

N.º de MCI:

Nombre:

OBJETIVO: Este Formulario de consentimiento del Plan de Apoyo Individual (Individual Support Plan, ISP) de la Oficina de Programas de Desarrollo (Office of Developmental Programs, ODP) (revisado en abril de 2024) se debe completar en los siguientes casos:

- reuniones iniciales del ISP;
- reuniones de revisión y actualización anual del ISP;
- reuniones de equipo relacionadas con los cambios de servicios que den lugar a una revisión crítica del ISP.

Nota: Las personas inscritas en el Programa de Exención para Adultos con Autismo (Adult Autism Waiver, AAW) deben utilizar el Formulario de consentimiento del Plan de Apoyo Individual del AAW.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ISP

Al finalizar la reunión, la persona y los miembros del equipo del ISP deben completar el Formulario de consentimiento del ISP.

- Es esencial que la persona asista a su reunión siempre que sea posible. Todos los que asisten a la reunión, incluida la persona en cuestión, deben colocar su firma y la fecha en la columna correspondiente donde figura su nombre y completar la información sobre el cargo, la agencia y la relación en las secciones individuales del formulario de consentimiento del ISP. Se pueden usar firmas electrónicas para completar el formulario.
- Si la persona, el representante legal o cualquier otro miembro del equipo del ISP invitado decide no asistir, el coordinador de apoyo (Supports Coordinator, SC) debe mencionar a esa persona en el formulario e indicar que estuvo ausente.
- Si la persona asiste a la reunión, pero decide no firmar el formulario, o no puede hacerlo, el SC debe indicarlo en el formulario, en la línea designada para la firma de la persona.
- Si la persona no asiste a la reunión, el SC debe revisar los resultados de esta con la persona lo antes posible y pedirle que firme el formulario, además de agregar la fecha en la que se llevó a cabo la revisión.
- Si la persona tiene menos de 18 años o tiene un tutor legal, no es obligatorio que firme el formulario, pero se le debe dar la opción. El padre, la madre o el tutor legal de la persona debe firmar el formulario.
- Si la persona, su padre, madre o tutor legal, o cualquier miembro del equipo del ISP está en desacuerdo con el contenido del ISP, debe firmar la sección de objeción del contenido designada en la parte inferior de la página de firma, y luego, el SC elevará el desacuerdo a la Entidad Administrativa (Administrative Entity, AE) para su resolución.

En la siguiente tabla, se incluye información de la columna “La respuesta indica lo siguiente:” que complementa las afirmaciones de la columna “Declaraciones y reconocimientos”. El SC debe usar esta información para explicar detalladamente cada afirmación a la persona o al representante legal antes de indicar la respuesta del proveedor en la columna de respuesta correspondiente. El SC debe completar esta tabla. El SC adjuntará una copia del Formulario de consentimiento del ISP completado para el ISP y se lo enviará a todas las personas invitadas a la reunión, incluso a quienes no asistieron. En el caso de los proveedores, el SC solo debe enviar una copia del Formulario de consentimiento del ISP, ya que los proveedores tienen acceso al ISP de forma electrónica.

Declaraciones y reconocimientos	La respuesta indica lo siguiente:	Sí	No	N/C
1. Participé en la reunión del ISP.	La persona participó en la reunión del ISP. Si la persona no asistió a su reunión, debe firmar este formulario para indicar en qué momento el SC revisó los resultados de su reunión con ella.			
2. Hubo un intérprete presente si era necesario.	Si la persona necesita un intérprete, hubo uno presente. “N/C” indica que la persona no necesitaba un intérprete.			
3. Mi equipo del ISP y yo revisamos el informe resumido de la Escala de Intensidad de Apoyo: versión para adultos (Supports Intensity Scale, Adult Version, SIS-A®) en esta reunión.	Durante la reunión, se usó el informe de la SIS-A® de la persona. “N/C” indica que no se completó un informe de la SIS-A® para la persona.			
4. Seleccioné los servicios identificados y los proveedores calificados que se mencionan en mi ISP y estoy de acuerdo con ellos.	La persona está de acuerdo con los servicios identificados y los proveedores calificados elegidos que se mencionan en su ISP actual.			
5. Seleccioné los entornos que figuran en mi ISP y estoy de acuerdo con ellos; además, comprendo que puedo optar por recibir los servicios en un entorno que no sea específico para personas con discapacidad.	La persona está de acuerdo con los entornos identificados que se mencionan en su ISP actual y comprende la disponibilidad de entornos no específicos para personas con discapacidad.			

