

**(MODELO DE) Formulario de Convenio del Plan del Programa Individual
(BORRADOR)**

Nombre: Carlos R

Número de UCI: 9999999

Fecha de nacimiento: 3/15/2011

¿Exención de Medicaid? Sí No

Fecha en que se realizó esta revisión: 4/5/2024

Próxima fecha de revisión: 3/31/2025

Deseo recibir una copia del plan en mi idioma preferido: Español

Tipo de plan:

Inicial, anual, bienal, trienal

Modificación: [Select a reason]

Carlos (nosotros) participo (participamos) en el desempeño o la renovación del Plan del Programa Individual (IPP). Los servicios y apoyos que se han acordado y se incluirán en el IPP o se cambiarán respecto al plan anterior son:

Resultado Deseado: Carlos quiere establecer amistades con otros niños en su comunidad.						
		Autorización				
Servicio/Apoyo:	Apoyado por:	Fecha de Inicio:	Fecha de Finalización:	Duración:	Frecuencia:	Financiado por:
Membresía del YMCA	Servicios de Gestión Financiera (FMS)	4/1/2024	3/31/2025	1	Mensual	Centro Regional

Resultado deseado: Carlos seguirá viviendo con sus padres, el Sr. y la Sra. R, en la casa de su familia. El Sr. y la Sra. R quieren ayudar a Carlos fortalecer sus habilidades para enfrentar retos cuando las cosas no resultan según lo planeado.						
		Autorización				
Servicio/Apoyo:	Apoyado por:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Duración:	Frecuencia:	Financiado por:
Apoyo de Comportamiento	Medi-Cal	4/1/2024	3/31/2025	Por Determinarse	Por Determinarse	Agencia de Atención Medica Administrada, Medi-Cal
Respiro	FMS	Por Determinarse	3/31/2025	10 horas	Mensual	Centro Regional
Brazalete de Alerta de Seguridad	Safety Alert	4/1/2024	3/31/2025	1	Anual	Centro Regional

Acuerdo de Servicios:

- Por el presente, **acepto** los servicios mencionados con anterioridad **Y** autorizo al **[centro regional]** a adquirir los servicios acordados para la implementación del IPP.
- El equipo no aceptó los siguientes servicios: [Seleccione Servicios]

Y

- Acepto, según lo conversado con mi equipo, mantener una reunión del **IPP** el día[.....]. Esta reunión se llevará a cabo de 15 días, o con posterioridad, para repasar los puntos que no se han acordado en la reunión del día de hoy. Puedo renunciar a esta segunda reunión si mis inquietudes respecto de los servicios y apoyos se resuelven a mi entera satisfacción antes de que concluya el período de 15 días [sección 4646(h) del Código de Bienestar e Instituciones (W&I)].

La fecha estimada para el inicio de los servicios **actuales** será la fecha del IPP, a menos que se indique lo contrario. Para los **nuevos** servicios, se necesitará tiempo para iniciar y completar las referencias, por lo que es posible que el comienzo de la prestación de los servicios tome un poco más de tiempo.

¿Hay alguna excepción para los requisitos de los entornos? Sí No

- Estoy de acuerdo con las excepciones para la norma de Entornos Comunitarios descritas en las siguientes categorías/áreas: [Seleccione una categoría/área]

Reconocimientos:

- He recibido una declaración de los servicios y apoyos que el centro regional compró durante el último año [sección 4648(h) del Código W&I].
- He comentado y compartido información sobre mis necesidades actuales o posibles necesidades futuras con mi coordinadora de servicios para el desarrollo de recursos [sección 4648(e) del Código W&I].
- El **[centro regional]** realizará reuniones del IPP/PCSP, según sea necesario, en respuesta a mis logros o a los cambios en mis necesidades. Esto puede suceder una vez al año si estoy inscrita en la Exención de Medicaid o al menos una vez cada tres años si no estoy inscrita en esta exención. Mi Coordinadora de Servicios será responsable de supervisar este plan. Soy consciente de que puedo contactar a mi coordinadora de servicios para comunicarme con mi equipo de planificación en cualquier momento.

