

Plantilla del plan orientado a la persona de Rhode Island

Resumen: Este documento es la plantilla **final** del plan orientado a la persona que se utilizará conforme a la iniciativa de administración de casos sin conflictos (CFCM) de Rhode Island. El plan orientado a la persona es un documento escrito en el que se reflejan los servicios y apoyos que son importantes para un participante de los servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) de Medicaid. Todos los participantes de HCBS de Medicaid deben tener un plan orientado a la persona. El administrador de casos trabajará con el participante de HCBS de Medicaid para desarrollar una versión del plan que sea comprensible para el participante.

El plan orientado a la persona debe tener las siguientes características:

1. Se debe revisar y actualizar al menos una vez al año, cuando las circunstancias o necesidades del participante cambian considerablemente o cuando el participante solicita un cambio.
2. El participante que recibe los servicios y apoyos debe ser capaz de comprenderlo, al igual que los individuos relevantes que lo apoyan.
3. Se debe redactar en lenguaje claro y de una manera que sea accesible para participantes con discapacidades y personas con dominio limitado del inglés.

Sección 1. Mi información

Nombre completo:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <i>Apellido</i> <i>Primer nombre</i> <i>Segundo nombre</i> </div>	Fecha de nacimiento:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.
Dirección:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <i>Domicilio</i> <i>N.º de apartamento/unidad</i> </div>	Estado civil:	Elija una opción.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código postal</i> </div>		
Condición de vida:	_____	Situación de convivencia:	_____
		Método de contacto preferido:	_____
Contacto secundario:	_____		
Idioma preferido:	_____		
Adaptaciones para la comunicación:	_____		
Estado de veterano:	_____	Inscripción en PACE:	_____

Inscripción en MCO de Medicaid/ Medicare:		Inscripción en Hogar de Salud:	
Estado de empleo:		Detalles del estado de empleo:	
Nombre del representante legal:		Información de contacto del representante legal:	
Tipo de representación legal (tutor, fideicomisario, etc.):			
Nombre del administrador de casos:		Número de teléfono del administrador de casos:	
Agencia de administración de casos:			
Representante autorizado:		Información de contacto del representante autorizado:	

Sección 2. Mi reunión de planificación orientada a la persona y revisiones

Esta información trata sobre la reunión de planificación orientada a la persona y monitorea cualquier cambio reciente que pueda haber hecho.

Reunión de planificación

Tipo de "plan orientado a la persona":		Ubicación:	
Fecha:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.	Hora:	
Persona que asistió:			
Fecha de entrada en vigor del plan:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.	Fecha de renovación del plan:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.

Revisiones del plan

¿Esta es una revisión? Sí No

Fecha de la revisión:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.	Motivo de mi revisión:	
Se revisaron las siguientes secciones de mi plan:			

Sección 3. Mis metas

Estas son mis fortalezas, preferencias y metas.

¿Qué me sirve?
(capacidades,
fortalezas,
preferencias,
contribuciones,
etc.):

¿Qué no me
sirve?
(necesidades no
atendidas,
aversiones, etc.):

¿Qué apoyos
necesito?

Metas

Meta n.º 1

Meta n.º 1 -
Quiero:

Meta n.º 1 -
Clasificación de
prioridades:

Meta n.º 1 - Mi
objetivo
esperado
(medible/
observable):

Meta n.º 1 -
Experiencia/
obstáculo(s) para
alcanzar esta
meta:

Meta n.º 1 - Pasos
a seguir:

Meta n.º 1 -
Persona
responsable:

Meta n.º 1 -
Fecha de inicio:

Haga clic o toque para ingresar una fecha.

Meta n.º 1 -
Fecha de
finalización:

Haga clic o toque para ingresar una fecha.

Meta n.º 1 -
Estado de la
meta:

Meta n.º 1 -
Fecha de la
actualización
del estado:

Haga clic o toque para ingresar una fecha.

Sección 4. Mis elecciones

Estas son mis elecciones con respecto a servicios, autonomía y preferencias de vida.

Factores
considerados al
ayudarme a
elegir servicios:

Alcance de los
servicios que me
gustaría dirigir por
mi cuenta:

Preferencia(s) de
vida:

Sección 5. Mis servicios y apoyos

Estos son mis apoyos remunerados y no remunerados.

Nombre del servicio:			
Descripción del servicio:			
Camino:			
Servicio justificado por:			
Fecha de inicio:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.	Fecha de finalización:	Haga clic o toque para ingresar una fecha.
Tipo de unidad:		Unidad por:	
Unidades de medida:		Número de unidades de medida:	
Nombre del proveedor:		Información de contacto del proveedor:	

Tipo de cambio de servicios:

Motivo del cambio de servicio:

Apoyos informales (es decir, no remunerados)

Apoyo informal n.º 1:

Nombre del apoyo informal n.º 1:

Nombre del apoyo informal n.º 1 – Teléfono de contacto:

Apoyo informal n.º 1 - Relación conmigo:

Frecuencia del apoyo: Apoyo informal n.º 1 - Frecuencia del apoyo:

Apoyo informal
n.º 1 - ¿Cómo
proporciona
apoyo esta
persona?

Agregar segundo
apoyo informal:

Servicios y apoyos rechazados, no disponibles o inaccesibles.