N.º de MCI:

Nombre:

Declaraciones y reconocimientos		La respuesta indica lo siguiente:	Sí	No	N/C
6. Acepto lo siguiente:					
a) Cumplir con los requisitos de los servicios de Medicare y Medicaid, y de la ODP en todos los centros, p. ej., los requisitos de ubicación y frecuencia de la supervisión de la persona por parte del SC, reevaluación, SIS-A®, etc.	La persona acepta cumplir con todos los requisitos.				
b) Recibir gestión de apoyo orientado (Targeted Support Management, TSM).	La persona acepta participar en la TSM. "N/C" indica que la persona está inscrita en una exención o no es elegible para recibir asistencia médica (Medical Assistance, MA).				
c) Los objetivos de mi ISP.	La persona está de acuerdo con los objetivos identificados en su ISP.				
7. Se me informó sobre lo siguiente:					
a) Mis derechos de audiencia justa y apelación, y el proceso de audiencia justa y apelación del <u>departamento</u> con respecto al Programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Waiver Services, HCBS) o TSM.	Se informó a la persona sobre sus derechos de audiencia justa y apelación, y el proceso de audiencia justa y apelación del departamento. "N/C" indica que la persona está recibiendo servicios con financiamiento básico.				
b) Mis derechos de audiencia justa y apelación, y el proceso de apelación del <u>programa del condado</u> respecto a mis servicios con financiamiento básico.	Se informó a la persona sobre sus derechos de audiencia justa y apelación, y su derecho a apelar una decisión ante el programa del condado. "N/C" indica que la persona está recibiendo HCBS.				
c) Mi derecho a elegir un proveedor calificado y una organización de coordinación de apoyos (Supports Coordination Organization, SCO) en cualquier momento.	Se informó a la persona sobre su opción de proveedores calificados, incluidas las SCO.				
d) Mi derecho a elegir entre los tipos de servicios que están disponibles para mí.	Se informó a la persona sobre su derecho a elegir entre los tipos de servicios que tiene a disposición.				
e) Mi derecho a solicitar un cambio en mis servicios en cualquier momento.	Se informó a la persona sobre su derecho a solicitar un cambio en sus servicios en cualquier momento debido a cambios que se hayan producido en la necesidad evaluada. Si se produce algún cambio, se debe actualizar, aprobar y autorizar el ISP.				
f) Empleo integrado competitivo y opciones de empleo con apoyo, empleo con apoyo avanzado y servicios de asesoramiento sobre beneficios.	El SC informó a la persona sobre las opciones de empleo con apoyo, empleo con apoyo avanzado y servicios asesoramiento sobre beneficios. (El SC tiene recursos disponibles para fundamentar las conversaciones sobre empleo en https://home.myodp.org/employment/supports-coordinators-of-consolidated-pfds-community-living-waivers/). "N/C" indica que la persona tiene menos de 14 años.				
g) Opciones para administrar los servicios por mi cuenta.	Se informó a la persona sobre las opciones de autoadministración, independientemente de su situación de vivienda actual.				
h) El SC proporcionará una copia de mi ISP a las personas y agencias mencionadas en este formulario.	Se informó a la persona que el SC proporcionará copias de su ISP a todos los miembros del equipo del ISP. Los proveedores que tengan acceso electrónico deben obtener el ISP de manera electrónica y solo recibirán una copia del Formulario de consentimiento del ISP de parte del SC.				



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PLAN DE APOYO INDIVIDUAL

N.º de MCI:

Nombre de la persona: _____

Tipo de reunión: Reunión inicial del ISP Revisión anual del ISP Reunión del equipo

Fecha de la reunión:

Fecha de revisión y actualización anual:

Firma o marca de la persona o del representante legal: _____ Relación: _____

Relación: _____

Al firmar este formulario a continuación, usted certifica que asistió a la reunión del ISP y está de acuerdo con lo conversado, incluidas las respuestas a las declaraciones y los reconocimientos.

Si la persona no asistió a su reunión, debe firmar a continuación para indicar cuándo el SC revisó los resultados de su reunión con ella:

Firma de la persona: _____

Fecha: _____

Cualquier persona que esté en desacuerdo con lo conversado durante la reunión debe firmar a continuación. La resolución de las objeciones del contenido es responsabilidad de la AE y no debe demorar las autorizaciones de servicios.

Nombre en letra de imprenta	Cargo, agencia o relación con las personas, si corresponde	Firma y fecha
Nombre en letra de imprenta	Cargo, agencia o relación con las personas, si corresponde	Firma y fecha