

LISTA DE COTEJO PARA EL PLAN ISP**A. ASUNTOS GENERALES**

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Están firmados los formularios para liberación de información apropiados para poder obtener archivos actualizados (por ejemplo archivos médicos, del IEP, terapias, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2a. ¿Desea la persona responsable que le notifiquen acerca de los incidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2b. ¿Es adecuado el horario para tales notificaciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Están actualizadas las páginas FOCUS (el plan de servicios, la demografía del consumidor, cubierto médico, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Se le ha informado al individuo/familia acerca de su(s) derecho a seleccionar un coordinador de apoyo y los proveedores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Se le ha hecho una evaluación del riesgo? Y, ¿ha desarrollado un plan para evaluar el riesgo cuando sea necesario? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Están todos los acuerdos del grupo referentes al documento ISP anotados en la Parte II del Plan de Acción – Acuerdos y Asignaciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Ha recibido el individuo/familia la Declaración de Derechos corriente y el archivo contiene un Certificado de Comprensión corriente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Si la persona tiene 18 años o más, ¿Ha ofrecido la opciones de inscripción de votante? ¿Ha inscrito los hombres para el Selective Service (Llamada a filas)? |

B. ASUNTOS MÉDICOS

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Si la persona actualmente no es elegible para ALTCS, ¿es ahora un momento apropiado para un referido a ALTCS (es decir, hay cambios significativos en la condición médica o mental, o los activos financieros de la persona ahora son de menos de \$2,000; o la persona ha alcanzado la edad de seis meses, tres años, seis años o 12 años. El criterio de elegibilidad para ALTCS cambia al alcanzar cualquiera de esas edades. Refiera a la evaluación anterior a PAS para los criterios para esas edades). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Posee el individuo un directivo por adelantado? (Si lo tiene, obtenga una copia y documéntelo en la sección médica del plan ISP. Si el individuo tiene 18 o más años de edad y está cubierto bajo ALTCS, entregue a la persona responsable el folleto titulado "Decisiones acerca del Cuidado de su Salud" ["Decisions About Your Healthcare"] y documente esa acción en la sección médica.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Han sido asignadas medidas específicas para citas/evaluaciones médicas y las presuntas fechas para realizarlas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Tiene el individuo problemas médicos que requieren evaluación/monitorización por los enfermeros? (quebrantos en la piel, ventilador, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Se está supervisando la necesidad y/o situación referente a Equipo Médico Durable (DME)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6a. Si la persona es una mujer de la edad apropiada, ¿se ha realizado el examen ginecológico anual, incluso la mamografía? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6b. Si no se ha conducido el examen, ¿existe documentación de una razón válida para no haberlo hecho (es decir, que la persona solamente tolera el examen bajo anestesia, y la persona responsable ha decidido que el riesgo posado por la anestesia es mayor que los beneficios del examen)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Está la persona inmunizada contra pulmonía y tiene las demás inmunizaciones necesarias? |

C. SERVICIOS

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1a. Si utiliza los servicios de un Asistente de Cuidado o Ayuda con Tareas Domésticas, ¿Ha llenado el Acuerdo de Asistente de Cuidado/Ayuda con Tareas Domésticas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1b. Ha ocurrido la supervisión/monitorización dentro del horario mandato? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1c. En caso de quebrantos en la piel, ¿está involucrado un servicio de enfermería? (Vea el formulario DD-220, Información sobre Apoyos al plan ISP.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Si se utiliza o necesita un aparato para mejorar la comunicación ("Augmentative Communication Device"), ¿se ha indicado los objetivos y apoyos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Se ha asignado medidas para planes/estrategias de aprendizaje o hay fechas propuestas para concluir las? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Se han identificado y discutido las necesidades de entrenamiento específicas de los proveedores de HCBS (por ejemplo la administración de medicamentos, CIT, información acerca de problemas con ataques, etc.)? (Vea el formulario DD-220, Información sobre Apoyos al plan ISP.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Contiene la Parte I del Plan de Acción para ISP (DD-219-1) objetivos completos y mensurables para todos los individuos que reciben servicios de Tratamiento y Entrenamiento Diarios, de Capacitación o de Terapia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Es probable que los gastos de servicios identificados van a exceder 100% ICFMR? Por ejemplo, la proporción del personal de DTA o Residencial es 1:1 o 1:2, más de 200 horas de servicios de enfermeros y HCBS, Protección Comunitario, Hogar Médico del grupo. En caso afirmativo, llene el CES. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7a. ¿Están documentadas las razones de por qué no se lograron los objetivos o por qué fue necesario revisarlos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7b. ¿Si la persona recibe servicios, ha presentado el proveedor los informes del progreso actuales a la División? |

