al agente fiscal.

El Agente Fiscal entregará los formularios para la Investigación de Antecedentes y le notificará cuando la investigación de antecedentes esté completada y le proveerá certificación para sus archivos. Una tutoría para investigación de antecedentes es disponible en la página web de la DSPD. El enlace es proveído en la Sección 4 Formularios y Enlaces.

La Aplicación de Investigación de Antecedentes debe ser enviada al Agente Fiscal con el cual ha decidido trabajar.

LEONARD CONSULTING, LLC

1059 E 900 S
SLC UT 84105
801-359-4699

MORNING STAR Financial Svc

PO BOX 9323
SLC UT 84109
801-484-0787
888-657-0874

Reporte de Incidente

Asegurar entrenamiento adecuado al personal en relación al reporte de incidente. Los empleados están requeridos a saber qué tipos de incidentes se reportan, el plazo de tiempo para reportar y donde los formularios de reporte de incidentes están localizados. Es requerido que el empleador o el empleado notifique al Coordinador de Apoyo de División de cualquier incidente reportable que ocurra mientras la persona está bajo el cuidado del empleado dentro de 24 horas de la ocurrencia. Un Formulario 1-8 de Reporte de Incidente DEBE ser completado dentro de 5 días laborales del incidente y enviado al Coordinador de Apoyo de División. La notificación inicial puede ser en forma de una llamada, correo electrónico o fax. Un Reporte de Incidente (1-8) es requerido durante tiempo de servicios facturables si cualquiera de los eventos siguientes ocurre:

- Incidentes reales o sospechados de abuso, negligencia (incluyendo auto-negligencia), explotación o maltrato según el Código de Conducta DHS/DSPD y Código de Utah 62A-3-305 y 62A-4a-403 el cual requiere que usted le notifique inmediatamente a la entrada de Servicios Protectores de Adultos DHS en casos involucrando un adulto. La entrada de Servicios de Protección Infantil en casos involucrando a menores o la agencia de servicios policiales más cercana por abuso de drogas o alcohol;
- Sobre-dosis de medicamento o errores razonablemente requiriendo intervención médica;
- Instantes en el que la persona recibiendo servicios es considerada “desaparecida” bajo circunstancias inexplicadas, involuntarias o sospechosas y es creída estar en peligro debido a su edad, salud, discapacidad mental o física, ambiente o clima, en la compañía de un individuo potencialmente peligroso u otro factor poniendo a la persona en peligro;
- Evidencia de convulsión en una persona sin un diagnóstico de convulsiones;
- Destrucción significativa de propiedad (Daños sumando \$500.00 o más);
- Heridas físicas razonablemente requiriendo intervención médica;
- Instantes en el involucramiento de servicios policiales o cargos presentados rodeando la persona;
- La persona tiene un incidente de aspiración o asfixie que resulta en la administración de la maniobra de Heimlich (ej. compresiones estomacales), intervención médica de emergencia y/o hospitalización;
- Violación de derechos humanos como el uso no autorizado restricciones-restricciones físicas, restricciones mecánicas, restricciones químicas

(medicamentos), salas de aislamiento o la infracción de los derechos de privacidad de la persona que de otra manera requiera un plan de restricción de derechos;

- Un evento que compromete el ambiente de trabajo o vivienda de la persona como daños al hogar (ej. colapso del techo) que requiere una evacuación y pone a la persona en riesgo;
- Fallecimiento de la persona.
- Casos de admisiones institucionales como la acomodación en un hogar de ancianos o un hospital; o
- Cualquier otra instancia en la que la persona o representante de la persona determina que deba ser reportado.

Fichas de Tiempo

La ficha de tiempo es un documento importante y ofrece controles internos y reduce el mal uso y fraude cuando se utiliza correctamente. Refleja la implementación de acuerdos laborales y obligaciones de la nómina de pago. La entrada de la ficha de tiempo debe ser completada cada vez que el empleado trabaje. La ficha de tiempo debe indicar la hora exacta (incluyendo a.m. y p.m.) en la que el turno empieza y termina. Los empleados están requeridos a comentar brevemente en la ficha de tiempo acerca del servicio dado durante el turno. El empleador puede contactar al agente fiscal con cualquier pregunta acerca de cómo rellenar una ficha de tiempo o de cómo utilizar un sistema de reporte de agente fiscal en línea o basado en teléfono. Información completa y correcta debe ser proveída en la ficha de tiempo o se les pedirá a los empleados que hagan las correcciones necesarias, las cuales pueden atrasar el pago del empleado.

Las fichas de tiempo serán revisadas tanto por el empleador como el Agente Fiscal para información de facturación correcta. El Agente Fiscal deduce los impuestos y provee pago directamente a los empleados durante las normalmente programadas prácticas de nómina. Siguiendo una nómina, el presupuesto SARS de la persona con el agente fiscal es actualizado y el empleador SARS es proporcionado con un resumen actual e histórico de los pagos y del presupuesto restante. El Coordinador de Apoyo de División no tendrá acceso a las fichas de tiempo procesadas. Las fichas de tiempo son enviadas directamente del empleador al Agente Fiscal, y luego son procesadas a través del Agente Fiscal, y no son, en práctica, redistribuidas a ningún otro partido. Es la responsabilidad del empleador de compartir la información de la ficha de tiempo con el Coordinador de Apoyo de División, si el empleador lo encuentra necesario o si el Coordinador de Apoyo de División lo solicita.

Siga las Instrucciones de Fichas de Tiempo de Utah Siguietes:

1. Escribe el nombre del empleado (APELLIDO, NOMBRE)
2. Escribe la identificación del empleado (Número de Seguro Social o Número de Empleado del Agente Fiscal)
3. Escribe el nombre de la persona recibiendo servicios (APELLIDO, NOMBRE)
4. Escribe el número de identificación de la persona (DSPD 0-número de nueve dígitos)
5. Escribe la(s) fecha(s) de servicio(s)- la(s) fecha(s) trabajadas (Mes/Día/Año)
6. Escribe la hora en la que el trabajo comenzó y terminó. Indique horas a.m. o p.m. (12:00 del mediodía es p.m. y 12:00 de la medianoche es a.m.)
7. Escribe el código de servicio correspondiente usando los siguientes códigos de letras aplicables:
 - RP1 - Alivio
 - RP6- Alivio
 - RP7 - Grupo-Alivio
 - RP8 - Grupo-Alivio (alojamiento y comida)
8. Escribe comentarios relacionados a los servicios proveídos. Esto debe ser breve y con relación a los servicios de alivio proveídos
9. Asegúrese que el empleado y el empleador firma la ficha de tiempo. Formularios “pre-firmados” no son permitidos. El empleador no podrá “firmar” por el empleado.
10. Escriba las fechas al lado de las firmas.

Plazo de Tiempo para la Nómina

El empleador puede entregar las fichas de tiempo firmadas/aprobadas al Agente Fiscal a través de fax, correo o electrónicamente para el plazo del 1ero y 16 de cada mes o como instruido por el Agente Fiscal. Las fichas de tiempo recibidas en o antes de 1ero del mes serán pagadas en o antes del día 15. Fichas de tiempo recibidas en o antes del día 16 serán pagadas en o antes del día 30. Variaciones en el horario de la nómina pueden ocurrir debido a días feriados o el fin de semana. Refiérase al horario de la nómina proveída por el Agente Fiscal. Este horario puede estar incluido en el Archivo Diario.

El empleado debe informarle al empleador si hay cambios en la información de contacto, como dirección de domicilio o cambio de nombre, para que el Agente Fiscal sea notificado. La nómina de pago NO puede ser procesada por el Agente Fiscal sin la aprobación previa del Coordinador de Apoyo de División si es recibida más de 30 días después del mes en el cual los servicios fueron ofrecidos. El agente fiscal recibe fichas de tiempo, reembolsa empleados y entrega documentación de pago a la DSPD, la cual es procesada semanalmente. Preguntas acerca del horario y procesos de la nómina de pago pueden ser respondidas por su Agente Fiscal.

Entrenamiento Específico para Transportación

Los empleados facilitando transporte deben respetar las siguientes guías.

- Las personas no se dejarán sin supervisión en el vehículo.
- Las personas deben mantenerse sentados mientras el vehículo está en movimiento.
- Las llaves se retiren del vehículo cada vez que el conductor no esté en su silla al menos que el conductor está activamente operando un elevador que requiere que las llaves estén la ignición para operar el elevador.
- Toda persona en silla de rueda debe usar el cinturón de seguridad o mecanismos de cierre para inmovilizar la silla de rueda durante el viaje.
- Las personas deben ser transportadas en asientos de restricción cuando sea requerido por la ley del Estado de Utah.
- Los vehículos usados deben tener cerraduras de puertas funcionales y las puertas deben estar cerradas en todo momento que el vehículo esté en movimiento.
- Durante una emergencia, el empleado es responsable por la persona hasta que llegue alivio o ayuda.
- El conductor debe tener una licencia de conducir actual y el empleador/conductor debe tener un seguro, licencia e inspecciones actuales para el vehículo.
- El fracaso a servir a la persona bajo estos términos puede ser la causa de terminación de éste servicio.
- Por Título 41, Capítulo 6a, Sección 1803 el uso de cinturones de seguridad es requerido.

Información de la Tarifa del Empleado

Para establecer o cambiar la tarifa de pago del empleado, entregue un formulario de Información de Tarifa del Empleado. Este formulario está incluido en el paquete del Agente Fiscal.

Terminación de Empleo

Cada vez que ha cambios en el estado del empleado, ya sea cambiando o terminando, notifique al Agente Fiscal.

Terminación de un empleado requiere que un Formulario de Terminación de Empleo de Agente Fiscal sea entregado a su Agente Fiscal al igual que la última ficha de tiempo.

Complete la sección apropiada para el Formulario de Terminación de Empleo
proveído en el paquete del Agente Fiscal.

Formularios en blanco de/para su Agente Fiscal se encuentran en una de las siguientes
páginas web:

Leonard Consulting, ILC

<http://leonardconsultingllc.com/>

Morning Star Financial Services

<http://morningstarfs.com/>

Archivación

Archivo Diario: Un sistema de archivación para que los empleados utilicen cada vez que trabajan; este sistema es referido en este libro de apoyo como un “archivo diario.”

Artículos a incluir en un archivo diario:

- Formulario de Reporte de Incidente en Blanco también referido como el formulario 1-8
- Formulario de Contacto de Emergencia e Información
Un formulario de contacto de emergencia es utilizado para proveer información de contacto en caso de una emergencia. Esto puede incluir pero no se limita a su número de teléfono privado y su dirección de domicilio, información pertinente al cuidado de salud e información de contacto del padre o familia.
- Fichas de tiempo en blanco
- Opcional – Testamento Vital y/o una Orden de no Reanimar

Información de Archivo del Empleado:

Mantener los siguientes documentos en un archivo confidencial del empleado

- Copia firmada del Acuerdo de Empleo (2-9EA)
- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- W4 original
- I-9 original
- Copias de aplicaciones entregadas para la investigación de antecedentes y cualesquiera denegaciones
- Copia firmada de la certificación de empleado (2-9C)
- Página de firma del Código de Conducta (revisado anualmente)
- Copia de la licencia de conducir del empleado (si transportando)
- Copia de la póliza de seguro de auto (si transportando)

Sugerencias de asistencia para asegurar Éxito del Empleado

Familiarizarse con los Requerimientos de Empleo del Estado para empleados “a voluntad” y el Acuerdo del Empleo (Formulario 2-9EA).

Para preguntas relacionadas con prácticas de contratación, usted puede contactar la Comisión Laboral de Utah en <http://laborcommission.utah.gov/> o llamando 1-800-222-1238.

Requerimientos Básicos del Empleado:

- Mínimo 16 años de edad (con consentimiento del padre/tutor).
- Mínimo 18 años de edad para servicios de transporte y de durante la noche.
- El empleado NO podrá ser un miembro inmediato de la familia (padres, padrastros, tutores o cónyuge).
- El empleado debe completar exitosamente los requerimientos identificados en la Lista de Documentos (en la sección de formularios).

Para asistencia y ayuda con reclutamiento y contratación de empleados, usted puede contactar a la oficina de División de Servicios Laborales y preguntarle al Especialista de Desarrollo Laboral o usted puede contactarlos en-línea en www.jobs.utah.gov.

Sugerencias para Reclutar y Contratar:

- Publicar un anuncio con descripción de trabajo y sus necesidades específicas a través de Servicios Laborales o su agencia de medios de publicidad locales.
- Tener información completa acerca del futuro empleado, ya sea a través de una aplicación o una entrevista por teléfono de dos fases.
- Los pasos a incluir en la aplicación y entrevista:
 - Revisar la descripción básica y requerimientos del trabajo
 - Descripción del trabajo: explicar ley de empleado “a voluntad”, el cual permite al empleado y empleador a terminar empleo sin notificación
 - Deberes de trabajo
 - Horas de trabajo y horario
 - Salario
 - Requerimientos del estado, como revisión de antecedentes penales y entrenamiento
 - Hacer preguntas específicas a sus necesidades y habilidades deseadas, como:
 - Experiencia de trabajo anterior y experiencia trabajando con niños o adultos con discapacidades.
 - Entrenamiento pasado o experiencia educacional
 - Disponibilidad y flexibilidad

- Conocimiento o habilidades en manejar comportamiento problemático o problemas de seguridad.

