

Memorandum d'intesa per l'amministrazione e la co-gestione dell'opzione autogestione/gestione familiare del programma Community Habilitation.

Il presente accordo si basa sul presupposto che _____
(nome della persona)

posseda e continui a possedere i requisiti per usufruire dei servizi abilitativi domiciliari ed extradomiciliari di Community Habilitation (CH). Scegliendo l'opzione di autogestione/gestione familiare, la persona/famiglia della persona e l'Agenzia fornitrice accettano di gestire in partnership i servizi di autogestione/gestione familiare di Community Habilitation. In entrambi i casi, il **Gestore dei servizi** è la persona oppure l'adulto da questa specificato. Per chiarimenti, si veda il **Regolamento 635-10.5 (ab)(11)**. In entrambi i casi, l'Agenzia è il **datore di lavoro ufficiale**.

Questo programma è autogestito da _____
(nome della persona/adulto specificato)

Questo programma è gestito a livello familiare da:
_____ **per conto di** _____
(nome del genitore/tutore/adulto specificato) (nome della persona)

Responsabilità in capo al Gestore dei servizi:

- Collaborerò con il datore di lavoro ai fini dell'assunzione, della formazione e della supervisione del personale selezionato per la fornitura dei precitati servizi. Comprendo di poter proporre persone di mia conoscenza come potenziali collaboratori, ma che sarà il datore di lavoro a prendere la decisione finale in base alle esigenze lavorative dell'Agenzia e previo accertamento delle competenze/esperienze del candidato.
- Comprendo che il personale da me selezionato assunto dal datore di lavoro viene assegnato specificamente per coadiuvare l'erogazione a _____ dei servizi abilitativi autogestiti di CH.
(nome della persona)
- In veste di Gestore dei servizi, dirigerò il programma del personale e terrò il datore di lavoro informato al riguardo.
- Stabilirò le attività abilitative nel programma CH da assegnare al personale ogni giorno.
- In riferimento all'idoneità al programma Medicaid, sono responsabile del mantenimento dei miei requisiti o di quelli di _____.
(nome della persona)
- Comprendo che i servizi autogestiti di CH vengono finanziati con fondi pubblici in base alla relativa documentazione che il personale deve completare. Comprendo inoltre che il personale deve ottemperare a tutti i requisiti del fornitore in materia di responsabilità e documentazione Medicaid. Informerò immediatamente l'Agenzia qualora venissi a conoscenza di problemi attinenti alla documentazione dei servizi.
- Segnalerò al datore di lavoro eventuali esigenze formative che dovessi ritenere utili per il personale. Se possibile, contribuirò anche a formare il personale nelle aree richieste.

- Se non fossi soddisfatto dell'operato del personale, discuterò della questione con il datore di lavoro e cercherò di trovare una soluzione. Comprendo che qualsiasi decisione di interrompere un rapporto lavorativo con un collaboratore spetta al datore di lavoro conformemente al regolamento dell'Agenzia, ma di poter decidere se lavorare o meno con un particolare collaboratore.
- Qualora decidessi di porre fine al presente accordo, dovrò comunicarlo al datore di lavoro con un preavviso di almeno 30 giorni, come specificato nella sezione "Procedura di revoca".

Responsabilità in capo all'Agenzia (datore di lavoro ufficiale):

