

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO Y EVALUACIÓN DE RIESGOS**

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO:

PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO

SECCIÓN 2 – CONTACTOS DE APOYO

Si usted necesita ayuda que no es de emergencia, y/o su proveedor de IHSS no ha llegado como estaba programado, llame a:

	Nombre	Teléfono
Miembro de la familia:		
Amigo/vecino:		
Trabajador social del condado:		
Oficina de IHSS de servicios sociales del condado:		
Autoridad pública:		
Otro:		

Otros números importantes disponibles para usted, si se necesitan:

Oficina del doctor:		
Grupo(s) de abogacía:		
Departamento de policía:		
Departamento de bomberos:		
Otro:		

Si necesita reportar abuso, fraude, y/o descuido, llame a:

Servicios para la Protección de Adultos:	
Servicios para la Protección de Niños:	
Línea de información sobre recursos para personas sordas o con problemas de audición:	(916) 558-5670
Línea de información sobre fraude y abuso de personas mayores:	(800) 722-0432
Línea de información sobre fraude en el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal):	(800) 822-6222
Línea de información sobre fraude en la Administración del Seguro Social:	(800) 269-0271

Si usted tiene una emergencia, llame al: 911
Una emergencia es una amenaza inmediata a su
salud, bienestar, y/o seguridad.

Distribution:

Original/Case File
Page 1 of 4

Copy/Recipient

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO Y EVALUACIÓN DE RIESGOS**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO:

EVALUACIÓN DE RIESGOS

SECCIÓN 3 – EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS

A. Evaluación de IHSS

Durante el proceso de evaluación de IHSS, usted y su trabajador social identificaron riesgos basados en esos servicios de cuidado personal y domésticos relacionados para los cuales es posible que usted necesite ayuda. La ayuda se puede proporcionar a través de IHSS o a través de otros servicios formales o informales.

B. Áreas de riesgo adicionales

Usted y su trabajador social hablaron acerca de las siguientes áreas de riesgo adicionales que es posible estén fuera del alcance del Programa de IHSS (marque todas las que sean pertinentes):

Comentarios

B1. Arreglos de vivienda

- Vive con otros que pueden ayudar
- Vive solo, parientes/amigos cerca que pueden ayudar
- Vive solo, no hay parientes/amigos cerca

B2. Factores relacionados a la evacuación/ambiente

- Puede evacuar (desalojar el lugar) independientemente
- Puede evacuar, pero solo con supervisión/instrucciones verbales
- Necesita ayuda física para evacuar el hogar en una emergencia
- Puede alcanzar la comida/agua independientemente
- Conoce los números/contactos en caso de emergencia/crisis
- Puede controlar las luces, calefacción, enfriamiento u otros servicios públicos y municipales

B3. Comunicación

- Se comunica sin dificultad
- Problemas de audición, comunicación limitada
- Problemas del habla, comunicación limitada
- Puede hablar u oír con el uso de un aparato(s) de ayuda
Aparato(s) de ayuda: _____
- Puede hacer y recibir llamadas independientemente
- Puede usar el teléfono solamente con un aparato(s) de ayuda
Aparato(s) de ayuda: _____

SECCIÓN 4 – PREPARACIÓN EN CASO DE DESASTRE

Usted y su trabajador social hablaron de lo siguiente, en preparación para un desastre, tal como emergencias de tiempo caliente y frío, incendios, inundaciones, y terremotos:

- Sus necesidades individuales de salud que se anotarán en el plan de evaluación del condado relacionado a la preparación en caso de desastre (conocido en inglés como “County’s Disaster Preparedness Assessment Plan”), (si es que su condado lo utiliza).

Distribution:

Original/Case File
Page 2 of 4

Copy/Recipient

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO Y EVALUACIÓN DE RIESGOS**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO:

ACUERDO Y FIRMAS

SECCIÓN 5 – ACUERDO Y FIRMAS

Al poner su firma a continuación, usted, su trabajador social, y cualquier otra persona(s) que usted haya escogido para que participe en este proceso, están confirmando que hablaron y están de acuerdo con la información que contiene este “Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos”.

Beneficiario

Firma: _____

Fecha: _____

Personal del Condado

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba con letra de molde el nombre y el título/puesto: _____

Representante autorizado

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba con letra de molde el nombre y el parentesco/relación: _____

Otro

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba con letra de molde el nombre y el parentesco/relación: _____

En el caso que no hayan cambios en el “Plan alterno individualizado y evaluación de riesgo” del año pasado, el beneficiario/trabajador social pueden firmar a continuación confirmando que no han habido cambios.

Beneficiario /Representante autorizado

Firma: _____

Fecha: _____

Personal del Condado

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba con letra de molde el nombre y el título/puesto: _____

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO:

INSTRUCCIONES

Use este formulario para colaborar con el beneficiario y permitirle a él/ella independencia y elección en las decisiones relacionadas a su “Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos”.

Asegúrese que la discusión y la negociación se lleven a cabo entre el trabajador social, el beneficiario, y cualquier otra persona que el beneficiario quiere que participe mientras colaboran en este proceso. **Después de terminar, se le proporcionará al beneficiario una copia del “Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos”.** El formulario original se guardará en el expediente del caso del beneficiario. El trabajador social le aconsejará al beneficiario que coloque la página 1 en un lugar visible y de fácil acceso.

SECCIÓN 1: Anote el nombre del beneficiario y el número del caso. Esta información se tiene que anotar en cada página hasta que el CMIPS II pueda llenarlo automáticamente.

SECCIÓN 2: A través de la discusión con el beneficiario/otras personas involucradas en el desarrollo de este plan, anote las elecciones y preferencias del beneficiario de los contactos alternos, al igual que otros números importantes identificados, si es necesario. Hable con el beneficiario acerca del abuso, fraude, y descuido, el proceso para reportar el abuso, fraude, y descuido, e incluya los números locales del APS/CPS en su área. Anime al beneficiario a que llame al 911 si él/ella tiene una emergencia.

SECCIÓN 3A: Si la ayuda se va a proporcionar a través de otros servicios formales o informales, complete el formulario SOC 450, “Certificación de servicios voluntarios”, si es necesario. Los riesgos identificados se pueden disminuir por medio de la autorización de horas en el plan de servicios. Si el beneficiario rechaza algún servicio, documente claramente el servicio rechazado y los riesgos identificados, y que el beneficiario elige asumir los riesgos asociados por no recibir el servicio.

SECCIÓN 3B: También hable con el beneficiario acerca de las áreas de riesgos adicionales que se pudieran reducir o mejorar a través de la discusión y planeamiento (plan alterno).

SECCIÓN 4: Hable con el beneficiario/otros involucrados en el desarrollo del plan sobre la preparación en caso de desastre. Incluya una discusión sobre cómo se pueden tratar las necesidades de salud individuales en caso de un desastre.

SECCIÓN 5: Con la participación del beneficiario/otros involucrados, revise todas las secciones verificando que, durante el proceso, se hable de cada área. Asegúrese que todas las personas apropiadas firmen el formulario para confirmar que están de acuerdo con la información en el formulario.

Comentarios/Notas:

Distribution:

Original/Case File
Page 4 of 4

Copy/Recipient