Al contratar un Empleado:

- Obtener despeje de BCI (revisión de antecedentes)
- Mantener información adecuada y actualizada en toda documentación, registros y fichas de tiempo
- Entrenar en las áreas requeridas del estado
 - Departamento de Código de Conducta
 - División Código de Conducta
 - Reporte de Incidente (formulario I-8)
- Entrenamiento/Orientación a las necesidades del individuo
 - Actividades (apropiadas para la edad, gustos/disgustos)
 - Archivo Diario
 - Preocupaciones dietéticas o alergias
 - Información de contacto de emergencia
 - Necesidades médicas de emergencia
 - Paquetes de emergencia
 - Medicamento e instrucciones para los equipos (si aplicable)
 - Instrucciones especiales para comer y tragar
 - Necesidades de servicios específicas

RESPONSABILIDADES DEL AGENTE FISCAL

Cuando se utilice Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS), el Agente Fiscal es requerido a supervisar las responsabilidades financieras del programa. Las responsabilidades incluyen:

- Proveer un paquete de documento a la persona conteniendo varios formularios DSPD y de empleador. Estos formularios deben incluir, pero no se limita a: Cita de Agente Fiscal (formulario 2678), Empleador FEIN SS-4, Formularios de Empleador (incluyendo: W4, I-9, formulario BCI), Formulario 2-9C de Certificación del Empleado, Formulario 2-9 EA Acuerdo del Empleado, ficha(s) de tiempo requeridas para los servicios e instrucciones para completar los formularios. Enlaces a algunos de estos formularios se encuentran bajo la Sección 4 Formularios y Enlaces.
- Asegurarse que los papeleos de la nómina sean recibidos y se mantengan corriente antes de pagarle a los empleados.
- Enviar cheques de pago directamente a los empleados, reteniendo todos los impuestos requeridos; emitir un ingreso W-2 anual y resumen de impuesto para cada empleado.
- Seguir períodos de pago establecidos: los pagos ocurren por lo menos dos veces al mes.
- Hacer pagos para servicios identificados en el acuerdo de empleado y por empleado y fichas de tiempo (firmadas) aprobadas.
- Monitorear y mantener archivos corrientes.
- Asegurar que las fichas de tiempo reflejen el turno de trabajo como a.m. o p.m. y no incluyan períodos duplicados o se superpongan.
- Asegurar que las fichas de tiempo tengan firmas autorizadas apropiadas y hayan sido entregadas a tiempo.
- Enviar un reporte mensual demostrando pagos del empleador y balance en el presupuesto.
- Declinar pagos a empleados que no pasen la revisión de antecedentes penales y discontinuar pagos a empleados que no renueven su revisión de antecedentes penales antes de que se expire. *Por favor notar que en algunas ocasiones puede tomar varias semanas para completar la revisión de antecedentes penales.*
- Mantener un centro de llamada de servicio al cliente.

El Agente Fiscal no puede:

- Realizar pagos fuera del horario de pago establecido o sin el Formulario 1056 de Autorización de Servicio generado por el Coordinador de Apoyo de División para autorizar el pago.
- Hacer pagos sin completar una revisión de antecedentes penales a empleados potenciales y anualmente a los empleados corrientes.
- Proveer seguro de compensación del trabajador.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO

Cuando se utilice Servicios de Alivio Auto-Administrados (SARS), los empleados proveen cuidado directo a la persona recibiendo servicios. La responsabilidad del empleado incluye, pero no se limita a:

- Completar todo entrenamiento requerido (documentado en el Formulario 2-9C) antes de trabajar con la persona sin supervisión.
- Estar familiarizado con las definiciones y de servicio dónde una copia está localizada.
- Estar familiarizado con el contacto de emergencia y formulario de información y saber dónde una copia está localizada.
- Proveer apoyos descritos en los acuerdos de servicio.
- Mantener cualquier dato, anotaciones o información requerida. Mantener comentarios actuales en las tablas de tiempo.
- Seguir el Código de Conducta. Revisar el Código de Conducta y firmar la página de firmas.
- Completar formularios de nóminas de pago, fichas de tiempo, secciones de comentarios y seguir el período de pago y plazos de sumisión.
- Llenar y entregar una Aplicación para Revisión de Antecedentes Penales al Agente Fiscal de manera oportuna. Esto asegura continuación de un estado de revisión de antecedentes penales aprobado.
- Seguir requerimientos de reporte de incidentes incluyendo notificación inmediata y completar el Formulario 1-8. Saber dónde los formularios de reporte de incidentes están localizados.
- Compartir información importante para ayudar en el desarrollo de futuras metas y servicios.

Los siguientes formularios deben ser completados para que el reembolso de los servicios de cuidados directos ocurra. Estos formularios también confirman que todos los requerimientos hayan sido cumplidos. El Agente Fiscal está requerido a tener lo siguiente:

- W-4 certificado de retención de subsidio del empleado
- I-9 Formulario de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Hay dos secciones que deben ser completadas por usted y su empleador). Incluye copias de 2 formas de identificación. Ver lado reverso de I-9 para la lista de documentación aceptada y más instrucciones.
- Formulario 2-9EA Acuerdo de Empleo
- Aplicación de Revisión de Antecedentes Penales

La tarjeta de seguro social y de identificación del empleado, como una licencia de conducir actual, deberán ser copiadas y adjuntas a la Aplicación de Antecedentes Penales procesado por la Oficina de Licencias DHS. verificadas por el empleador para la aplicación de revisión de antecedentes penales. El empleador deberá ver los originales y mantener una copia de la tarjeta de Seguro Social y de identificación para completar el formulario I-9.

Para cumplir con requerimientos de División, los formularios siguientes deben ser completados:

- Un formulario 2-9C Certificación de Empleado proveído en el paquete del Agente Fiscal. Complete todas las áreas identificadas e indique conocimiento de los “Requerimientos para Certificación” al firmar y poner la fecha en cada área completada.

- Un Departamento de Código de Conducta y cualquier División de Código de Conducta y un Acuerdo de Certificación de Código de Conducta DSPD. Lea completamente y firme en las páginas de firmar.

SECCION TRES: SERVICIOS SARS

Regla

Las Reglas Administrativas gobernando el uso y administración de Servicios Auto-Administrados es disponible en la página web del Departamento de Servicios Administrativos de Utah o a través de la página web de la DSPD, y puede ser accesada a través del enlace presentado en la Sección 4 Formularios y Enlaces.

Evitando Fraude y el Mal Uso de Fondos

El uso de Servicios de Alivio Auto-Administrados, como todos servicios DSPD, requiere el seguimiento de todas las reglas y normas de Estado. La mala representación del uso de los fondos de Estado puede resultar en la pérdida del derecho a auto-administración y puede resultar en acto criminal, encarcelamiento y considerables multas y devoluciones. Sea un empleador responsable al trabajar en cercanía con su Agente Fiscal y siguiendo los requerimientos de la DSPD. DSPD está requerida a dar cuentas para todos los fondos desembolsados.

Ejemplos de fraude y mal uso de fondos que puedan resultar en inspección de archivos, devoluciones de fondos y acto criminal incluyen, pero no se limita a:

- Un empleado facturando para más de un servicio al mismo tiempo
- Más de un empleado facturando para servicios al mismo tiempo
- Empleadores pidiéndole a los empleados que facturen por horas no trabajadas o aprobando pago para más horas de las que realmente fueron trabajadas
- Pidiéndole a los empleados que den pagos
- Aprobando pago por horas de trabajo cuando la persona estaba recibiendo servicios a través de otras fuentes (en la escuela, el hospital, etc.)
- Aprobando pagos por horas de trabajo cuando el empleado no estaba disponible para trabajar (fuera de la ciudad, en la cárcel, en vacaciones, fuera de la escuela, etc.)

Los ejemplos listados anteriormente son casos reales que han sido investigados y en algunos casos enjuiciados.

Cuando una investigación encuentra que los empleadores han cometido fraude o mal uso de fondos, los fondos pagados deben ser devueltos al estado por la familia y/o el empleado. Para evitar devolución, asegúrese que:

- Usted compare las fichas de tiempo de todos los empleados para asegurarse que las horas de trabajo escritas no choquen o coincidan con

las horas de trabajo de otro empleado.

- Sus empleados registren solo un servicio durante un período de tiempo (no registre múltiples servicios al mismo tiempo)
- Sus empleados no hayan registrado haber trabajado en días o horas en la que la persona no está disponible para recibir servicios
- Sus empleados no están registrando más horas en las fichas de tiempo de las que realmente han trabajado
- Las horas de trabajo son facturadas como un servicio uno-a-uno (queriendo decir un empleado por una persona). La única excepción a este grupo de servicios de alivio (RP7-RP8) que permite hasta 3 personas a ser atendidas al mismo tiempo.
- Las tarifas de pago estén dentro del intervalo para servicios listados en el paquete del Agente Fiscal.
- El empleador no recibe pago o toma una porción del pago del empleado.
- El empleado dando servicios durante la noche, trabajando durante horas típicas de dormir u ofreciendo transporte, tenga al menos 18 años de edad.

En cada nómina, el Agente Fiscal (su agencia de nómina) revisará las fichas de tiempo para precisión y uso apropiado de los servicios. Puede que se le pida a usted que clarifique si se encuentran las siguientes situaciones:

- Un alto uso inesperado de servicios ocurre en un mes. Si la situación de la persona cambia, contacte a su Coordinador de Apoyo de División e infórmele de sus necesidades y posibles cambios en su esperado uso de servicio antes de entregar la ficha de tiempo. Alto uso de servicios al final del año del plan, al menos justificado y aprobado por su Coordinador de Apoyo de División.
- Facturando por nuevos empleados antes de notificarle a su Agente Fiscal.

La División debe tener una copia del formulario 2-9C, la certificación completada del empleado, en su archivo. Usted debe informarle a su Agente Fiscal de cualquier cambio al personal.

Limitación del Personal

Los siguientes no pueden ser contratados para trabajar para pago con un miembro familiar:

- Padres
- Padrastros
- Tutores
- Cónyuges

Padres, tutores o padrastros no deberán ser pagados para proveer servicios a la persona, ni tampoco se le pagará a un individuo para proveer servicios a un cónyuge. Nadie asignado como Empleador de Record de SARS podrá ser pagado por proveer

servicios directos para paga.

El estado de empleado a-voluntad aplica para todos los empleados SARS. Esto permite al empleado o empleador a terminar empleo por cualquier razón con o sin notificación, resultando en ninguna acción disciplinaria o penalidad, con la excepción de abuso, negligencia o explotación (la cual debe ser reportada a autoridades apropiadas por ley).

Sección Cuatro: Formularios y Enlaces SARS

Formularios del Empleador

Lista de Documentación

La siguiente tabla lista la documentación requerida para participar en los Servicios de Alivio Auto-Administrados e identifica quien recibe copias de cada documento.

Documentos Requeridos	Archivo Empleador/ Archivo Empleado	Archivo Agente Fiscal	Coordinador de Apoyo de División o Archivo de División
Autorización de Agente & 2678 Empleado FEIN SS-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Certificación Empleado 2-9C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (coleccionado)	<input type="checkbox"/>
Copia de Licencia de Conducir (para BCI, I-9 & si transportando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCI (anualmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nuevo & anual)	✓ (denegaciones)
Acuerdo de Empleo 2-9EA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (coleccionado)	
Verificación de Empleado I-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
W-4 Formulario Retención de Impuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presupuesto Centrado en Persona	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Formulario 1056 Autorización de Servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fichas de Tiempo con Comentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (como solicitado)
Código de Conducta del Empleado (Dept. & Div.)	<input type="checkbox"/>		
Prueba de Seguro si transportando	<input type="checkbox"/>		
Formularios Reporte de Incidentes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Acuerdo de Servicio 2-9SA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Plan de Servicio Centrado en la Persona	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Terminación de Empleo 29-T (cuando aplicable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DSPD Revisado Octubre 2013

Formularios Generales de Servicios de Alivio Auto-Administrados

Formularios de Agente Fiscal

I-9: www.uscis.gov/files/form/i-9.pdf

W4: www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw4.pdf

2-9EA: www.hspolicy.utah.gov/dspd/

Aplicación para Investigación de Antecedentes Penales

www.dspd.utah.gov/docs/BCF.pdf

Tutoría de Investigación de Antecedentes

www.dspd.utah.gov/docs/selfadministered/forms/Background%20Check%20Application%20Instructions.pdf

1-8 Formulario Reporte de Incidente

<http://hspolicy.utah.gov/files/dspd/Forms/1-8%20Incident%20Report%20Form.pdf>

Código de Conducta

Código de Conducta del Departamento de Servicios Humano

www.dspd.utah.gov/docs/selfadministered/deptcodeofconduct.pdf

Código de Conducta de División

<http://hspolicy.utah.gov/files/dspd/Forms/53%20Code%20of%20Conduct%20Certification.pdf>

1-8 Formulario Reporte de Incidente

<http://hspolicy.utah.gov/files/dspd/Forms/1-8%20Incident%20Report%20Form.pdf>

Aplicación para Investigación de Antecedentes Penales

www.dspd.utah.gov/docs/BCF.pdf

Tutoría de Investigación de Antecedentes Penales

www.dspd.utah.gov/docs/TUTORIAL%20BSA%20NEW%20BUILDING.ppt

Aviso de Terminación de Servicio FMS

<http://hspolicy.utah.gov/files/dspd/Forms/2.9T%20%20Notice%20of%20Termination%20of%20FMS%20Services.pdf>

Regla Administrativa

[www.rules.utah.gov/publicat/code/r539/r539.htm.](http://www.rules.utah.gov/publicat/code/r539/r539.htm)

Enlaces para Servicios de Alivio Auto-Administrado DSPD

www.hsdspd.state.ut.us/selfadminmodel.htm

Enlaces de Agente Fiscal

Leonard Consulting, LLC

<http://leonardconsultingllc.com/>

Morning Star Financial Services

<http://morningstarfs.com/>

Apoyos y Recursos Adicionales

RECURSOS DE EMPLEADOR

The Utah Caregiver Alliance

caregiveralliance.com

Número gratuito: 1-866-404-9080

Utah Caregiver Alliance ha creado un recurso de registro en-línea, HireMyCare.org, para conectar cuidadores con proveedores de cuidado y vendedores calificados, al igual que conexiones de cuidadores con otros cuidadores. UCA también ayuda familias a formar cooperativas para reunir recursos y crear servicios y apoyos, y brindar ayuda y entrenamiento a familias para asegurar éxito.