- Prenderà in considerazione le persone consigliate dal Gestore dei servizi come potenziali collaboratori e si accerterà che tutto il personale soddisfi i requisiti professionali richiesti (anche attraverso l'accertamento delle competenze/esperienze degli operatori). Si assume la responsabilità di prendere la decisione finale circa il soddisfacimento o meno dei requisiti dei potenziali candidati. Rispetterà qualsiasi decisione del Gestore di non lavorare più con un particolare collaboratore. Rivendica il diritto di prendere la decisione finale circa la cessazione del rapporto di lavoro o la destinazione ad altri compiti dei collaboratori.
- In caso di operato insoddisfacente del personale, discuterà della questione con il Gestore dei servizi e cercherà di trovare una soluzione. Qualsiasi decisione di porre fine a un rapporto di lavoro sarà presa dal datore di lavoro conformemente alle norme e alle procedure dell'Agenzia.
- Fornirà e faciliterà la formazione richiesta dalle normative e dalle procedure interne dell'Agenzia riguardanti il personale, nonché eventuali opzioni formative supplementari considerate necessarie o appropriate per soddisfare le esigenze delle persone. Nel caso in cui il Gestore dei servizi rilevasse la necessità di una formazione specifica supplementare per soddisfare le esigenze di una persona, l'Agenzia compirà ogni sforzo possibile per fornire tale formazione ove richiesto.
- L'Agenzia è responsabile di tutte le retribuzioni e delle attività del personale.
- Esaminerà la documentazione dei servizi completata dal personale per accertarsi della conformità degli stessi rispetto al programma CH della persona. Presenterà le richieste di pagamento sulla base di tale documentazione.
- Conserverà un registro delle ore di servizio e riferirà il tasso di utilizzo al Gestore dei servizi con cadenza almeno trimestrale.
- Se, in veste di datore di lavoro ufficiale, l'Agenzia dovesse ritenere necessario porre fine al presente Memorandum d'intesa come indicato sotto nella sezione "Procedura di revoca", comunicherà tale decisione alla persona/famiglia con un preavviso di almeno 30 giorni. L'Agenzia si assume inoltre la responsabilità di darne relativa comunicazione ai referenti CH della persona presso i Servizi di coordinamento dei servizi Medicaid (MSC) e dell'Ufficio servizi per persone con handicap psico-fisico (DDSO) con un preavviso di almeno 30 giorni. L'Agenzia continuerà a rispettare l'accordo sino al completamento del periodo di 30 giorni o alla data di decorrenza di un accordo alternativo, a seconda di quale evento si verifichi per primo.

L'Agenzia fornitrice e/o la persona/famiglia della persona, in veste di gestori dei servizi di autogestione/gestione familiare di CH, hanno letto e accettato le responsabilità di cui al presente Memorandum d'intesa.

Firmato:

Gestore dei servizi _____ Data _____
(persona/adulto specificato)

Datore di lavoro _____ Data _____
(rappresentante dell'Agenzia)

PROCEDURA DI REVOCA DEI SERVIZI DI AUTOGESTIONE/GESTIONE FAMILIARE DI COMMUNITY HABILITATION

Ciascuna parte può decidere di porre fine al presente accordo a condizione di trasmettere un preavviso scritto della propria intenzione all'altra parte conformemente alle condizioni del presente Memorandum d'intesa. Questo modulo non deve essere compilato in caso di semplice variazione o cessazione del rapporto lavorativo di un collaboratore CH.

SCADENZA PREVISTA DI QUESTO ACCORDO: ____/____/____.

Specificare sotto:

- In veste di Gestore dei servizi, intendo revocare il presente accordo di servizi di autogestione/gestione familiare di CH. La revoca non pregiudica la mia idoneità a continuare a partecipare al servizio di assistenza diretta di Community Habilitation offerto dal datore di lavoro.
- In veste di datore di lavoro, intendo revocare il presente accordo di servizi di autogestione/gestione familiare di CH. Continuerò a partecipare all'accordo per la gestione dei servizi di _____ di CH per 30 giorni o sino alla sottoscrizione di un accordo alternativo, a
(nome della persona)
seconda di quale evento si verifichi per primo.

In caso di revoca dell'accordo sui servizi autogestiti di CH, l'OPWDD potrà richiedere un incontro finale con la persona e/o l'adulto specificato utilizzando un protocollo statale.

Questo documento deve essere firmato dalla parte che decide di avviare la procedura di revoca dell'accordo di servizi autogestiti di CH come indicato sopra.

Firmato:

Gestore dei servizi _____ Data _____
(Persona o Genitore/Tutore/Adulto specificato)

Datore di lavoro _____ Data _____
(rappresentante dell'Agenzia)