

CONVENIO DE SERVICIOS CONDUCTUALES INTENSIVOS

Los servicios conductuales intensivos han sido diseñados para personas que habitan en viviendas o residencias de cuidado familiar que no cuentan con certificación y son personas que presentan problemas de conducta que ponen en riesgo de peligro inminente a otras personas y por tal motivo deben ser ubicados en ambientes más restringidos. Este servicio ofrece una evaluación funcional de la conducta, planes de manejo de conducta, implementación y supervisión de las intervenciones conductuales y capacitación para el plan de manejo de la conducta. Este servicio estará disponible durante 6 meses. Como participante del servicio, es importante que conozca los servicios que van a recibir usted, los miembros de su familia y otros cuidadores y que sepan cuáles son sus responsabilidades. Con la finalidad de ofrecer un servicio seguro y eficaz, a continuación se describen las funciones y las responsabilidades del proveedor y del participante.

El proveedor y el participante y/o el cuidador del participante entienden:

- Que este servicio se paga con fondos públicos basados en documentación de servicio que el personal debe llenar y que dicho personal debe cumplir con todos los requisitos del proveedor para cumplir con la documentación y la contabilidad de Medicaid.
- Que el Servicio conductual intensivo es un servicio que ofrece asistencia y servicios conductuales por 6 meses a partir del _____
- Que los Servicios conductuales intensivos se prestan de manera voluntaria y para recibirlos se deben seguir todas las pautas que aquí se mencionan.

La agencia proveedora de los servicios conductuales intensivos se compromete a:

- Realizar una evaluación de la conducta funcional (FBA)
- Ofrecer un plan de para el manejo de la conducta (BMP)
- Proporcionar apoyo médico para la implementación y la supervisión del BMP
- Capacitar al individuo, la familia y a los cuidadores para la puesta en práctica del BMP
- Prestar el servicio con personal acreditado
- Trabajar en colaboración con el participante y/o los cuidadores que reciban el servicio
- Cumplir correctamente con los requisitos relacionados con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y cuando sea necesario, solicitar consentimiento para compartir la información o los documentos con los proveedores de servicio con la finalidad de facilitar la evaluación, el tratamiento y/o la planificación de la transición.
- Notificar al participante o a la familia al menos con 30 día de anticipación y por escrito, según lo establece la reglamentación 633.12, si es necesario interrumpir el servicio

Convenio de servicios conductuales intensivos

El participante y/o el cuidador del participante se comprometen a:

- Concurrir y participar en las visitas domiciliarias para realizar la FBA
- Concurrir y participar en la capacitación del BMP
- Realizar comentarios a la agencia sobre temas relacionados con el BMP
- Mantener una relación profesional con el proveedor
- Notificar al proveedor si tiene alguna necesidad relacionada con el programa o si desea realizar alguna modificación
- Trabajar en colaboración con la agencia que presta el servicio
- Autorizar al proveedor de los servicios conductuales intensivos a compartir con otras organizaciones (por ejemplo, escuelas y otras agencias proveedoras) toda la información relacionada con el tratamiento y los aspectos médicos para facilitar las evaluaciones, el tratamiento y/o las actividades concernientes a la planificación de la transición
- Mantener su elegibilidad y la inscripción para la exención de Medicaid
- Comunicarse con _____ de la agencia proveedora en caso de tener que resolver algún problema relacionado con el servicio

Es necesario que todas las partes se comprometan a cumplir con las responsabilidades mencionadas anteriormente para que se logren satisfacer las expectativas y se pueda brindar un servicio de calidad. Si hay alguna inquietud del participante y/o el proveedor que no se ha resuelto, ambos trabajarán en conjunto para resolverla. Firme este documento una vez que todas las preguntas hayan sido respondidas y cuando todas las partes entiendan el contenido.

Ambas partes han revisado el convenio mencionado anteriormente y comprenden el contenido. La firma al pie, significa que las partes están de acuerdo con los puntos que se explican en este convenio.

Firma del familiar/Tutor

Fecha

Firma del participante

Fecha

Firma/ Cargo del proveedor

Fecha

Cc: Familia/Tutor
Coordinador de servicios
Archivo del participante