La página web UCA (caregiveralliance.com) ahora conecta a este registro también.

La División de Servicios de Fuerzas Laborales

<http://jobs.utah.gov/>

Número gratuito: 1-888-920-9675

La División de Servicios de Fuerzas Laborales le puede asistir con la publicación de su listado de trabajo en su página web. Le podrán solicitar su número de identificación de empleador que le fue dado por su agente fiscal.

RECURSOS ADICIONALES

Utah Parent Center

www.utahparentcenter.org

Teléfono: 801-272-1051

Número gratuito en Utah: 1-800-468-1160

Utah Parent Center (UPC) es una organización ganadora de premios sin fines de lucro fundada en 1983 por padres de niños, jóvenes y jóvenes adultos con discapacidades para ayudar a otros padres enfrentando retos similares por todo Utah.

Family to Family Network

<http://utahfamilytofamilynetwork.org>

Teléfono: 801- 272-1051

Número gratuito de Utah: 1-800-468-1160

Family to Family Network es un programa de voluntarios de base del Utah Parent Center compuesto por miembros de familia alrededor de Utah que tienen un pariente con una discapacidad. Su misión es educar, fortalecer y apoyar a familias de personas con discapacidades.

Líderes de red tienen intereses específicos en apoyar a familias esperando por o recibiendo servicios de la DSPD.

United Way 2-1-1www.uw.org/211

Utah State Office of Rehabilitation

<http://www.workabilityutah.org/work/usor.php>

Teléfono: 801- 538-7530

Número gratuito: 1-800-473-7530

Utah Brain Injury Alliance

www.biau.org

Número: 801-716-4993

Número gratuito: 1-800-281-8442

Español: 801-716-4996

Preguntas Frecuentes

P: ¿Para cuándo se debe entregar la revisión de antecedentes penales?

R: Las revisiones de antecedentes penales son completadas anualmente y cuando se contrate a través del formulario de Investigación de Antecedentes. Este formulario es procesado por un Agente Fiscal y enviado al Departamento de Servicios Humanos, Oficinas para Licencias. Los empleados pueden proveer servicios directos mientras una revisión de antecedentes penales inicial está siendo procesada para hasta 30 días; sin embargo, esto solo puede hacerse bajo la supervisión de alguien quién tenga una revisión de antecedentes penales limpia. El plazo de 30 días es solamente aplicable para contratación inicial y no es aplicable para revisiones anuales. Individuos trabajando con revisiones de antecedentes penales expiradas se les negará pago. Por lo tanto, el Agente Fiscal le recordará al empleador que procese la renovación aproximadamente 45 días antes del lapso de la revisión de antecedentes penales actuales.

P: ¿Cómo elijo un Agente Fiscal?

R: Actualmente existen 2 Agentes Fiscales contratados para elegir cuando empiece Servicios de Alivio Auto-Administrados. Usted puede llamar los Agentes Fiscales listados y hacerles preguntas, al igual que visitar la página web e investigar sus opciones.

P: ¿Puedo cambiar Agentes Fiscales?

R: Si, usted puede cambiar de Agentes Fiscales en cualquier momento; sin embargo, usted será requerido a proveer notificación al Agente Fiscal para permitir transición de un proveedor de servicio a otro. Un Aviso de Terminación servicios FMS (Agente Fiscal) está disponible en-línea y puede ser rellenado y entregado por su Coordinador de Apoyo de División. Enlaces para el Aviso de Terminación están listados bajo la Sección 4 Formularios de Servicios de Alivio Generales Auto-Administrados.

P: ¿Cómo y dónde puedo encontrar Empleados?

R: Muchas veces los mejores empleados son miembros de la familia o aquellos a quién ya conoce. Ideas adicionales incluye:

- Usted puede hacer conexiones en su comunidad para evaluar quien pueda ser una buena elección su familia.

- Usted puede desarrollar listados de trabajo en-línea o publicar copias impresas en recintos de universidades locales.
- Usted también puede anunciar en el Departamento de Servicios Laborales. Detalles son proveídos bajo la Sección 4 Apoyos y Recursos Adicionales, Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services).
- Contacte a la Utah Caregiver Alliance para un registro de recursos en-línea usado para conectar cuidadores con proveedores de cuidados calificados y vendedores. La Alianza (Alliance) conecta cuidadores con otros cuidadores. UCA también ayuda familias a formar cooperativas para reunir recursos y crear servicios y apoyos, y brindar ayuda y entrenamiento a familias para asegurar éxito. Información de contacto es proveída en la Sección 4 Apoyos y Recursos Adicionales, Utah Caregiver Alliance.

P: ¿Cuál es la diferencia entre tarifas de por hora y tarifas diarias?

R: DSPD procesa tarifas por un cuarto de hora que equivale a tarifas por hora. Existen varios códigos que son facturados por hora (un cuarto de hora) o por tarifas diarias. Si servicios directos son proveídos continuamente por más de 6 horas usted deberá facturar con una tarifa diaria. Por favor discuta servicios a fondo con su Coordinador de Apoyo de División.

La División de Servicios para Personas con Discapacidades tiene como objetivo proveer servicios a personas con discapacidades de la manera menos restrictiva posible. Servicios de Alivio Auto-Administrados permiten a la persona vivir en la comunidad y tomar control de sus propias vidas. Para más información en cuanto a SARS u otros servicios ofrecidos, contacte DSPD.

Dirección:
195 North 1950 West
Salt Lake City, Utah 84116

Teléfono: 801-538-4200
Fax: 801-538-4279
TTY: 801-538-4192
Número gratuito: 1-800-837-6811

Correo electrónico: onetimerespite@utah.gov
Página web: www.dspd.utah.gov

Sección Cinco:

Sección de Formularios Impresos

Acuerdo de Servicios Auto-Administrados (Formulario 2-9SA)

Aplicación para Certificación del Empleado (Formulario 2-9C)

Acuerdo de Empleo (Formulario 2-9EA)

Aplicación para Investigación de Antecedentes

Formulario de Reporte de Incidentes (Formulario I-8)

Código de Conducta Departamento de Servicios Humanos (Reference 05-03)

Código de Conducta de División (Formulario 5-3)

Página de Firma del Código de Conducta (Formulario 5-3)

(SAR)

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADO

Acuerdo de Servicio del Empleador

Fecha: 20_____.

1. PARTES. Esto es un Acuerdo de Servicios de Alivio Auto-Administrado (SARS) (denominado en lo sucesivo como "Acuerdo") es entre el Departamento de Servicios Humanos de Utah (referido en este Acuerdo como "DHS"), División de Servicios para Personas con Discapacidades (referido en este Acuerdo como "DIVISION"), y el Administrador asistiendo la PERSONA a completar este acuerdo y administrando los servicios (referido en este acuerdo como ADMINISTRADOR):

Y

Persona recibiendo servicios (PERSONA):

(Apellido, Nombre, 2do Nombre)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Número de Identificación de Persona (PID):

0 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Representante de la Persona (si aplicable):

(Apellido, Nombre, 2do Nombre)

Y

ADMINISTRADOR. En _____, 20 _____, PERSONA o Representante de la Persona fue informado acerca de las responsabilidades por participación en este programa y autorizó al individuo nombrado debajo a servir como el Administrador a asistir la PERSONA a completar este acuerdo y administrando los servicios:

Firma Persona/Representante de Persona: _____

Nombre del Administrador:

(Apellido, Nombre, 2do Nombre)

Dirección del Administrador:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono del Administrador: _____

(SAR)

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Servicio del Empleador

Persona recibiendo servicios es denominada en lo sucesivo como "PERSONA." Persona, Representante de la Persona y el Administrador de la Persona son Partes legalmente obligadas bajo este Acuerdo (independientemente de si la Persona, Representante de la Persona o Administrador son de hecho el mismo individuo), y son colectivamente denominadas en lo sucesivo como "EMPLEADOR"

2 PROPOSITO. Definir responsabilidades del EMPLEADOR y asignar fondos al EMPLEADOR para la compra de servicios específicos identificados en este Acuerdo por o en nombre de _____.

Insertar nombre de la PERSONA aquí

DIVISION ha encontrado a PERSONA elegible y ha autorizado a PERSONA a recibir los servicios específicos identificados en este Acuerdo conforme al Plan de Apoyo Centrado en la Persona (PCSP) de PERSONA, fechado _____, 20 _____.

3 PERIODO DE ACUERDO. Este Acuerdo es efectivo el _____, 20 _____, y termina al final del año Fiscal, 20 _____, al menos terminado antes de acuerdo a los términos y condiciones de este Acuerdo.

4 CANTIDAD DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS. Conforme a los términos y condiciones de este Acuerdo y con la participación completa del EMPLEADOR en la determinación de las necesidades evaluadas, DIVISION aprueba la siguiente cantidad, \$ _____ (insertar cantidad en Fondos Generales), como un límite de gasto autorizado para la compra de Servicios Auto-Administrados, a ser usados hacia la compra de servicios específicos identificados a continuación para la PERSONA.

5 SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS DISPONIBLES. (marque todos los servicios aplicables). Códigos de Servicios autorizados, cantidades de presupuesto, unidades y tarifas serán proveídas en el PCSP de PERSONA. EMPLEADOR debe referirse al PCSP actual de PERSONA para detalles de financiamiento. Notar: las tarifas incluye impuestos de empleador.

Cuidado de Alivio (RP1)	por Hora _____	Diario _____
Cuidado de Alivio/ Alojamiento y Comida (RP6)		Diario _____
Cuidado de Alivio (GRUPO) (RP7)	por Hora _____	Diario _____
Cuidado de Alivio/ Alojamiento y Comida (GRUPO) (RP8)		Diario _____
	por Hora _____	

6 SERVICIOS BASADO EN PROVEEDOR DISPONIBLES. Además de los Servicios Auto-Administrados, los siguientes servicios están disponibles a todas las personas inscritas en el programa de Lista de Espera de Una Vez de DIVISION y pueden estar disponibles para la PERSONA si la PERSONA es determinada estar en necesidad del servicio particular. Algunos de los servicios adicionales pueden ser proveídos usando

una combinación de Servicios de Proveedor basado en Agencia y Servicios Auto-Administrados:

- Alivio (**RPS, RP2, RP3, RP4, RP5**)

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS
Acuerdo de Servicio del Empleador

7. CONDICIONES ESPECIALES. DIVISION puede cambiar la cantidad de Alivio Auto-Administrado cubierto por este Acuerdo en cualquier momento para poder reflejar cambios al PCSP de la PERSONA o cambios en las necesidades evaluadas de la PERSONA después de darle al EMPLEADOR notificación de 30 días de la agencia e informándole al EMPLEADOR del derecho a apelar.

8. DESEMBOLSO DE FONDOS. Los fondos desembolsados bajo este Acuerdo solamente serán usados para pagar servicios actuales rendidos. Todos fondos desembolsados a través del programa de Alivio Auto-Administrado serán hechos a través de un Agente Fiscal bajo contrato con DIVISION. EMPLEADOR es responsable de elegir un Agente Fiscal con la ayuda del Coordinador de Apoyo. El Agente Fiscal elegido por EMPLEADOR es _____

•

Pagos no serán emitidos o enviados por correo al EMPLEADOR, pero serán emitidos al empleado actual contratado por el EMPLEADOR. Documentación complementaria, como requerida por el Código Admin UT R539-5-4 deben acompañar todas peticiones para pagos. DIVISION no pagará para servicios incurridos en exceso de la cantidad de Alivio Auto-Administrado. Y tampoco DIVISION pagará por servicios no identificados y aprobados en éste Acuerdo o la PCSP. Si el EMPLEADOR no obtiene servicios para PERSONA igual a la cantidad de Alivio Auto-Administrado durante el período de este Acuerdo, ni EMPLEADOR ni PERSONA tiene ningún derecho a, o de recibir, el balance no usado.

BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA LOS EMPLEADOS SERAN PAGADOS USANDO FONDOS PUBLICOS POR TRABAJO REALIZADO SI LOS REQUERIMIENTOS DE UCA 62A-5-103.5 Y 62A-2- 120, PARA OBTENER UNA REVISION DE ANTECEDENTES PENALES Y RECIBIR APROBACION DE LA OFICINA PARA LICENCIAS PARA PROVEER SERVICIOS DE CUIDADO DIRECTO A NIÑOS O ADULTOS VULNERABLES, NO SON CUMPLIDOS.

9. RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR. Además de los requerimientos al menos se indique lo contrario en este Acuerdo, el EMPLEADOR será responsable de:

- A. Asegurar cumplimiento del empleado con la Póliza del Código de Conducta 05-03 del Proveedor DHS, Póliza del Código de Conducta DIVISION 1.20, Reglas Administrativas de DIVISION y Directivas de DIVISION.
- B. Suministrar al Coordinador de Apoyo y Agente Fiscal toda información como requerida por el Código Admin UT R539-5, y como especificado en el Libro de Apoyo de Servicios de Alivio Auto-Administrados DSPD.
- C. Contratar, despedir, dirigir y entrenar empleados que proveen apoyo a

PERSONA como indicado en el PCSP de PERSONA, Plan de Apoyo de Comportamiento, y Reglas Administrativas DIVISION aplicables.

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS
Acuerdo de Servicio del Empleador

- D. Asegurar que cada empleado es calificado para proveer los servicios para los cuales el empleado es contratado y todos los servicios facturados son proveídos.
- E. Asegurar que anterior a las provisiones de cualquier servicio, cada empleado cumpla con los requerimientos de entrenamiento, tenga entrenamiento especializado para cumplir con las necesidades específicas de PERSONA, y es un Proveedor certificado, según el Formulario 2-9C (SARS).
- F. Verificar que todos los empleados contratados tengan dieciséis (16) años de edad o más. (Acuerdo de Empleo del Empleado para individuos menores de dieciocho (18) deben ser co-firmado por su padre o tutor.) Padres, Tutores y padrastros no deberán ser pagados para proveer apoyo a su hijo(a), ni tampoco se le pagará a un individuo por proveer apoyo a su cónyuge, al menos la excepción en la Subsección del Código Admin de UT R539-5-5(2) aplique.
- G. Asegurar que todos los empleados contratados por EMPLEADOR entiendan y cumplan con los apoyos y procedimientos aprobados y prohibidos identificados en el Código Admin de UT R539-3 y R539-4, el libro de apoyo y otros mejores recursos de práctica recomendados por DIVISION. Apoyos y procedimientos de comportamiento no violarán R495-876, R512-202, R510-302, Código UT §§ 62A-3-301 a 62A-3-321, y 62A-4a-402 a 62A-4-412, prohibiendo abuso.
- H. Notificar inmediatamente al Coordinador de Apoyo DIVISION de cualquier cambio en circunstancias o emergencias, el cual podría requerir modificación del tipo o de la cantidad de servicios proveídos en PCSP de la PERSONA.
- I. Reporte de Incidentes:
- a. El EMPLEADOR le notificará al Coordinador de Apoyo por teléfono, correo electrónico o fax de cualquier incidente que ocurra **mientras PERSONA está bajo el cuidado de un empleado**, dentro de 24 horas de la ocurrencia.
 - b. Dentro de cinco días laborales de la ocurrencia de un incidente, EMPLEADOR deberá completar un Formulario 1-8 Reporte de Incidente y presentar con el Coordinador de Apoyo.
 - c. Las siguientes situaciones son incidentes que requieren presentar un reporte:
 - i. Incidentes reales o sospechados de abuso, negligencia (incluyendo auto-negligencia), explotación o maltrato según DHS y los Códigos de Conducta de DSPD y Códigos de UT §§ 62A-3-301 a 62A-3-321 para adultos, que requiere identificación inmediata a DHS entrada de Servicios de Protección de Adultos

para casos involucrando adultos, o DHS entrada de Servicios de Protección Infantil en casos involucrando menores, o la agencia de servicios policiales más cercana;

- ii. Abuso de droga o alcohol;
- iii. Sobre-dosis de medicamento o errores razonablemente requiriendo intervención médica;
- iv. Casos en que PERSONA es considerada “desaparecida” por al menos dos horas o más bajo circunstancias inexplicadas, involuntarias o sospechosas

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Servicio del Empleador

- y/o PERSONA es creída estar en peligro debido a su edad, salud, discapacidad mental o física, ambiente o clima, en compañía de un individuo potencialmente peligroso o cualquier otro factor poniendo a la persona en peligro;
- v. Evidencia de convulsión en PERSONA sin un diagnóstico de convulsiones;
 - vi. Destrucción significativa de propiedad (\$500.00 o más);
 - vii. Heridas físicas razonablemente requiriendo intervención médica;
 - viii. Involucramiento de servicios policiales o cargos presentados rodeando PERSONA;
 - ix. PERSONA tiene un incidente de aspiración o asfixie que resulta en la administración de la maniobra de Heimlich (ej. compresiones estomacales), intervención médica de emergencia y/o hospitalización;
 - x. Todo intento de suicidio por PERSONA (no incluye amenazas de suicidio);
 - xi. Violación de derechos humanos de o por PERSONA como el uso no autorizado de restricciones- restricciones físicas, restricciones mecánicas, restricciones químicas (medicamentos), salas de aislamiento o la infracción de los derechos de privacidad de la persona que de otra manera requiera un plan de restricción de derechos;
 - xii. Un evento que compromete el ambiente de trabajo de PERSONA como daños al hogar (ej. colapso del techo) que requiere evacuación y pone a PERSONA en riesgo;
 - xiii. Fallecimiento de PERSONA
 - xiv. Instantes de admisiones institucionales como la acomodación en un hogar de ancianos o un hospital; o
 - xv. Cualquier otra instancia en PERSONA o EMPLEADOR determina que deben ser reportadas;
- d. Después de recibir un reporte de incidente, el Coordinador de Apoyo revisará el reporte y decidirá si una revisión adicional es necesaria. En todos los casos, la documentación rodeando el incidente y acciones tomadas por el Coordinador de Apoyo en respuesta al incidente será entregada a supervisión DIVISION para el propósito de supervisión administrativa.
- J. Cumplir con peticiones del personal de DIVISION para visitas al hogar para inspeccionar la calidad del programa y conducir revisiones de cumplimiento del Acuerdo, y cumplir con las peticiones de DIVISION para administrar encuestas de satisfacción del cliente.
- K. Asegurar que la revisión de antecedentes es completada y mantenida en cada empleado.

10. FACTURACION OPORTUNA. EMPLEADOR deberá cumplir con todos requerimientos del Agente Fiscal y se asegurará registros precisos y nómina rápida al:

revisando oportunamente, firmando y entregando fichas de tiempo del empleado; verificando la precisión de horas trabajadas; asegurando gastos apropiados de fondos; y completando, manteniendo y archivando información de impuestos requerida por el Internal Revenue Service. **(Nota: Empleados no serán pagados antes de la sumisión de formularios requeridos y verificación. Fracaso de**

ACUERDO DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Servicio del Empleador

hacer revisión oportuna, firmar y entregar las fichas de tiempo del empleado atrasará el pago de los empleados.)

11. REVISION DE FACTURACION DEL EMPLEADOR. DIVISION puede revisar, según su criterio, todas facturaciones entregadas por EMPLEADOR al Agente Fiscal para pago, y puede negar pago si un cargo no es apropiadamente apoyado. **Si DIVISION niega pago, EMPLEADOR todavía es responsable de pagar al empleado por cualquier servicio realmente proveído.**

12. USO DE FONDOS PUBLICOS. Los fondos cubiertos por este Acuerdo son fondos públicos asignados a DIVISION y aprobado por DIVISION para la compra de servicios para PERSONA durante un período aprobado y para los propósitos escritos en este Acuerdo. Las Partes reconocen que los fondos son sujetos a todas leyes federales, estatales y locales aprobadas y regulaciones pertinentes al uso de fondos públicos.

13. MAL USO DE FONDOS. El uso de cualquiera de estos fondos proveídos bajo este Acuerdo por un propósito contrario a aquellos expresadamente escritos aquí puede sujetar al EMPLEADOR a procesamiento criminal, sanciones administrativas y responsabilidades de repago de los fondos mal-usados.

14. OPCION AGENCIA DE PROVEEDOR. EMPLEADOR podrá usar una porción del presupuesto asignado, basado en la necesidad evaluada, para obtener servicios a través de Agencias de Proveedor además de continuar Servicios Auto-Administrados.

15. RESPONSABILIDADES DE ARCHIVACION. EMPLEADOR deberá mantener copias de todos registros requeridos y deberá cumplir con todos los requerimientos del Acta de Acceso a Registro y Administración del Gobierno (GRAMA) encontrado en el Código de UT Título 63G, Capítulo 2.

16. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR. De conformidad a este Acuerdo y la Regla Administrativa de DIVISION, EMPLEADOR tiene toda responsabilidad de contratar empleados para proveer servicios para o a nombre de PERSONA.

De acuerdo con Código UT § 62A-5-103.5, DIVISION requiere EMPLEADOR a obtener una revisión de antecedentes penales de la Oficina de Investigación Criminal de Utah (BCI) de todos los empleados dando cuidado de servicio directo. Como condición del Acuerdo de Empleado, el empleado debe revelar cualesquiera convicciones de una ofensa criminal aparte de una violación de tráfico y debe entregarse prontamente a una investigación de antecedentes penales.

En adición, DIVISION recomienda que EMPLEADOR requiera que cada empleado obtenga resultados de una prueba de Tuberculina dentro de un año antes de empleo y no más de dos semanas después de empleo a través de su agencia local de Seguridad Publica y Salud, y proveer a los empleados con entrenamiento extenso en problemas

de seguridad relacionada a la PERSONA.

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS
Acuerdo de Servicio del Empleador

Es la responsabilidad del EMPLEADOR de seleccionar, investigar y entrenar empleados a proteger la salud y seguridad de PERSONA. **Al elegir participar en el programa de Servicios Auto-Administrados, EMPLEADOR acepta responsabilidad por cualquier daño a PERSONA u otros, resultando de cualquier acción o inacción del EMPLEADOR en la realización de investigaciones o exámenes a cualquier empleado, o en proveer o no proveer entrenamiento en cualquier área específica.**

17. INDEMNIZACION. EMPLEADOR acuerda a indemnizar DIVISION, DHS, y el Estado de Utah para la cantidad complete de cualquier juicio rendido en contra cualquiera o más de ellos como resultado de cualquier acción o inacción del EMPLEADOR, o cualquier acción o inacción de cualquier empleado contratado por EMPLEADOR de acuerdo con este Acuerdo, o cualquier otro daño a la PERSONA que surja de cualquier acción o inacción tomada de acuerdo con este Acuerdo.

18. TERMINACION DE ESTE ACUERDO. Este Acuerdo puede ser terminado por EMPLEADOR en cualquier momento, o por DIVISION con 30 días de aviso escrito a EMPLEADOR de su intención de terminar el Acuerdo. En adición, DIVISION puede terminar este Acuerdo inmediatamente en cualquier momento tras descubrir mal uso de fondos de Servicios Auto-Administrados o cualquier otra acción tomada por EMPLEADOR, o empleados de EMPLEADOR de conformidad con este Acuerdo que pone en riesgo la vida o seguridad de PERSONA.

19. JURISDICCION. Las provisiones de este Acuerdo deberán ser gobernadas e interpretadas de acuerdo a las leyes del Estado de Utah. Las partes deberán someterse a la jurisdicción de las cortes del Estado de Utah por cualquier disputa surgiendo bajo este Acuerdo o relacionado a su incumplimiento.

20. CLAUSULA DE SEPARABILIDAD. La declaración por cualquier corte u otro cuerpo adjudicativo vinculante de cualquier provisión de este Acuerdo es ilegal o nulo no afectará la legalidad o ejecución de cualquier otra provisión de este Acuerdo al menos dichas provisiones son mutuamente dependientes.

21. PREGUNTAS ACERCA DE ESTE ACUERDO. EMPLEADOR podrá dirigir preguntas acerca de este Acuerdo al Coordinador de Apoyo asignado.

Como EMPLEADOR, mi firma reconoce que he leído, entendido y acordado con los términos de este Acuerdo incluyendo todos los derechos y responsabilidades señaladas en el Acuerdo. Además, he recibido una copia, leído, entendido y acordado a respetar las Reglas Administrativas pertinentes a este Acuerdo de Servicios Auto-Administrados y el uso de un Agente Fiscal. Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de los términos de este Acuerdo puede resultar en

la pérdida del privilegio de recibir fondos de Servicios Auto-Administrados adicionales bajo este Acuerdo o futuros Acuerdos.

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS DE ALIVIO AUTO-ADMINISTRADOS
Acuerdo de Servicio del Empleador

Como EMPLEADOR, mi firma también reconoce que DIVISION no endosa o recomienda ningún empleado a ser contratado o proveer servicios bajo este Acuerdo. En consideración a estas promesas y representaciones, y EN FE DE LO CUAL, las partes han ejecutado este Acuerdo a partir de la fecha efectiva expuesta anteriormente.