Me gustaría recibir una copia del IPP: En formato electrónico

- En copia impresa enviada por correo postal

Se abordó la siguiente información:

Servicios de apoyo autónomo

Los servicios de apoyo autónomo brindan a las personas y sus familias la oportunidad de gestionar los apoyos y servicios que eligen recibir, lo que incluye a la persona encargada de prestar los servicios y la forma de prestación de los mismos. La coordinadora de servicios brinda apoyo a través del proceso de planificación centrada en la persona. Los tipos de servicios de apoyo autónomo pueden incluir los siguientes:

- Programa de autodeterminación: brinda a los participantes la oportunidad de tener más control en el desarrollo de sus planes de servicios y la selección de los prestadores de servicios para satisfacer mejor sus necesidades. Los participantes elaboran un presupuesto y un plan de gastos para comprar servicios y bienes de prestadores de servicios, personas o empresas calificados.
- Servicios dirigidos por los participantes: brinda a una persona o una familia la oportunidad de elegir a quien contrata, programar y supervisar el trabajo para algunos tipos de servicios. Los servicios pueden ser usados por las personas que viven en su propio hogar, en el hogar familiar y en algunos entornos de vida en comunidad.

Queja Relacionada con la Sección 4731:

La Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades del Desarrollo ofrece a las personas que reciben servicios de un centro regional y otras personas un proceso para presentar quejas contra un centro regional, un centro de desarrollo o un prestador de servicios de un centro regional, cuando se considera que ha tenido lugar un abuso de cualquier derecho de una persona, que se le ha denegado el cumplimiento de un derecho de forma punitiva o que se le ha denegado un derecho de forma indebida o injustificada. Para obtener información adicional, visite la página web del [centro regional]: [.....] o la página web del DDS en: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/>.

Política sobre Informantes

El [centro regional] tiene una Política sobre informantes que alienta a las personas a denunciar actividades ilegales o inadecuadas presuntas o reales, de naturaleza financiera o de otro tipo. El [centro regional] no condonará ninguna actividad ilegal o inadecuada por parte de un empleado, miembro del directorio, proveedor o contratista. El [centro regional] no tomará represalias contra una persona que haya presentado una propuesta o una queja de buena fe contra una práctica del [centro regional] o de cualquier otra persona o entidad con la cual el [centro regional] tenga una relación comercial, en función de una creencia razonable de que dicha práctica viola una ley o una disposición clara de una política pública. Las Políticas sobre informantes del [centro regional] se pueden encontrar en: [.....]. La Política del DDS se puede encontrar en: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>.

Empleo Primero

En 2013, California se convirtió en el 12° estado en convertir en ley una política de Empleo Primero. La ley establece que se debe dar mayor prioridad a ofrecer oportunidades de empleo integrado y competitivo a las personas con discapacidades del desarrollo en edad de trabajar, con independencia de la gravedad de sus discapacidades.

Ley de Registro Nacional de Votantes

El Congreso sancionó la Ley de Registro Nacional de Votantes (NVRA) de 1993 para facilitar la obtención y presentación de una solicitud de registro para votar. Si usted no está registrado para votar, puede presentar una solicitud de registro en el centro regional.

Plan de Acceso al Transporte

Para maximizar la independencia y la integración y participación en la comunidad, el plan de acceso al transporte debe identificar los servicios y apoyos necesarios para ayudar a la persona a acceder al transporte público. Estos servicios y apoyos pueden incluir, entre otros, servicios de entrenamiento de la movilidad y el uso de ayudas de transporte, coordinados a través de las agencias locales de transporte público [sección 4646.5(a)(7)(A) y (B) del Código de Bienestar e Instituciones (W&I)].

Notas Adicionales:

Firmas de los Participantes del Equipo de Planificación:

Firma:	Nombre del participante (en letra de imprenta):	Relación con Carlos:	Fecha:
	Sr. R..	Padre	3/8/2024
	Sra. R.	Madre	3/8/2024
	Sra. Saldozar	Coordinadora se Servicios	3/8/2024

BORRADOR