Memorándum de Entendimiento para la Administración y Gestión Conjunta de la Opción de Habilitación para la Comunidad Autodirigida/Dirigida por la Familia

Este acuerdo se basa en el entendimiento de que _____
(Nombre de la persona)

reúne los requisitos para los servicios de Habilitación para la Comunidad (CH). Al elegir la opción de autodirección/dirección familiar, la persona/la familia de la persona y la Agencia Proveedora acuerdan gestionar de forma conjunta los servicios de Habilitación para la Comunidad autodirigida/dirigida por la familia (CH/SD, por sus siglas en inglés). En los servicios autodirigidos y dirigidos por la familia, el **Administrador de Servicios** es la persona o su adulto identificado. Para obtener más información, consulte la **Reglamentación 635-10.5** (ab)(11). En ambos casos, la Agencia funcionará como **Empleador Registrado**.

Este plan es autodirigido por _____
(Nombre de la persona/adulto identificado)

Este plan es dirigido por la familia por _____ **en nombre de** _____
(Nombre del padre o madre/tutor/adulto identificado) (Nombre de la persona)

El Administrador de Servicios acepta las siguientes responsabilidades:

- Trabajaré en colaboración con el Empleador Registrado para contratar, capacitar y supervisar al personal seleccionado para que brinde estos servicios. Comprendo que puedo recomendar a personas que conozco para que sean tenidas en cuenta como posible personal, pero que el Empleador Registrado tomará la decisión final de contratar a alguien de acuerdo con los requisitos de empleo de la Agencia y los resultados de la verificación de antecedentes de la persona.
- Comprendo que el personal que seleccione y luego sea contratado por el Empleador Registrado será designado específicamente para ayudar con la _____ CH/SD.
(Nombre de la persona)
- Como Administrador de Servicios, supervisaré el cronograma del personal y mantendré al Empleador Registrado informado sobre el programa.
- Seleccionaré con qué actividades de habilitación del plan CH trabajará el personal cada día.
- Soy responsable de mantener mi elegibilidad para Medicaid o la elegibilidad para Medicaid de _____.
(Nombre de la persona)
- Comprendo que los servicios de CH/SD se pagarán con fondos públicos en base a la documentación de servicio que el personal debe llenar. También comprendo que el personal debe cumplir con todos los requisitos del proveedor con relación a la documentación y la responsabilidad de Medicaid. Informaré a la agencia de inmediato si me doy cuenta de que hay problemas con la documentación de servicio.
- Le haré saber al Empleador Registrado sobre cualquier capacitación especial que considere que el personal necesita. Si es posible, también ayudaré a capacitar al personal en estas áreas.
- Si no estoy conforme con el trabajo del personal, comunicaré mis preocupaciones al Empleador Registrado e intentaré resolver los problemas. Comprendo que cualquier decisión de despedir a un miembro del personal será tomada por el Empleador Registrado conforme a las reglas de la agencia, pero puedo decidir trabajar o no con un miembro específico del personal.

- Si decido apartarme de este acuerdo, notificaré al Empleador Registrado con al menos 30 días de anticipación, según se indica en el "Proceso de Suspensión".

La Agencia, como Empleador Registrado, acepta las siguientes responsabilidades:

- Tendremos en cuenta a las personas recomendadas por el Administrador de Servicios como personal potencial y garantizaremos que todo el personal cumpla con nuestros requisitos de empleo, incluyendo la verificación de antecedentes. Conservamos la responsabilidad de tomar la decisión final sobre si una persona cumple o no con los requisitos para ser contratada como parte del personal. Cumpliremos con cualquier decisión del Administrador de dejar de trabajar con un empleado. Conservamos el derecho de tomar la decisión final con respecto a despidos o reasignación de empleo.
- Si no estamos satisfechos con el desempeño de un empleado, analizaremos nuestra inquietud con el Administrador de Servicios e intentaremos resolver los problemas. Cualquier decisión de despedir a un empleado será tomada por el Empleador Registrado de acuerdo con la reglas y procedimientos de la Agencia.
- Proporcionaremos y facilitaremos la capacitación requerida por reglamentación y por los procedimientos de personal de nuestra agencia, así como también cualquier capacitación adicional que consideremos necesaria o adecuada para satisfacer las necesidades de la persona. Si el Administrador de Servicios identifica una capacitación adicional específicamente relacionada con las necesidades de la persona, haremos todo lo posible para ayudar a proveer la capacitación si se nos solicita que lo hagamos.
- Tenemos responsabilidad sobre todas las actividades salariales y del personal.
- Revisaremos la documentación de servicio que sea completada por el personal para garantizar que los servicios sean consistentes con el Plan de CH de la persona. Presentaremos reclamos de pago en base a esta documentación.
- Mantendremos un registro de horas de servicio e informaremos el índice de consumo al Administrador de Servicios al menos de forma trimestral.
- Si nosotros, como Empleador Registrado, consideramos que es necesario suspender este Memorándum de Entendimiento según lo que se indica a continuación en el "Proceso de Suspensión de CH/SD", notificaremos a la persona/familia con al menos 30 días de anticipación. También tendremos la responsabilidad de notificar al MSC de la persona y a los contactos de DDSO CH con al menos 30 días de anticipación y continuaremos siendo parte de este acuerdo hasta que finalice el periodo de 30 días o hasta que comiencen los arreglos alternativos, lo que ocurra primero.

La Agencia Proveedora o la Persona/Familia de la Persona, como Administradores del servicio de CH Autodirigida/Dirigida por la Familia, han leído y aceptan las responsabilidades explicadas en este Memorándum de Entendimiento.

Firma:
 Administrador de Servicios _____ Fecha _____
 (Persona/Adulto Identificado)

Empleador Registrado _____ Fecha _____
 (Representante de la Agencia)

PROCESO DE SUSPENSIÓN DE HABILITACIÓN PARA LA COMUNIDAD AUTODIRIGIDA/DIRIGIDA POR LA FAMILIA

Cualquiera de las partes puede elegir suspender este acuerdo siempre y cuando se brinde una notificación por escrito de la intención de suspensión a la otra parte de acuerdo con este Memorándum de Entendimiento. No es necesario llenar este formulario si solo va a cambiar o despedir a una persona del personal de CH/SD.

ÚLTIMA FECHA ANTICIPADA DE ESTE ACUERDO: ____/____/____.

Marque a continuación:

- Como Administrador de Servicios, deseo suspender este acuerdo de CH Autodirigida/Dirigida por la Familia. La suspensión no niega mi elegibilidad para continuar mi participación en el servicio de Habilitación para la Comunidad/Soporte Directo ofrecido por el Empleador Registrado.

- Como Empleador Registrado, deseo suspender este acuerdo de CH Autodirigida/Dirigida por la Familia. Continuaremos participando en este acuerdo para la administración de los servicios de CH de _____ durante 30 días o hasta que se realice un acuerdo alternativo, lo que ocurra primero.
(Nombre de la persona)

Luego de la suspensión del acuerdo de CH/SD, la OPWDD puede realizar una entrevista de salida a la persona o a su adulto identificado usando un protocolo de nivel estatal.

Este documento debe ser firmado por la parte que inicia el proceso de suspensión de CH/SD como se indicó anteriormente.

Firma:

Administrador de Servicios _____ Fecha _____
(Persona o Padre o madre/tutor/adulto identificado)

Empleador Registrado _____ Fecha _____
(Representante de la Agencia)