ADMINISTRADOR AUTORIZADO

REPRESENTANTE DE DIVISION

Escriba nombre a máquina o letra imprenta

Escriba nombre a máquina o letra imprenta

Firma

Firma

Fecha: _____

Fecha: _____

PERSONA/REPRESENTANTE *(si diferente)*

Escriba nombre a máquina o letra imprenta

Firma

Fecha: _____

APLICACION PARA CERTIFICACION PARA PROVEER SERVICIOS LIMITADOS A UNA PERSONA BAJO LA EXENCION DE SERVICIOS COMUNITARIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Nombre del Apicante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Persona que el Apicante Desea Apoyar: _____

. Servicio(s) que el Apicante Desea Proveer (*Circule Todos que Apliquen*):

RP1 (Q-D); RP6 (D); RP7 (Q-D); RP8 (Q-D);

Conocimiento de Requerimientos para Certificación:

Acuerdo de Empleo Fecha: _____

Código de Conducta del Proveedor del Departamento de Servicios Humanos Fecha: _____

Código de Conducta de División de Servicios para Personas con Discapacidades Fecha: _____

Información de Contacto de Emergencia Fecha: _____

Libro de Apoyo de la Persona Fecha: _____

Entrenamiento de Servicio Específico (determine por Persona/Familia) Fecha: _____

Comportamiento Reporte de Incidente Fecha: _____

Manejo de Conducta (si aplicable)

FIRMAS:

Represento que he leído y estoy familiarizado con los materiales identificados anteriormente y que he sido orientado a y/o entrenado en todos los materiales por: _____ en las fechas indicadas. Además, represento que entiendo y cumpliré con los requerimientos identificados

APLICACION PARA CERTIFICACION PARA PROVEER SERVICIOS LIMITADOS A UNA PERSONA BAJO LA EXENCION DE SERVICIOS COMUNITARIOS AUTO-ADMINISTRADOS

en los materiales en proveer servicios a la Persona y que soy capaz de proveer servicios apropiados a la Persona.

Firma del Apicante

Fecha(mm/dd/aaaa)

Yo, _____ represento que soy la Persona, o Representante de la Persona, o el Administrador de Apoyos designado de la Persona, y que estoy familiarizado con ambos materiales anteriormente identificados y los apoyos requeridos por la Persona. Además, represento que he proveído entrenamiento al Apicante en todos los materiales anteriormente en las fechas indicadas. Además, represento que basado en el entrenamiento y orientación proveída al Apicante, estoy satisfecho que el Apicante tiene conocimiento, entendimiento y habilidad de proveer servicios apropiados a la Persona.

Firma de la Persona, Representante o Administrador Designado

Fecha (mm/dd/aaaa)

PREMIO DE CERTIFICACION A PROVEER SERVICIOS LIMITADOS A UNA PERSONA CON DISCAPCIDAD INTELLECTUAL O CONDICION RELACIONADA RECIBIENDO SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Basado en representaciones previstas del Apicante y la Persona, Representante de la Persona, o Administrador de Apoyo Designado de la Persona, el Apicante ha cumplido con los requerimientos mínimos necesarios para Certificación de Proveer Servicios Limitados a la Persona recibiendo Servicios Auto-Administrados. La División, por lo tanto, premia certificación al Apicante para proveer los siguientes servicios a: _____

Nombre de la Persona

(Circule Todo que Aplique):

RP1 (Q-D); RP6 (D); RP7 (Q-D); RP8 (Q-D);

Firma del Coordinador de Apoyo de la Persona

Fecha (mm/dd/aaaa)

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Empleo (SARS)

1. PARTES: Este Acuerdo de Empleo (referido en lo sucesivo como "Acuerdo") es entre _____ (referido en lo sucesivo como "EMPLEADOR")
(Nombre de la Persona/ Representante de la Persona)

Y

Nombre del Empleado (EMPLEADO)

(Apellido,

Nombre,

2do Nombre) _____

Dirección del Empleado: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

de Seguro Social del Empleado: _____

2. PROPOSITO. EMPLEADO ha sido retenido por EMPLEADOR para proveer servicios a _____ (referido en lo sucesivo como "PERSONA").
Nombre de la Persona Recibiendo Servicios

Servicios proveídos a PERSONA por EMPLEADO deberán ser proveídos bajo la dirección y supervisión del EMPLEADOR. Identificado debajo son el/los servicio(s) que el EMPLEADO puede ser autorizado y certificado a proveer bajo la dirección del EMPLEADOR. También listado debajo son las tarifas de pago actuales para servicios autorizados.

Cuidado de Alivio (RP1) \$ _____ por ¼ hora
\$ _____ diario

Cuidado de Alivio/Alojamiento y Comida(RP6) \$ _____ diario

Cuidado de Alivio, Grupo (RP7) \$ _____ por ¼ hora
\$ _____ diario

Cuidado de Alivio, Alojamiento/Comida (GRUPO) (RP8) \$ _____ por ¼ hora
\$ _____ diario

Inicial del EMPLEADO _____

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Empleo (SARS)

3. REPRESENTACIONES DEL EMPLEADO. Condición de proveer servicios bajo este Acuerdo, EMPLEADO representa y/o está de acuerdo con lo siguiente:

- A. EMPLEADO ha completado todos requerimientos en el Formulario 2-9C Aplicación para Certificación, y está certificado a proveer servicios limitados indicados en el Formulario 2-9C Aplicación para Certificación al EMPLEADOR.
- B. EMPLEADO DEBERÁ SER EMPLEADO A-VOLUNTAD POR EL EMPLEADOR. EMPLEO A-VOLUNTAD SIGNIFICA QUE EL EMPLEADO PUEDE RENUNCIAR EN CUALQUIER MOMENTO O POR CUALQUIER O NINGUNA RAZON. ESTE ESTADO A-VOLUNTAD NO DEBERÁ SER ALTERADO DE NINGUNA MANERA POR LAS PARTES.
- C. EMPLEADO deberá cumplir con los Estatutos y Regla Administrativa como dirigido por el EMPLEADOR y la División de Servicios para Personas con Discapacidades (División). EMPLEADO deberá revisar específicamente y estar de acuerdo a cumplir con los Procedimientos Prohibidos listados en R539-3-10. Empleado reconoce y está de acuerdo que la División reserva el derecho a cambiar las Reglas Administrativas en cualquier momento y por cualquier razón, como crean necesario según el criterio de la División.
- D. EMPLEADO deberá adherirse a los términos en el Código de Conducta del Departamento de Servicios Humanos (Departamento), y el Código de Conducta de la División.
- E. EMPLEADO deberá adherirse a los requerimientos y responsabilidades listadas en el Plan de Estrategias de Apoyo y Apoyo de Comportamiento de la Persona, si aplicable.
- F. EMPLEADO entiende que de acuerdo al Código Admin UT R539-1, si una orden por la Legislatura o Gobernador, o las leyes federales y estatales reducen la cantidad fondos a la División; o si el Director Ejecutivo del Departamento reduce los fondos disponibles a la División, esto puede cambiar los términos de empleo, incluyendo la tarifa de compensación a EMPLEADO.
- G. Cualesquiera horas adicionales de servicios que se le pida proveer a EMPLEADO, fuera de este Acuerdo, son rendidas bajo la autoridad, obligación y responsabilidad completa personal del EMPLEADOR.
- H. Cualesquiera servicios adicionales que le pidan al EMPLEADO a proveer, fuera del ámbito de este Acuerdo, son rendidos bajo la autoridad, obligación y responsabilidad complete del EMPLEADOR.

Inicial del EMPLEADO_____

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Empleo (SARS)

- I. EMPLEADO ha completamente revelado al EMPLEADOR cualquier convicción de una ofensa criminal, aparte de violación de tráfico. EMPLEADOR acepta responsabilidad completa de recibir servicios de una persona que tiene una convicción previa.
- J. EMPLEADO debe tener dieciséis (16) años de edad o mayor. (EMPLEADOS entre las edades de dieciséis (16) y dieciocho (18) deben tener a un padre o tutor a co-firmar este Acuerdo).
- K. EMPLEADO debe tener dieciocho (18) años de edad o mayor, y poseer una Licencia de Conducir actual emitida por el estado para transportar o proveer servicios de transportación, o Cuidado de Alivio en Grupo (RP7 o RP8) durante horas de la noche o durante horas normalmente ocupadas por dormir.
- L. EMPLEADO tiene una Licencia de Conducir Válida (**Marque uno**) Yes___ No_____
- M. EMPLEADO firmará y entregará al EMPLEADOR, fichas de tiempo correctas de todos los servicios rendidos. Servicios son definidos como "rendidos" cuando las fichas de tiempo firmadas del EMPLEADO son comprobadas y firmadas por el EMPLEADOR y entregadas al Agente Fiscal. NINGÚN PAGO SERÁ HECHO PARA SERVICIOS QUE NO CUMPLAN CON ÉSTA DEFINICION. Fichas de Tiempo deberán ser entregadas por el EMPLEADO de manera oportuna como dirigido por EMPLEADOR. Las Fichas de Tiempo deberán incluir:
- a. El tipo de servicio rendido;
 - b. La fecha en la cual el servicio fue rendido; y
 - c. El número de horas de servicios entregadas (al ¼ de hora más cercana cuando pagado por ¼ de hora)
- N. Fondos usados para pagar EMPLEADO por servicios rendidos bajo este Acuerdo son fondos públicos. Entregar información falsa en las fichas de tiempo puede someter al EMPLEADO a acción criminal, sanciones administrativas, y/o responsabilidad para el reembolso de los fondos recibidos conforme a la entrega de información falsa.
- O. Excepto pueda ser prohibido por ley, EMPLEADO deberá notificar y reembolsar cualquier sobre-pago prontamente al Agente Fiscal elegido por EMPLEADOR, independientemente de culpa.
- P. Seguro de Compensación del Trabajador ES / NO ES Proveída (**EMPLEADOR circule uno**)
4. **INVESTIGACION DE ANTECEDENTES PENALES y AUTORIZACION.** Conforme a la Ley de Utah, UCA 62A-5-103.5 y 62A-2-120, EMPLEADO es requerido a entregar una revisión de antecedentes y ser aprobado por la Oficina para Licencias antes que EMPLEADO sea permitido proveer cuidado directo a menores o adultos vulnerables. EMPLEADO debe
- Inicial del EMPLEADO_____

mantener autorización continua de antecedentes, renovando la revisión de antecedentes penales de EMPLEADO con la Oficina para Licencias al año de la autorización original, y anualmente después de eso.

Inicial del EMPLEADO_____

DIVISION DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

ACUERDO DE SERVICIOS AUTO-ADMINISTRADOS

Acuerdo de Empleo (SARS)

BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL EMPLEADO SERÁ PAGADO UTILIZANDO FONDOS PÚBLICOS PARA TRABAJO REALIZADO SI LOS REQUERIMIENTOS DE UCA 62A-5-103.5 Y 62A-2- 120, PARA OBTENCION DE REVISION DE ANTECEDENTES Y RECIBIENDO APROBACION DE LA OFICINA PARA LICENCIAS PARA PROVEER SERVICIOS DE CUIDADO DIRECTO A MENORES O ADULTOS VULNERABLES, NO CON CUMPLIDOS.

Es la responsabilidad de EMPLEADOR y EMPLEADO, y NO DE LA DIVISION, de asegurar que todas revisiones de antecedentes iniciales y anuales son completadas. EMPLEADOR SERÁ ÚNICAMENTE Y PERSONALMETE RESPONSABLE DE PAGAR AL EMPLEADO SI LOS REQUERIMIENTOS DE UCA 62A-5-103.5 Y 62A-2-120 NO SON CUMPLIDOS.

Yo reconozco que el Departamento de Servicios Humanos de Utah, División de Servicios para Personas con Discapacidades no requiere al EMPLEADOR proveer cobertura de seguro para compensarme si soy herido durante el curso de este empleo. También reconozco que la División no es responsable por las acciones del EMPLEADOR y reclamará inmunidad gubernamental por cualquier daños o perjuicios que pueda contraer durante el curso de mi empleo conforme a este Acuerdo.

Al firmar, yo certifico que he leído y estoy de acuerdo a ser vinculado por los términos de este Acuerdo. Yo reconozco que mi fracaso a atenerme a este Acuerdo puede resultar en la pérdida de empleo con EMPLEADOR. Además, reconozco que ambas partes, con o sin causa, pueden terminar este Acuerdo en cualquier momento.