Servicios y
apoyos
rechazados, no
disponibles o
inaccesibles n.º 1:

Nombre del
servicio n.º 1:

Motivo por el
cual no se utiliza
el servicio n.º 1:

Describir el
motivo por el
cual no se utiliza
el servicio n.º 1:

Cómo se aborda
la necesidad
n.º 1:

Agregar servicios
y apoyos
secundarios
rechazados, no
disponibles o
inaccesibles:

Sección 6. Mis necesidades evaluadas (riesgos)

N.º	Necesidades evaluadas	Objetivos	Intervenciones	Mitigación
1				
2				
3				
4				
5				

Sección 7. Mi plan alternativo

Estos son mis apoyos en caso de que no se encuentre disponible el personal de servicios domiciliarios y comunitarios.

Plan alternativo n.º 1

Nombre del apoyo alternativo n.º 1:

Plan alternativo n.º 1:

Teléfono alternativo n.º 1:

¿Servicio remunerado o no remunerado? Alternativo n.º 1:

¿Agregar plan alternativo secundario?

Sección 8. Mi plan de crisis y seguridad

Estos son mis puntos de acción en caso de una emergencia.

En caso de mal tiempo o tornado, haré lo siguiente:

En caso de incendio, haré lo siguiente:

En caso de inundación, haré lo siguiente:

Si estoy enfermo o lesionado, haré lo siguiente:

Si me quedo sin electricidad, haré lo siguiente:

Si me quedo sin agua, haré lo siguiente:

Si debo evacuar mi casa, haré lo siguiente:

En el caso de que no pueda ocuparme de algún niño o mascota, haré lo siguiente:

Otro evento inesperado:

Sección 9. Monitoreo de la administración de casos

Esta es información sobre las reuniones con mi administrador de casos.

Preferiría que mi administrador de casos se contactara conmigo:

Cuando me reúna con mi administrador de casos en persona, preferiría que estas reuniones se celebren en:

Otro(s) lugar(es), describir:

Otras cosas que preferiría que mi administrador de casos hiciera o no hiciera al monitorear mi plan o mis servicios:

Sección 10. Renovación y aprobación

Confirmaciones

Confirmación	Iniciales del participante/ representante legal
Proporcionarme apoyo al desarrollar, implementar y monitorear mi plan orientado a la persona.	
Asegurarse de que los programas y servicios que he seleccionado y para los que soy elegible se hayan dispuesto.	
Ayudar a identificar cualquier problema de salud y seguridad, y abordarlo en mi plan orientado a la persona.	
Hacer seguimiento periódico y responder cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mis servicios.	
Estoy de acuerdo con lo que está escrito en mi plan orientado a la persona.	
Ratifico que he podido elegir los servicios y apoyos y a los proveedores.	
Permito que mi plan orientado a la persona se comparta con las personas necesarias para proporcionar mis servicios.	
Entiendo que puedo solicitar hacer cambios a mi plan orientado a la persona en cualquier momento y que puedo contactarme con mi administrador de casos para llevarlos adelante.	
Entiendo que mi administrador de casos hará una visita presencial cada 6 meses en la medida de lo posible y se pondrá en contacto cada mes o según lo acordado en mi plan orientado a la persona.	
Entiendo que mi administrador de casos se contactará con mis proveedores de manera continua, para evaluar el progreso hacia mis metas y ayudarme a hacer cualquier cambio que pueda necesitar.	
Entiendo que tengo derecho a apelar y solicitar una audiencia sobre el alcance, la cantidad, la duración y el proceso relacionado con los servicios de Medicaid.	
He revisado mis derechos y responsabilidades con mi administrador de casos.	
Recibí una ficha de datos escrita sobre incidentes críticos y cómo informarlos.	
Entiendo que puedo elegir dónde recibir mis servicios a largo plazo, en función de mis necesidades y metas.	

He recibido información sobre mis opciones para los servicios domiciliarios o comunitarios en un entorno comunitario y sobre la atención en un centro de atención médica.	
Entiendo que vivir en un entorno comunitario implica riesgos. Se me ha informado sobre los riesgos y cómo manejarlos.	
Si elijo dirigir mi propia atención, seleccionaré a mis propios proveedores de servicios o trabajadores de atención directa. Conozco las limitaciones de la función del proveedor y asumo la responsabilidad en caso de que el proveedor brinde atención por fuera de las limitaciones de su función.	
Si elijo dirigir mi propia atención, reconozco que trabajaré con un intermediario fiscal.	
Entiendo que, al elegir servicios domiciliarios y comunitarios, se me exigirá conceder acceso razonable a mi hogar a los proveedores de servicios o atención directa.	
Entiendo que puedo tener que pagar una contribución mensual para costear mis servicios y que puedo perder mis servicios si no pago.	
Entiendo que puedo decidir en cualquier momento dejar de recibir los apoyos y servicios domiciliarios y comunitarios.	

Las personas que firman a continuación entienden y aceptan participar en la implementación de mi plan.

Firma	Nombre en letra imprenta	Fecha	Función	¿Asistió a la reunión de PCP?	Fecha de envío del plan orientado a la persona
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	
		Haga clic o toque para ingresar una fecha.		Elija una opción.	