**[Nombre del Centro Regional]**

**Formulario de Convenio del Plan del Programa Individual**

Nombre legal: haga clic o toque aquí para ingresar el nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el apellido

Número UCI: haga clic o toque aquí para ingresar el número UCI

Fecha de nacimiento: …

¿Exención de Medicaid? [ ]  Sí [ ]  No Si marcó Sí, que tipo Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

Fecha en que se realizó esta revisión: …

Próxima fecha de revisión: …

¿Reunión remota? [ ]  Sí [ ]  No

Deseo recibir una copia del plan en mi idioma preferido: Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

Tipo de Plan: [Seleccione un tipo de plan]

o [ ]  Enmienda: [Seleccione una razón]

Yo (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: Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

## FINANCIADO POR EL CENTRO REGIONAL

**Autorización**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio/Apoyo:** | **Apoyado por:** | **Fecha de Inicio:** | **Fecha de Finalización:** | **Cuanto:** | **Que tan frecuente** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto.[ ]  Proveedor a ser determinado | … | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto.[ ]  Proveedor a ser determinado | … | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto.[ ]  Proveedor a ser determinado | … | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

## FINANCIADO POR OTRAS FUENTES

**Autorización**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio/Apoyo:** | **Apoyado por:** | **Fecha de Inicio:** | **Fecha de Finalización:** | **Cuanto:** | **Que tan frecuente** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto.[ ]  Proveedor por determinado | … | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto.[ ]  Proveedor por determinado | … | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

*Nota: la fecha de inicio aproximada de los servicios* ***existentes*** *será la fecha del IPP, a menos que se indique lo contrario. Los* ***nuevos*** *servicios requerirán tiempo para iniciar y completar las referencias y pueden demorar más tiempo en comenzar.*

Acuerdo de servicios

Seleccione una de las opciones a continuación.

[ ]  Acuerdo sobre todos los servicios: Estoy de acuerdo con los servicios enumerados anteriormente y autorizo a [nombre del centro regional] a comprar los servicios acordados para la implementación de mi IPP.

[ ]  Desacuerdo o denegación de los siguientes servicios: El equipo no estuvo de acuerdo con los siguientes servicios: [Seleccione servicio(s)]

### Solicitudes adicionales:

[ ]  Para los servicios donde está pendiente una decisión, el equipo realizara una reunión del IPP el …. Esta se llevará a cabo dentro de los 15 días, o más tarde si estoy de acuerdo, para revisar los puntos no acordados en la reunión de hoy. Puedo cancelar esta segunda reunión si mis inquietudes con respecto a los Servicios y Apoyos se resuelven a mi satisfacción antes del final del período de 15 días.

[ ]  Solicito un Aviso de Acción (NOA por sus siglas en Inglés) para apelar los servicios que fueron denegados y que se proporcione en mi idioma preferido: Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

Me gustaría recibir una copia del NOA por:
[ ]  Correo electrónico [ ]  Correo certificado [ ]  Fax

¿Existen excepciones a los requisitos de los entornos comunitarios?

[ ]  Sí [ ]  No

[ ]  Estoy de acuerdo con las excepciones a la regla de entornos comunitarios que se describen a continuación: [Seleccione un aspecto de la vida]

Confirmaciones:

[ ]  Me han proporcionado una declaración de todos los servicios y apoyos que el centro regional compró para mí durante el último año.

[ ]  He discutido y compartido información sobre cualquier necesidad que tenga ahora o en el futuro con mi Coordinador de Servicios.

[ ]  [Nombre del centro regional] llevará a cabo reuniones del IPP, según sea necesario, a medida que cambien mis necesidades o mis resultados deseados. Esto puede suceder una vez al año si estoy inscrito en la exención de Medicaid o con una frecuencia no menor a una vez cada tres años si no estoy inscrito. Mi Coordinador de Servicios será responsable de supervisar este plan. Entiendo que puedo convocar a mi equipo de planificación en cualquier momento comunicándome con mi Coordinador de Servicios.

Me gustaría recibir una copia del IPP:
[ ]  En formato electrónico [ ]  Copia impresa por correo

Se discutió la siguiente información:

### [ ]  Autodirección:

Autodirección es una manera de que usted pueda tener más opciones sobre sus servicios y apoyos, quien los proporciona y como se proporcionan. La planificación se lleva a cabo con su coordinador(a) de servicios a través de un proceso de planificación centrado en la persona, así que hable con su coordinador(a) de servicios si desea obtener más información sobre autodirección. Puede obtener servicios y apoyos autodirigidos a través de dos maneras:

* Programa de Auto Determinación: Le brinda más control, obligaciones y responsabilidades en crear sus planes de servicios y elegir los proveedores de servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Usted trabaja con su equipo de planificación para desarrollar un presupuesto y plan de gastos para comprar servicios, apoyos y bienes de los proveedores de servicios, personas o negocios.
* Servicios Dirigidos por el Participante: Le brinda la opción de a quien contratar, sus horarios, y como supervisar el trabajo para algunos tipos de servicios y apoyos. Los servicios y apoyos pueden ser utilizados por quienes viven en su propio hogar, en el hogar de su familia y en algunos hogares comunitarios.