EMPLEADO

FECHA

PADRE O TUTOR DEL EMPLEADO
(Requerido si EMPLEADO es menor de 18)

FECHA

EMPLEADOR

FECHA

Inicial del EMPLEADO_____

**Departamento de Servicios Humanos de Utah
Oficina para Licencias, División de Servicios para Personas con Discapacidades
Aplicación para Investigación de Antecedentes Penales SAS**

INSTRUCCIONES DEL APLICANTE

FORMULARIOS COPIADOS O POR FAX NO SERÁN ACEPTADOS DEBEN SER LA APLICACION ORIGINAL FIRMADA POR EL EMPLEADO. Esta sección deber ser completada por el aplicante. Aplicaciones incompletas/ilegibles serán devueltas. Incompleta significa faltando cualquier información. Ilegible significa imposible de leer. Aplicaciones entregadas sin copia de tarjeta de seguro social y copia de licencia de conducir actual o tarjeta de identificación emitida por la División de Vehículos Motorizados serán devueltos. Favor usar tinta de color para completar la aplicación (no colores negros o pastel claro)

SOLICITUD Y LIBERACION DEL APLICANTE

Primer Nombre Legal	2do Nombre Legal (si no tiene, escriba NA)	Apellido Legal
Liste cualquier otro nombre que haya usado incluyendo apodos, alias, de soltera, de matrimonio anterior, etc.		Número de Seguro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección Actual		Fecha de Nacimiento / /
Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono de Día () <input type="checkbox"/>

PREGUNTAS DE ANTECEDENTES

1	¿Ha sido alguna vez acusado de un crimen por autoridades policiales? Un crimen es cualquier actividad ilegal; un acto cometido en violación de una ley que es penado en convicción; cualquier infracción de delito menor o delito grave. Por favor revele todas ofensas criminales, aunque hayan sido descartadas luego, se declaró culpable o no culpable, entró en motivo basado en suspenso o programa de desvío. Si ha sido cargado con un crimen, por favor adjuntar un expediente judicial certificado u otro registro certificado (disponible en la corte que trabajó su caso) indicando la disposición de cada cargo u ofensa, o el estado de cada acuerdo de motivo en suspenso o desvío. Si ha entregado un registro de corte certificado anteriormente a la Oficina para Licencias para investigación de antecedentes, favor usar el espacio debajo para escribir el cargo, la corte y fecha.	Si No
2	¿Alguna vez ha sido investigado por abuso infantil o adulto, negligencia o explotación? Si la respuesta es si, por favor adjunte una explicación escrita de la investigación incluyendo como empezó y como terminó. Provea localización (y el número de caso si es conocido).	Si No
3	En los últimos cinco años, ¿ha vivido o pasado seis (6) o más semanas consecutivas en un estado de E.E.U. aparte de Utah? Si la respuesta es si, liste cada estado separadamente y entregue una tarjeta de huellas digitales que ha sido rodado por su alguacil local o estación de policía. Ver detrás para más instrucciones/ renovaciones. Estado: _____ DE mes/año: _____ HASTA mes/año: _____	Si No
4	En los últimos cinco años, ¿ha vivido o pasado seis (6) o más semanas consecutivas en un país extranjero o Territorio E.E.U.U? Si la respuesta es si, liste cada país separadamente adjunte una revisión de antecedentes original o copia certificada de ese país. Ver detrás para más instrucciones/ renovaciones. País: _____ DE mes/año: _____ HASTA mes/año: _____	Si No
5	¿Es usted el abuelo, abuela, tío, tía, hermano(a), hijo(a) de la persona a ser atendida?	Si No
6	Si respondió "Si" a la pregunta 5 anterior, ¿quiere una revisión de antecedentes penales transferible? Si responde "No" en la pregunta 6, su revisión de antecedentes <u>no será</u> transferible a través de empleadores múltiples y <u>no será</u> sujeta a una revisión de antecedentes penales o pedido a proveer tarjetas de huellas digitales, aunque haya vivido fuera de Utah por 6 o más semanas consecutivas en los últimos 5 años. Si responde "Si" a la pregunta 6, su revisión de antecedentes <u>será</u> transferible a través de multiple empleadores y usted <u>será</u> sujeto a una revisión de antecedentes penales y deberá proveer tarjetas de huellas digitales si usted vivió fuera de Utah por 6 o más semanas consecutivas en los últimos 5 años.	Si No N/A

Yo autorizo al Departamento de Utah de Servicios Humanos, Oficina para Licencias, a investigar mi pasado y abuso infantil o adulto presente, registros de negligencia y explotación, autoridades policiales, licencia del conductor y cualquier información que pueda ser pertinente a mi aplicación de acuerdo a Código de Utah 62A-2-120, 121, 122, y Regla 501-14. Yo autorizo la Liberación de cualquier y toda información a la Oficina para Licencias. Yo libero al Departamento de Servicios Humanos de cualquier daño resultando por el suministro de dicha información de parte del Departamento de Servicios Humanos a agencias autorizadas. Yo certifico que mis respuestas no contienen tergiversación o falsificación, y que la información es verdadera y completa según mi entendimiento. **Entiendo que proveer información falsa o incorrecta o la falta de proveer información puede resultar en el retraso o denegación de la investigación de antecedentes.**

Firma del Aplicante	Fecha	Nombre de la persona recibiendo servicios y #Identificación de Cliente
---------------------	-------	--

*****AGENCIA/PROGRAMA AUTORIZADO SOLICITUD Y LIBERACION*****

Nombre de Agencia, Concesionario o Licenciante DHS: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

¿El aplicante provee servicios de cuidado de crianza/procurador? Si No **SI LA RESPUESTA ES 'SI' NO USE ESTE FORMULARIO**
Yo certifico que he inspeccionado una copia de la licencia de conducir del aplicante o tarjeta de identificación del estado, y no parece ser falsificado o alterado, y aparenta ser idéntica a la original. He revisado esta aplicación completada y no contiene tergiversación o falsificación según mi entendimiento.

Signature of Authorized Agency or Program Representative o DHS Licensor Printed Name of Authorized Agency or Program Representative o DHS Licensor

NO ESCRIBA O MARQUE DEBAJO. ESTE ESPACIO ES SOLO PARA USO CBS. SELLOS DEBAJO INDICAN APROBACION

LIVE SCAN FECHA / / CODIGO DE FACTURACION B1578 FIRMA DEL TÉCNICO	62A-2-120	LIC-C	MIS-A	SELLO DE FECHA
---	-----------	-------	-------	----------------

INFORMACION DEL CONSUMIDOR	
Nombre de la 1 ^{era} persona recibiendo servicios	ID # Cliente de persona recibiendo servicios
Dirección Actual	Número de teléfono de persona recibiendo servicios () <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código Postal	Agente Fiscal (Circule Uno) Morning Star Acumen Leonard Consulting
Persona a contactar si surge hay un problema con esta aplicación	Teléfono de Día () <input type="checkbox"/>

Si usted trabaja para más de un consumidor y/o agencia de proveedor y usted quiere la aprobación para trabajar para transferir a través de consumidores y agencias de proveedor por favor liste debajo consumidores y agencias de proveedor adicionales para las cuales trabaja

INFORMACION ADICIONAL DEL EMPLEADO NECESITADA PARA APROBACION DE INVESTIGACION DE ANTECEDENTES TRANSFERIBLE
2 ^{do} Consumidor y # ID del Cliente O Nombre de Agencia de Proveedor
3 ^{er} Consumidor y # ID del Cliente O Nombre de Agencia de Proveedor
4 ^{to} Consumidor y # ID del Cliente O Nombre de Agencia de Proveedor
5 ^{to} Consumidor y # ID del Cliente O Nombre de Agencia de Proveedor

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA FUERA DE ESTADO O PAIS

Tarjeta de huellas digitales para fuera de estado:

Nuevo Aplicante

- Aplicantes que requieran una tarjeta de huellas digitales deberá completarla en una estación de policía o estación del alguacil.
- Aplicantes también podrán ir al "Live Scan" de una de las Oficinas para Licencias aprobadas a tomar huellas digitales.

Asegúrese traer los siguientes materiales con usted a la localización del "Live Scan"; aplicación, aprobación previa para facturación, copia de la licencia de conducir y tarjeta de seguro social del aplicante.

Renovación- Si el "Live Scan" o las tarjetas de huellas digitales fueron entregadas con su aplicación de antecedentes previa y usted no ha dejado el Estado de Utah por (6) o más semanas consecutivas desde la sumisión, no es necesario remitir tarjetas de 'life scan' o de huellas digitales. Por favor indique en la aplicación que los formularios están en archivo. Si usted ha dejado el Estado de Utah por (6) o más semanas consecutivas desde su última sumisión, se necesita nueva información para la tarjeta de huellas digitales.

Documentación para residencia fuera de estado:

Nuevo Aplicante

Un aplicante que ha vivido fuera de los Estados Unidos (incluyendo Puerto Rico, American Samoa, U.S. Virgin Islands y Guam) dentro de los últimos cinco años por más de seis (6) semanas consecutivas deberán adjuntar uno de lo siguiente:

- Una revisión de antecedentes penales de cada país en el que ha vivido. (Contacte la embajada del país en Washington D.C. para instrucciones en cómo obtener una revisión de antecedentes penales de ese país.)
- Si el aplicante estaba sirviendo en el ejército militar Americano o en un servicio eclesiástico de tiempo completo, se puede adjuntar lo siguiente en el lugar del reporte criminal del país.

-Una carta original o certificado del ejército militar americano o la fundación eclesiástica de tiempo completo indicando que fue liberado sin ningún historial criminal. La carta también deberá incluir las fechas de servicio y el área en que vivió. Si el aplicante quiere quedarse con la carta de liberación o certificado original deberá llevar el documento original con una copia del documento con un notario público oficial para ser notariado. Luego adjunte la copia notariada a la aplicación. El aplicante también podrá traer la carta de liberación original o certificado a la Oficina para Licencias situado en 195 N 1950 W in Salt Lake City, Utah para ser validado. Esto no aplica si el aplicante es el abuelo(a), tío(a), hermano(a) o hijo(a) de la persona dirigiendo servicios.

Renovación- Si documentación fuera de estado fue sometida con aplicación previa, favor adjuntar documentación de apoyo.

Envíe por correo las aplicaciones completadas y el contacto del agente fiscal apropiado para preguntas.

ACUMEN FISCAL AGENT, LLC
PO BOX 539
OREM, UT 84059-0539

ASPIRE
HUMAN SERVICES
13923 HAYSTACK PEAK CIR.
RIVERTON, UT 84096

LEONARD CONSULTING, LLC
1059 E 900 S
SLC UT 84105

MORNING STAR
PO BOX 9323
SLC UT 84109

NÚMERO DE CONTACTO
888-221-7014

NÚMERO DE CONTACTO
801-598-0743

NÚMERO DE CONTACTO
801-359-4699

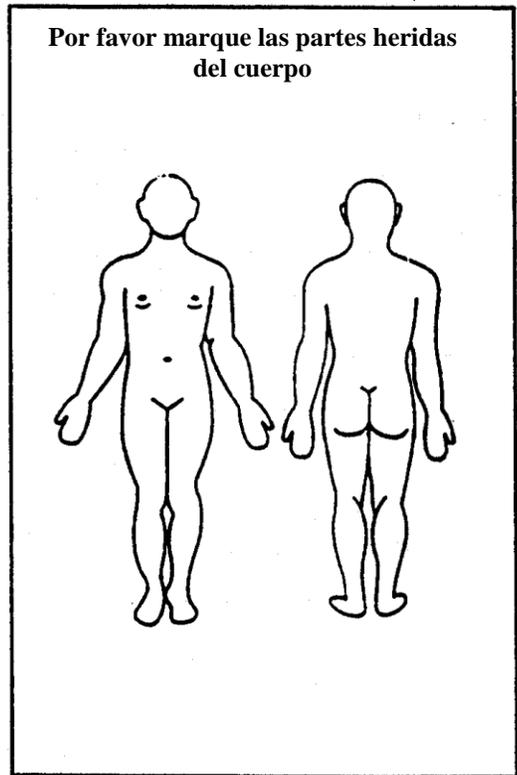
NÚMERO DE CONTACTO
801-484-0787 O
888-657-0837

TODOS campos DEBEN ser completado**FORMULARIO DE REPORTE DE INCIDENTE****FORM 1-8**