Continúa al dorso

- 7c. ¿Si la persona recibe servicios tal como Asistente de Cuidado, Ayuda con Tareas Domésticas, Respiro o Habilitación Independiente (HAI) para IDLA, ha desarrollado el equipo un plan alternativo?
- 8. ¿Hay una medida de acción que indique quién notificará al Coordinador de Apoyo si algún servicio autorizado no se ha iniciado o recibido?
- 9. Si está desarrollando un plan para Arreglos para Vivir Individualmente Diseñados, ¿se ha llenado la lista de cotejo para IDLA?
- 10. ¿El Plan de Servicios incluye servicios indirectos (*es decir, terapias en las escuelas, servicios de respiro a través de salud mental*)?
- 11. Si es necesario hacer modificaciones al hogar, ¿se ha concluido y presentado a la División de Modificaciones al Hogar todas las medidas para seguimiento necesarias?

D. ASUNTOS FINANCIEROS

SÍ NO

- 1a. ¿Está completo el Plan de Gastos para el ISP?
- 1b. ¿Tiene la persona ingresos suficientes para cubrir sus propios gastos?
- 2. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica a la persona responsable de informar los balances a ALTCS y/o Seguro Social? (*Aquí se incluye fideicomisos, cuentas bancarias, cuentas en hogares de grupo o programas diurnos, etc.*)
- 3. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica a la persona responsable de enviar los talones de cheques al Seguro Social?

E. ASUNTOS RESIDENCIALES

SÍ NO

- 1. ¿Está lleno el formulario Información para Apoyos de los Servicios en Hogares de Grupo?
- 2. Si es aplicable, ¿está llena la hoja de trabajo para el ISP para Individuos Residentes en Hogares de Grupo con Piscina o Alberca?
- 3a. ¿Se le ha entregado a la persona responsable un inventario anual de las posesiones del individuo?
- 3b. ¿Es exacto ese inventario?
- 4a. ¿Hay limitaciones en la cantidad de dinero que el individuo puede llevar consigo o recibir en efectivo de sus ganancias?
- 4b. Si hay limitaciones, ¿se está tomando medidas para enseñarle al individuo a manejar su dinero de manera más efectiva?
- 5. ¿Se ha tomado acción con respecto al consumo de bebidas alcohólicas o tabaco?
- 6a. Si el individuo utiliza pañales, ¿se ha documentado una razón médica para ello?
- 6b. Si no se ha documentado una razón médica, ¿se está tomando medidas para enseñarle al individuo a tener mayor independencia en sus hábitos de utilizar el baño?

F. ASUNTOS DEL COMPORTAMIENTO

SÍ NO

- 1. ¿Contiene el archivo las autorizaciones firmadas por la persona legalmente responsable para la administración de medicamentos psicotrópicos?
- 2. Si el individuo utiliza medicamentos para modificación de la conducta, ¿hay un plan para el tratamiento de la conducta y un plan para la administración de medicamentos?
- 3. ¿La Parte II del Plan de Acción identifica al monitor(es) del plan para el tratamiento de la conducta?
- 4. ¿Necesita esta persona asesoramiento con un Profesional de Salud Mental Calificado (QBHP)?
- 5. ¿Están documentados los objetivos y servicios de salud mental en la Parte I del Plan de Acción?
- 6. ¿Es necesario que más de un miembro del personal esté presente para transportar al individuo, y refleja el plan esto?
- 7. ¿La Parte II del Plan de Acción documenta con quién y de qué modo se podrá compartir la información de salud mental con el Médico de Cuidado Primario (PCP) del individuo?
- 8a. ¿Está actualizado el RIMS?
- 8b. ¿El Plan de Servicios FOCUS tiene el código de salud mental apropiado?
- 9. ¿Es requerido/preparado un Plan de Contacto en Emergencias para la despedida/transición de los individuos que tienen problemas graves con su comportamiento, (*conforme al Directivo Administrativo 69*)?

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Available in English at your local office.