### [ ]  Proceso de apelaciones

Una apelación es una forma de resolver un desacuerdo con su centro regional. Si usted y el centro regional no están de acuerdo, tiene derecho a apelar la decisión del centro regional. Para obtener más información, visite el sitio web de [Nombre del Centro Regional] o el sitio web del Departamento: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>

### [ ]  Queja 4731:

Si recibe servicios del centro regional, usted o alguien como un padre/madre, tutor legal, custodio o representante autorizado puede presentar una queja si cree que un centro regional, centro de desarrollo, o proveedor de servicio le ha negado sus derechos de manera incorrecta o injusta. Para obtener más información, por favor visite el sitio web de [nombre del centro regional]: Haga clic o toque aquí para ingresar texto. o el sitio web del Departamento de Servicios de Desarrollo (Departamento): <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/>.

### [ ]  Póliza de Quejas de Informantes:

Si observa o es afectado por una actividad ilegal o inapropiada, debería reportarlo a Departamento. Esto se llama una Queja de Informante. Hay dos tipos de Quejas de Informantes:

* Actividad ilegal o indebida de un centro regional: Cuando un centro regional o empleado, funcionario, o miembro de la mesa directiva de un centro regional que realiza negocios de parte del centro regional hace algo incorrecto. Unos ejemplos podrían ser:
	+ Violar la ley estatal o federal
	+ No cumplir con un acuerdo legal entre un centro regional y otra persona o negocio
	+ Mentir o engañar a alguien para ganar dinero u obtener alguna otra recompensa
	+ Usar propiedad del gobierno de manera incorrecta o para algo ilegal
	+ Hacer algo al propósito que sea contra la ley, ignorar la ley, mentir acera de tener habilidades adecuadas para su trabajo o no poder cumplir con su trabajo.
* Actividad ilegal o indebida de un Proveedor de Servicios o Contratista: Cuando un proveedor de servicios o contratista (como una persona o negocio contratado para brindar un servicio o realizar un trabajo), hace algo incorrecto al brindar servicios pagado por Departamento. Esa persona podría ser un empleado, funcionario o miembro de la mesa directiva de un proveedor de servicio o contratista. Unos ejemplos podrían ser:
	+ Violar la ley estatal o federal
	+ No cumplir con un acuerdo legal entre un centro regional y otra persona o negocio
	+ Mentir o engañar a alguien para ganar dinero u obtener alguna otra recompensa
	+ Usar propiedad del gobierno de manera incorrecta o para algo ilegal
	+ Hacer algo al propósito que sea contra la ley, ignorar la ley, mentir acera de tener habilidades adecuadas para su trabajo o no poder cumplir con su trabajo.

Departamento lo escuchara cuando reporte alguna actividad que sea ilegal o inapropiada. Estará protegido si presenta una queja contra el centro regional o proveedor de servicio o contratista. Para aprender más, por favor visita el sitio web de [nombre del centro regional]:Haga clic o toque aquí para ingresar texto. o el sitio web de Departamento: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>.

### [ ]  Empleo Primero:

En el 2013, California se convirtió el duodécimo estado en convertir en ley la Póliza de Empleo Primero. La ley establece que es importante que todas las personas con una discapacidad de desarrollo tengan la oportunidad de trabajar por el mismo salario, los mismos beneficios, y los mismos puestos que otras personas, independientemente de sus discapacidades. Si desea conseguir un trabajo o quiere obtener más información sobre como trabajar, hable con su coordinador(a) de servicios

### [ ]  Ley Nacional de Registro de Votantes (National Voter Registration Act):

En 1933, el Congreso facilitó la votación. Si desea votar, puede registrarse en el centro regional.

### [ ]  Plan de Acceso al Transporte:

Para ayudarle a ser más independiente, viajar a lugares que desee y ser parte de su comunidad, puede tener un plan de acceso al transporte. Este plan incluirá los servicios y apoyos que necesita para como ir y regresar de una parada de autobús o tren, como llegar donde quiera ir y como usar cualquier equipo o ayuda para la movilidad en el sistema de transporte público.

### [ ]  Plan de sucesión del proveedor de cuidado:

Si vive en su hogar familiar, usted y su equipo de planificación deben hablar sobre si necesita un plan sobre quién lo cuidará en el futuro. Debería hablar de ello antes de cumplir 22 años. Esto se llama Plan de sucesión del proveedor de cuidado. Si usted y su equipo de planificación deciden que necesitan este plan, hablarán de ello cada año.

Notas Adicionales:

Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

Firmas de los Participantes del Equipo de Planificación del IPP:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** | **Nombre del participante (en letra de imprenta):** | **Relación con [nombre]:** | **Fecha:** |
|  | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | … |
|  | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | … |
|  | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | … |
|  | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | … |

Encuesta de IPP:

El Departamento de Servicios de Desarrollo (Departamento) quiere saber de usted acerca de su reunión de IPP. Sus respuestas serán leídas únicamente por Departamento. No le pediremos su nombre para que pueda ser abierto y directo con sus respuestas. Podemos enviarle una copia impresa por correo. Nos puede llamar al 833-421-0061 y presionar la opción 1. Igual nos puede enviar un correo electrónico a la dirección IPPsurvey@dds.ca.gov. La encuesta es opcional y es su decisión si gustaría participar.

Escanee este código QR para responder la encuesta:

﻿

﻿



Como usar el código QR y realizar la encuesta:

1. Abra la aplicación de cámara en su teléfono celular o tableta.
2. Coloque la cámara sobre el código QR cuadrado. Asegúrese que pueda ver el código QR en la pantalla.
3. Aparecerá un enlace a la encuesta en su pantalla. Presione el enlace para abrir la encuesta.
4. Elija la respuesta que mejor coincida con lo que sucedió durante su reunión de IPP.
5. Presione el botón “Listo” cuando haya terminado.