Utah DHS-DSPD

ID DE LA PERSONA: _____		NOMBRE DE LA PERSONA: _____	
FECHA DE HOY: ____ / ____ / ____ MM DD AA		FECHA DE INICIO DEL INCIDENTE: ____ / ____ / ____ MM DD AA	HORA DE INICIO DEL INCIDENTE: _____ AM/PM
YOUR NAME: _____		FECHA DE TERMINACION DEL INCIDENTE: ____ / ____ / ____ MM DD AA	HORA DE TERMINACION DEL INCIDENTE: _____ AM/PM
		FECHA DE NOTIFICACION AL COORDINADOR DE APOYO : ____ / ____ / ____ HORA: :__AM/PM QUIÉN?: _____	
		FECHA DE ARCHIVACION REPORTE DE INCIDENTE DSPD: ____ / ____ / ____ TIME: :__AM/PM	
SU TITULO: _____		SU NÚMERO DE TELÉFONO:(_____)	
NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____		DIRECCION DEL PROVEEDOR: _____ Ciudad: _____	
NUMERO DE PERSONAS INVOLUCRADAS (INCLUYENDO PERSONA EN SERVICIOS LISTADA ANTERIORMENTE): NOMBRES y ROL DE OTROS INVOLUCRADOS o CON INFORMACION PERTINENTE, INCLUYENDO PROVEEDORES DE SALUD, SI ALGUNO: (NO INCLUYA LA PERSONA EN SERVICIOS LISTADA ANTERIORMENTE):			
NOMBRE: _____		ROL: _____	
NOMBRE: _____		ROL: _____	
NOMBRE: _____		ROL: _____	
¿DONDE OCCURIO EL INCIDENTE?		DSitio del Proveedor Listado Arriba D Programa de Día DEscuela DHogar de un Amigo DHogar de un Pariente D Otro Lugar (Describe Brevemente):	
¿ACCION TOMADA?			
¿PROFESIONAL MÉDICO NOTIFICADO?	D Si D No	Nombre: _____	Título: _____ Teléfono: _____
¿PERSONA HOSPITALIZADA?	D Si D No	Nombre del Hospital: _____	Teléfono: _____
¿POLICÍA NOTIFICADA?	D Si D No	Fecha: ____ / ____ / ____	Hora: _____ AM / PM
¿APS o CPS NOTIFICADO?	D Si D No	Fecha: ____ / ____ / ____	Hora: _____ AM / PM
¿TIPO DE INCIDENTE?			
HERIDA	¿Quién Fue Herido? D Persona en Servicios D Otra(s) Persona(s) en Servicios D Personal D Otro: ¿Quién causó la herida? D Persona en Servicios D Otra(s) Persona(s) en Servicios D Personal D Otro: Parte(s) Corporales heridas: Severidad/Tratamiento: _____		
ABUSO	¿Quién fue abusado? D Persona en Servicios D Otra Persona en Servicios D Personal D Otro: ¿Quién causó el abuso? D Persona en Servicios D Otra Persona en Servicios D Personal D Otro: Tipo de Abuso/ Explotación: D Física D Sexual D Emocional D Negligencia D Financiera Abuso fue: _____ D Observado DSospechado Severidad/Tratamiento: _____		
ACTO CRIMINAL	Tipo de Acto: _____		
DROGA/ALCOHOL	D Incidente DSobre-dosis Droga/Alcohol involucrado: Severidad/Tratamiento: _____		
Error Med (Resultando en Procedimiento Medico)	Medicamento(s) involucrado(s): Severidad/Tratamiento: _____		
Persona Desaparecida	Fecha Ultima Vista: ____ / ____ / ____ Hora Ultima Vista: _____ AM / PM ¿Dónde fue vista por última vez? Fecha Encontrada/Devuelta: ____ / ____ / ____ Hora Encontrada/Devuelta: _____ AM / PM		
CONVULSION¹	Duración: Descripción Breve del Evento: _____		
Intervención Conductual Invasiva²	Causa: D Agresión D Comportamiento Auto-dañino (SIB) D Otro: Intervención usada: _____ Duración: _____ (HH:mm)		
Dstrucción de Propiedad	Material(es) Destruídos: _____ Costo para reparar/reemplazar? \$ _____ Dueño(s) de Material(es) destruidos: _____		
OTRO INCIDENTE	Favor proveer descripción breve: _____		

**Describe el Incidente en Detalle;
Incluye Cómo cada Persona Estuvo Involucrada:**



Firma del Proveedor:

Título:

Recomendación del Coordinador de Apoyo / Seguimiento:

(Adjunte Página de Referencia APS o CPS y Resultado Final de la Investigación; Indique con quién consulta acerca de éste incidente)

Firma del Coordinador de Apoyo:

Fecha de Notificación:

Fecha de Hoy:

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA & PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 1 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo 23, 1989	Fecha de Revisión: Agosto 17, 2004
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		
RAZON FUNDAMENTAL: El propósito de éste Código de Conducta del Proveedor es de proteger los clientes del Departamento de Servicios Humanos, para establecer un estándar de conducta consistente para los Proveedores quienes atienden a esos clientes, y promover una conducta que refleje respeto para los clientes y demás. (Esta póliza incorpora las provisiones de la Regla 495-876.)		

I. DECLARACION DE PROPOSITO.

El Departamento de Servicios Humanos adopta éste Código de Conducta para:

- (a) Proteger a sus clientes de abuso, negligencia, maltrato y explotación; y
- (b) Clarificar la expectativa de conducta para Proveedores de DHS y sus empleados y voluntarios quienes interactúan de cualquier manera con clientes de DHS, personal de DHS y el público.

El Proveedor deberá distribuir una copia de este Código de Conducta a cada empleado y voluntario, independientemente de si los empleados o voluntarios proveen cuidado directo a los clientes, cuidado indirecto, servicios administrativos o servicios de apoyo. El Proveedor deberá requerir a cada empleado o voluntario a leer el Código de Conducta y firmar una copia de lo adjunto "Certificado de Entendimiento" antes de tener cualquier contacto con clientes de DHS. El Proveedor deberá archivar una copia de Certificado de Entendimiento firmado en el archivo de cada empleado o voluntario. El Proveedor también deberá mantener una póliza escrita que dirige adecuadamente el tratamiento apropiado de los clientes y que prohíbe el abuso, negligencia, maltrato o explotación de clientes. Esta póliza también deberá requerir a los empleados y voluntarios del Proveedor a tratar con personal de DHS y el público con cortesía y profesionalismo.

Este Código de Conducta suplementa varios estatutos, pólizas y reglas que gobiernan la entrega de servicios a clientes de DHS. El Proveedor y las Divisiones u Oficinas de DHS no podrán adoptar o ejecutar pólizas menos estrictas que ese Código de Conducta al menos que esas pólizas hayan primero sido aprobadas por escrito por la Oficina para Licencias y el Director Ejecutivo del Departamento de Servicios Humanos de Utah. Nada en este Código de Conducta deberá ser interpretado a significar que los clientes no son responsables por su propio mal comportamiento o comportamiento inapropiado, o que el Proveedor está restringido de imponer sanciones apropiadas para al comportamiento.

II. DEFINICIONES.

1. Definiciones Generales:

"Clientes" significa cualquier persona quien recibe servicios del DHS o de un Proveedor de conformidad con el acuerdo con DHS o financiamiento del DHS.

"DHS" significa el Departamento de Servicios Humanos de Utah o cualquiera de sus divisiones, oficinas o agencias.

"Abuso infantil relacionado a violencia Doméstica" significa que cualquier violencia

doméstica o interacción violenta, física o verbal entre los cohabitantes en la presencia física del menor o teniendo conocimiento que el menor está presente y puede ver o escuchar un acto de violencia doméstica.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA & PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 2 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo 23,	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PORVEEDOR		

"Maltrato Emocional" quiere decir conducta que sujeta al cliente a comportamiento fisiológico destructivo, e incluye conducta como haciendo comentarios degradantes, amenazando daño, aterrorizando al cliente o participando en un proceso sistemático de alejar al cliente.

"Proveedor" quiere decir cualquier individuo o entidad de negocio que se contrata con DHS o un contratista de DHS para proveer servicios a clientes de DHS. El término "Proveedor" también incluye individuos autorizados y certificados quienes proveen servicios a clientes de DHS bajo la supervisión o dirección de un Proveedor. Donde éste Código de Conducta declara (como en Secciones III-VII) que el "Proveedor" deberá cumplir con ciertos requerimientos y no participar en varias formas de abuso, negligencia, explotación o maltrato, el término "Proveedor" también se refiere a los empleados del Proveedor, voluntarios y subcontratistas, y otros quienes actúan a favor del Proveedor o bajo el control y supervisión del Proveedor.

"Restricción" quiere decir el uso de fuerza física o de un aparato mecánico para restringir la libertad y movimiento del individuo o acceso normal del individuo a su cuerpo. "Restricción" también incluye el uso de droga que no es tratamiento estándar para el individuo que es usado para controlar el comportamiento del individuo y restringir la libertad y movimiento del individuo.

"Reclusión" significa el confinamiento del individuo en una sala o área donde el individuo está físicamente prevenido de irse.

"Póliza de agencia escrita" quiere decir póliza escrita establecida por el Proveedor. Si una póliza escrita contiene provisiones que son más indulgentes que las provisiones de este Código de Conducta, estas provisiones deben ser aprobadas por escrito por el Director Ejecutivo de DHS y la Oficina para Licencias.

B. Definiciones de Abuso, Negligencia, Maltrato y Explotación

Prohibido: "Abuso" incluye pero no se limita a:

1. Daño o amenaza de hacer daño a la salud y bienestar física o emocional de un cliente.
2. Confinamiento ilegal.
3. Privación de tratamiento de mantenimiento de vida excepto conforme a la Declaración de Voluntad Anticipada válida u otra declaración escrita suficientemente legal por un cliente competente o el representante legal del cliente (ej., un padre o tutor).
4. Lesión física, como contusión de la piel, laceración, desnutrición, quemadura, fracturación de cualquier hueso, hematoma subdural, lesión a cualquier órgano interno, cualquier lesión causando sangrado, o cualquier condición física que ponga en peligro la salud o bienestar del cliente.
5. Cualquier tipo de golpeo ilegal o castigo corporal.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA Y PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 3 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

6. Abuso infantil relacionado a violencia doméstica.
7. Cualquier abuso sexual o explotación sexual, incluyendo pero no limitado a:
 - a. Participando en relaciones sexuales con cualquier cliente.
 - b. Tocando el ano o cualquier parte de los genitales o tomando libertades indecentes con un cliente, o causando un individuo a tomar libertades a tomar libertades indecentes con un cliente, con la intención de excitar o satisfacer el deseo sexual de cualquier persona.
 - c. Empleando, usando, persuadiendo, induciendo, seduciendo o coaccionando a un cliente a posar desnudo(a)
 - d. Involucrando al cliente como observador o participante en actos sexuales.
 - e. Empleando, usando, persuadiendo, induciendo, seduciendo o coaccionando a un cliente a participar en cualquier conducta sexual o simulada para el propósito de fotografiar, filmar, grabar o presentación de cualquier manera la conducta sexual o simulada sexual. Esto incluye presentando, distribuyendo, poseyendo para el propósito de distribución, o vendiendo material demostrando desnudez, o participando en conducta sexual o simulada sexual con el cliente.
 - f. Cometiendo o intentando cometer actos de sodomía o acoso con un cliente.

Como usado en este Código de Conducta, los términos abuso Asexual, explotación Asexual, no se refiere a procesos terapéuticos aprobados usado en el tratamiento de desviación o disfunción sexual siempre y cuando esos procesos terapéuticos hayan sido listados en el plan de tratamiento de la persona y son consistente con las prácticas terapéuticas y póliza de agencia escrita generalmente aceptadas.

"Negligencia" incluye pero no se limita a:

1. Negación de nutrición suficiente.
2. Negación de sueño suficiente.
3. Negación de ropa o ropa de cama suficiente.
4. Fracaso de proveer supervisión adecuada al cliente, incluyendo situaciones en que el empleado o voluntario del Proveedor está dormido o enfermo en el trabajo, o está impedido debido al uso de droga o alcohol.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA Y PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 4 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

5. Fracaso a proveer cuidado y tratamiento como prescrito por el servicio, programa o plan de tratamiento del cliente, incluyendo fracaso a hacer arreglos para cuidado médico o dental o tratamiento como prescrito o instruido por el médico o dentista del cliente, al menos el cliente o Proveedor obtienen una segunda opinión de otro médico o dentista, indicando que el cuidado médico o dental o tratamiento originalmente prescritos es innecesario.
6. Negación de suficiente albergue, donde albergue es parte de los servicios que el Proveedor es responsable de proveer al cliente.
7. Negligencia educacional (i.e., fracaso deliberado o denegación para hacer un esfuerzo de buena fe de asegurar que el menor bajo el cuidado o custodia del Proveedor reciba una educación apropiada).

"Explotación" incluye, pero no se limita a:

1. Usar la propiedad de un cliente sin el consentimiento del cliente o usando la propiedad del cliente de tal manera contrario a los mejores intereses del cliente, como como gastando los fondos del cliente para el beneficio de otra persona.
2. Haciendo injusto o uso inapropiado de clientes o sus recursos.
3. Aceptando un intercambio de regalos para tratamiento preferente de un cliente o intercambio de servicios que el Proveedor ya está obligado a proveer al cliente.
4. Usando el trabajo de un cliente para beneficio personal.
5. Usando el trabajo de un cliente sin pagarle al cliente un salario justo o sin proveer al cliente con compensación equivalente no monetaria, excepto donde dicho uso es consistente con la práctica terapéutica estándar y es autorizado por la póliza DHS en el contrato del Proveedor con DHS.

a. Ejemplos:

- (i) No es "explotación" el que un padre de crianza le asigne quehaceres adicionales un hijo de crianza que ha roto una regla del hogar, porque un quehacer adicional es disciplina razonable y le enseña al niño a obedecer las reglas del hogar.
- (ii) No es "explotación" el requerir que los clientes ayuden a servir comida en un centro de ancianos donde ellos reciben comidas gratis y son alentados a socializar con otros clientes. La comida no es una compensación no-monetaria y la interacción con otros clientes puede server las necesidades terapéuticas del cliente.
- (iii) Es usualmente "explotación" el requerir a un cliente a proveer servicios extensivos de limpieza o domésticos sin paga, al menos los servicios son realmente una parte integral del programa terapéutico, como en programas tipo "casa club" que han sido aprobados por DHS.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA Y PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 5 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

"Maltrato" incluye, pero no se limita a:

