

# División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Centros Regionales de Servicios del Desarrollo

## Servicios Autodirigidos de Apoyo Familiar Acuerdo de Responsabilidades

---

(Nombre y apellido de la persona)

---

(Número de registro)

---

(Nombre y apellido del padre, la madre o el tutor legal)

---

(Centro Regional)

---

(Nombre y apellido del coordinador de servicios)

---

(Fecha del Acuerdo)

Este acuerdo se completa al inicio de los Servicios Autodirigidos de Apoyo Familiar (SDFSS) con los Centros Regionales de la División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad (ADSD). Se revisa y se firma cada año del plan de atención.

### **Responsabilidades del padre, la madre o el tutor:**

Un padre, una madre o un tutor de una persona que recibe los SDFSS tiene ciertas responsabilidades.

Yo, (nombre y apellido del padre, la madre o el tutor legal) \_\_\_\_\_ ,  
acepto cumplir las siguientes responsabilidades.

1. Asistiré a todas las reuniones de planificación centradas en la persona para el individuo que recibe los servicios de apoyo.
2. Seguiré las recomendaciones del plan centrado en la persona.
3. Usaré el dinero solo para el apoyo y los servicios aprobados, de acuerdo a lo hablado con el Coordinador de Servicios.
4. Informaré al Coordinador de Servicios de manera oportuna cualquier cambio para la persona atendida o yo mismo/a. Los cambios que informaré incluyen dirección, número de teléfono o situación de vivienda.
5. Hablaré con el Coordinador de Servicios con regularidad y le informaré sobre cualquier cambio o progreso.
6. Completaré el formulario de elegibilidad de los ingresos y proporcionaré los documentos financieros cada año del plan, de manera oportuna.
7. Capacitaré a mis empleados para garantizar que le proporcionen a la persona la atención adecuada.
8. Mantendré actualizados los expedientes de los empleados. Esto incluye copias de los formularios I-9 y W-4. Soy consciente de que la ADSD tiene el derecho de revisarlos para ver si están completos y son precisos.
9. Informaré sobre cualquier cambio a la agencia que gestiona los pagos de manera oportuna. Los cambios que informaré para el empleado o yo mismo/a incluyen dirección, teléfono o nombre.
10. Actualizaré los formularios I-9 y W-4 cuando haya un cambio de nombre.
11. Proporcionaré los documentos a la agencia que gestiona los pagos. Esto incluye planillas de horarios, notas de respaldo y otros documentos necesarios.
12. Seguiré la política y proporcionaré planillas de horarios, notas de respaldo y otros documentos necesarios dentro de los 60 días calendario posteriores a la última fecha de servicios.

# División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Centros Regionales de Servicios del Desarrollo

## Servicios Autodirigidos de Apoyo Familiar Acuerdo de Responsabilidades

13. Haré un seguimiento de los gastos y no gastaré más dinero del asignado cada mes.
14. Soy responsable de pagar todos los gastos que superen el límite de gasto mensual proporcionado.
15. Seguiré la política de los SDFSS cuando contrate a un empleado y fije su tarifa de pago.
16. Las tarifas por hora no serán superiores al máximo permitido de acuerdo con la política de los SDFSS.
17. Las tarifas por hora no serán inferiores al salario mínimo actual.

### Como Padre/Madre/Tutor, entiendo lo siguiente:

1. Mis servicios se cancelarán si no respeto las responsabilidades de este Acuerdo.
2. Mis servicios se cancelarán si no uso los SFDSS durante 90 días.
3. Mi hijo/a ya no hará uso de los SDFSS el mes en que cumpla 18 años.
4. Las necesidades de apoyo de la persona se revisarán cada año del plan.
5. Es posible que los apoyos se modifiquen para reflejar las necesidades de apoyo.
6. Los servicios continuos se basan en la revisión de las necesidades de la persona.
7. El servicio continuo se basa en el uso del servicio.
8. El dinero estatal y federal se usa para estos servicios. Si no hubiera dinero estatal y federal disponible, mis servicios pueden finalizar debido a falta de fondos suficientes.

### Responsabilidades del Coordinador de Servicios:

Yo, (nombre y apellido del Coordinador de Servicios) \_\_\_\_\_, acepto  
cumplir las siguientes responsabilidades:

1. Ayudaré a encontrar recursos para beneficiar a la persona que recibe el apoyo.
2. Seguiré las recomendaciones del plan centrado en la persona.
3. Mantendré actualizada la autorización de los SDFSS.
4. Ayudaré a la familia a usar el programa de los SDFSS de manera eficaz.
5. Hablaré con la familia con regularidad, al menos de manera trimestral.
6. Procesaré toda la documentación de forma oportuna.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre, la madre o el tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)

\_\_\_\_\_  
(Firma del coordinador de servicios)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la firma)