1. Ejercicio físico, como correr vueltas o haciendo lagartijas, excepto cuando dichos ejercicios son consistentes con el plan de servicio del individuo y la póliza de agencia escrita y con la salud y habilidades del individuo.
2. Cualquier forma de Restricción o Reclusión usada por el Proveedor para razones de conveniencia o para obligar, disciplinar o tomar represalias en contra del cliente. El Proveedor puede usar Restricción o Reclusión solo en situaciones de emergencia donde tal uso es necesario para asegurar la seguridad del cliente y donde intervenciones menos restrictivas serían ineficaz, y solamente si el uso es autorizado por el plan de servicio del cliente y administrado por un personal autorizado. Cualquier uso de Restricción o Reclusión deberá terminar inmediatamente una vez que la situación de seguridad de emergencia es resuelta. El Proveedor deberá cumplir con todas las leyes aplicables acerca de Restricciones y Reclusiones, incluyendo todos estatutos, regulaciones, reglas y pólizas federales.
3. Asignación de trabajo áspero o ejercicio físico excesivamente agotador.
4. Requiriendo o forzando al cliente a tomar una posición incómoda, como allanamiento o agacharse, o requiriendo o forzando al cliente a repetir movimientos físicos como medio de castigo.
5. Castigo en grupo por mala conducta de individuos.
6. Maltrato emocional, acoso, burlas, provocando o de otra manera verbalmente o físicamente intimidando o agitando al cliente.
7. Negación de cualquier servicio de programa esencial solamente para con propósito único disciplinario.
8. Negación de privilegios de visita o comunicación con las familia o pareja con propósito único disciplinario.
9. Requiriendo al individuo a permanecer en silencio por largos períodos de tiempo con el propósito de castigo.
10. Retención excesiva de reacción emocional o estimulación.
11. Denegando a un cliente actual de entrar a la residencia del cliente, donde dicha denegación es para propósitos disciplinarios o vengativos o por cualquier propósito no relacionado a la seguridad del cliente y demás personas

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZAS Y PROCEDIMIENTO		
Departamento de Servicios Humanos		Página 6 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

III. ABUSO, NEGLIGENCIA, EXPLOTACION Y MALTRATO ESTÁN PROHIBIDOS.

Proveedores no deberán abusar, descuidar, explotar o maltratar clientes de ninguna manera, ya sea a través de actos u omisiones o al alentar a otros a actuar o fracasando desalentar a otros de actuar.

IV. CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR CON LOS REQUERIMIENTOS DE CONDUCTA IMPUESTOS POR LEY, CONTRATO U OTRAS POLIZAS.

Además de cumplir con este Código de Conducta, el Proveedor deberá cumplir con todas leyes aplicables (como estatutos, reglas y decisiones de la corte) y todas las pólizas adoptadas por la Oficina para Licencias de DHS, las Divisiones DHS u Oficinas cuyos clientes el Proveedor atiende, y por otras agencias estatales y federales que regulan y supervisan los programas del Proveedor. Donde la Oficina para Licencias u otra entidad DHS ha adoptado una póliza que es más específica o restrictiva que este Código de Conducta, esa póliza deberá controlar. Si un estatuto, regla o póliza define abuso, negligencia, explotación o maltrato como incluyendo conducta que no es expresamente incluida en este Código de Conducta, tal conducta deberá también constituir una violación de este Código de Conducta. *Ver, ej.,* Título 62A, Capítulo 3 del Código de Utah (definición de abuso de adulto) y Título 78, Capítulo 3a y Título 76, Capítulo 5 del Código de Utah (definiciones de abuso infantil).

V. LAS INTERACCIONES DEL PROVEEDOR CON EL PERSONAL DHS Y EL PÚBLICO.

Llevando a cabo todo negocio relacionado a DHS, el Proveedor deberá conducirse con profesionalismo y deberá tratar el personal de DHS, los miembros del personal del Proveedor y miembros del público cortésmente y justamente. El Proveedor no deberá participar en conducta criminal o cualquier fraude o mala conducta financiera.

VI. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO.

Si un Proveedor o su empleado o voluntario no cumplen con este Código de Conducta, DHS puede imponer sanciones apropiadas (como acción correctiva, libertad condicional, suspensión, inhabilitación de contratos de Estado y terminación de licencia o certificación del Proveedor) y podría valerse de todo recurso legal y equitativo (como daños monetarios y terminación del contrato del Proveedor). Al imponer dichas sanciones y recursos, DHS deberá cumplir con el Acto de Procedimientos Administrativos de Utah y todas reglas DHS aplicables. En circunstancias apropiadas, DHS también deberá reportar la mala conducta del Proveedor a las fuerzas policiales y a los clientes del Proveedor y sus familias o representantes legales (ej. un tutor). En todos los casos, DHS también deberá reportar la mala conducta del Proveedor a las autoridades de licencias, incluyendo la Oficina para Licencias DHS.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA Y PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 7 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

VII. DEBER DEL PROVEEDOR PARA AYUDAR DHS A PROTEGER CLIENTES.

1. **Deber de Proteger la Salud y Seguridad del Cliente.** Si el Proveedor se da cuenta que el cliente ha sido sujeto a cualquier abuso, negligencia, explotación o maltrato, el primer deber del Proveedor es de proteger la salud y seguridad del cliente.
2. **Deber de Reportar Problemas y Cooperar con Investigaciones.** Proveedores deberán documentar y reportar cualquier abuso, negligencia, explotación o maltrato como indicado en este Código de Conducta, y deberán cooperar completamente con cualquier investigación conducida por DHS, fuerzas policiales, o cualquier otra agencia regulatoria o de seguimiento.
 - a. Excepto como proveído en la Sección (B)(1)(a) y (B)(3) debajo, Proveedores deberán reportar abuso, negligencia, explotación o maltrato inmediatamente contactando la Oficina Regional local de la División u Oficina DHS apropiada. Durante los fines de semana y días feriados, los Proveedores deberán hacer dichos reportes al trabajador de guardia de esa Oficina Regional.
 - (i) Proveedor deberá reportar cualquier abuso o negligencia de adultos discapacitados o mayores a la oficina de admisión de Servicios de Protección de Adultos de la División de Adultos y Personas Mayores.
 - b. El Proveedor deberá hacer reportes y documentación acerca del abuso, negligencia, explotación y maltrato disponible al personal DHS y fuerzas policiales a petición.
 - c. Proveedores deberán documentar cualquier lesión del cliente (explicada o no explicada) que ocurre en el local del proveedor o durante el cliente está bajo el cuidado o supervisión del Proveedor, y el Proveedor deberá reportar cualquier dicha lesión a personal de supervisión inmediatamente. Proveedores deberán cooperar completamente en cualquier investigación conducida por DHS, fuerzas policiales u otras agencias regulatorias. Si la lesión del cliente es extremadamente mínima, el Proveedor tiene 12 horas para reportar la lesión. El término "extremadamente mínima" se refiere a las lesiones que obviamente no requieren atención médica (más allá de limpiar una herida menor y aplicar una tirita, por ejemplo) y que no es razonablemente esperada a beneficiar del consejo o consulta de un personal de supervisión o de médicos.
 - (i) Ejemplo: Si un hijo de crianza se cae de un columpio y se araña la rodilla ligeramente, el padre de crianza deberá documentar la lesión y reportar al trabajador de cuidado de crianza dentro de 12 horas.
 - (ii) Ejemplo: Si un hijo de crianza se cae de un columpio y se esguince y tuerce el tobillo, el padre de crianza deberá documentar la lesión y reportarla inmediatamente al personal de supervisión porque el supervisor pueda querer que tomen una radiografía al tobillo del niño o sea examinado por un médico.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS POLIZA Y PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Servicios Humanos		Página 8 de 8
Referencia: 05-03	Fecha Efectiva: Mayo	Fecha de Revisión: Agosto 17,
CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR		

3. **Deber de Reportar Fatalidades y Cooperar en Investigaciones y Revisiones de Fatalidades.** Si un cliente de DHS fallece mientras recibiendo servicios del Proveedor, el Proveedor deberá notificar a la División de supervisión DHS u Oficina inmediatamente y deberá cooperar con cualquier investigación en relación a la muerte del cliente. Además, algunos Proveedores están sujetos a la Revisión de Póliza de Fatalidad del Departamento de Servicios Humanos. (Ver sección de "Elegibilidad" de Póliza DHS No. 05-02 para una descripción de las entidades sujetas a los requerimientos de revisión-fatal. Una copia de la póliza está disponible en la página web de DHS en: <http://www.dhs.state.ut.us/policy.htm>) Si el Proveedor está sujeto a la Póliza de Revisión de Fatalidad, deberá cumplir con esa póliza (incluyendo todos requerimientos de reporte) y el Proveedor deberá cooperar completamente con cualquier revisión e investigación de fatalidad con referencia a la muerte de un cliente.

4. **Deber de Exhibir Póster DHS.** El Proveedor deberá prominentemente exhibir en cada centro un póster DHS que notifique a los empleados de sus responsabilidades de reportar violaciones de este Código de Conducta del Proveedor, y que enseñe los números de teléfonos para la Oficina Regional u Oficina de Admisión de las Divisiones DHS relevante(s). No obstante a lo anterior, si el Proveedor provee sus servicios en un hogar privado y si el Proveedor tiene menos de tres empleados o voluntarios, el Proveedor deberá mantener esta información en un lugar fácilmente accesible pero no tiene que necesariamente exhibir el póster DHS. DHS le proveerá anualmente al Proveedor con una copia actual del poster o deberá hacer el poster disponible en la página web de DHS: <http://www.dhs.state.ut.us>.

FECHA: 08-17-

01
Robin Arnold-Williams, Director
Ejecutivo Departamento de Servicios
Humanos

**CODIGO DE CONDUCTA DEL PROVEEDOR
CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO Y CUMPLIMIENTO**

(Para ser firmado por todos Proveedores DHS y sus empleados, voluntarios y subcontratistas.)

Yo he leído y he sido proveído con una copia personal del Código de Conducta del Proveedor para el Departamento de Servicios Humanos de Utah.

Yo entiendo que Código de Conducta y cumpliré con él. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y buscar clarificación acerca del Código de Conducta y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y entendimiento.

Firma del Empleado o Voluntario

Fecha

Imprima Nombre: _____

Firma del Supervisor

Fecha

Imprima Nombre: _____

Programa/Centro

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

El Proveedor deberá poner una copia de este “Certificado de Entendimiento y Cumplimiento” firmada en el archivo del personal firmante y deberá hacer el archivo disponible a DHS a petición.

1.20	Código de Conducta	Página 1 de 1
Código de Utah Autorizante: 62a-5-103	Regla: ninguna	División Personal
Fecha de Emisión: 1/00	Fecha de Revisión: n/a	
Formulario(s): <u>5-3</u>	Contrato: Partell, Requerimientos Generales, Párrafo 7, DH <u>Polig_05-03</u>	

Es la póliza de la **División** que, empleados de División, **Agencias Proveedoras**, y empleados de **Agencias Proveedoras** adhieran al Código de Conducta del **Departamento** (05-03, efectivo Mayo 23, 1998) y el Código de Conducta de la **División** listado debajo.

Código de Conducta de División

1. Todos los empleados serán dados una copia del Código de Conducta del **Departamento** y una copia de esta Directiva antes de empezar empleo. Todos los empleados deben firmar la Certificación Proveedor/ Empleado/ Voluntario adjunta al Código de Conducta antes de empezar empleo. Una certificación firmada denota que una copia del Código de Conducta fue proveído, revisado y entendido por el empleado. El Código de Conducta es revisado por todos los empleados al menos una vez al año. Además a las restricciones listadas en el Código de Conducta del **Departamento**, la **División** no permitirá:
 - A. Uso de bebidas alcohólicas o sustancias controladas, sin prescripción médica, por un empleado durante el trabajo, o estar bajo lo influencia durante el trabajo.
 - B. Uso de procedimientos aversivos antes de la revisión y aprobación del **Comité de Derechos Humanos del Proveedor** y/o el **Consejo de Derechos Humanos de División**.
 - C. Armas de Fuego en centros de **Vivienda Comunitaria** o de **Apoyo de Día**. Hogares del anfitrión, padres profesionales, y **Proveedores** de alivio deben seguir los estándares de autorización para cuidado de crianza en relación al almacenamiento de armas de fuego (R501-12-9).
2. Empleados que sean testigos de o están conscientes de cualquier incidente de abuso, negligencia o explotación deberán notificarle inmediatamente al policía, agencia de fuerzas policiales u Oficina local de Servicios de Protección Infantil o de Adulto más cercana, con el **Departamento** o enfrentar cargos criminales bajo **Código de Utah Anotado** sección 76-5-111, y secciones 62A-3-301 hasta 62A-3-312. Siguiendo este reporte oral, un reporte escrito deberá ser completado y proveído al supervisor y **Coordinador de Apoyo**.

CERTIFICACION DEL PROVEEDOR/EMPLEADO/VOLUNTARIO

(Esto debe ser firmado por cada proveedor, empleado y voluntario en programas de Servicios Humanos.)

Yo he leído y he sido proveído una copia personal del Código de Conducta del Proveedor del departamento de Servicios Humanos 05-03 y la División de Servicios para Personas con Discapacidades - Póliza 5-3.

Yo entiendo las expectativas listadas en el Código de Conducta y me esforzaré de buena fe para cumplir con las provisiones en este respecto. Cualquier pregunta o clarificación del Código de Conducta han sido presentadas y contestadas satisfactoriamente.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Programa/Centro

Dirección

Ciudad Código Postal

