

Nombre del Participante: _____

Designación de representante autorizado (*marque solo una casilla en esta sección*)

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- Yo, _____ (*el Participante*), autorizo a _____ (*el Representante*) para actuar como mi Representante autorizado para ayudarme a dirigir y administrar en mi nombre mis Servicios dirigidos por el Participante (PDS).
- Mi tutor legal, _____ (*Tutor legal*), ha autorizado a _____ (*el Representante*) para actuar como mi Representante autorizado para ayudarme a dirigir y administrar en mi nombre mi PDS.
- La persona que me otorgó poder notarial, _____ (*Poder notarial*), ha autorizado a _____ (*el Representante*) para actuar como mi Representante autorizado para ayudarme a dirigir y administrar en mi nombre mi PDS.

Responsabilidades y testimonio del representante autorizad

- I. Yo, _____ (*el Representante*), entiendo y estoy de acuerdo con mi papel como Representante autorizado, incluido ser el empleador de los trabajadores dirigidos por el participante (PDW) contratados por _____ (*el Participante*). Entiendo que mi nombramiento como Representante autorizado puede ser revocado en cualquier momento por el Participante, por mí mismo o por el Departamento de Finanzas de la Atención Médica (DHCF).

Al revisar y plasmar mis iniciales en esta sección, afirmo que cumplo con todos los requisitos que se enumeran a continuación, para ser el Representante autorizado del Participante mencionado anteriormente, que está inscrito y recibe servicios del programa *Services My Way*.

1. Tengo al menos 18 años.
2. Conozco muy bien al Participante.
3. Entiendo los tipos de servicios que necesita el Participante y cómo desea que se brinden los servicios.
4. Conozco el horario y la rutina del Participante.
5. Conozco las necesidades de atención médica del Participante y los medicamentos que toma.



6. Estoy dispuesto y puedo hacer todas las tareas que se requieren para ser un Representante Autorizado.
7. Estaré presente en la casa del Participante con la suficiente frecuencia para poder supervisar adecuadamente al personal.
8. Entiendo que no se me puede pagar por ser un Representante autorizado.
9. Entiendo que no puedo ser un PDW pagado para el Participante si sirvo como su Representante Autorizado.
10. Comprendo que no puedo ser Representante autorizado para más de un (1) participante del programa de *Services My Way* en ningún momento.

_____ (Iniciales del representante)

- II. Como empleador bajo el derecho consuetudinario, seré responsable de la mayoría de las tareas que realizaría cualquier otro empleador, con la asistencia fiscal/laboral y de administración financiera para el pago de nóminas y facturas de la entidad intermediaria proveedora de servicios de soporte.

Al revisar y poner mis iniciales a continuación, comprendo y acepto realizar estas tareas:

1. Tomar decisiones y realizar tareas en nombre del Participante que sean:
 - a. Para su mejor interés,
 - b. De tal manera que reflejen verdaderamente los deseos del Participante y cómo los cumpliría en ausencia de su discapacidad o condición crónica, y
 - c. Con el fin de incrementar la independencia e integración comunitaria del Participante.
2. Adaptarme al Participante, en la medida necesaria, de modo que el Participante pueda participar lo más plenamente posible en todas las decisiones que le afecten.
 - a. Las adaptaciones deben incluir, entre otras, los dispositivos de comunicación, intérpretes y asistencia física.
3. Prestar la debida atención a toda la información, incluidas las recomendaciones de otras partes interesadas e involucradas.
4. Desarrollar, con el Participante, una descripción del trabajo y reclutar, entrevistar y contratar PDW que brinden servicios al Participante.
5. Decidir, con el Participante, cuánto se pagará a los PDW (dentro de los límites establecidos por el DHCF).
6. Establecer, con el Participante, los deberes y horarios de trabajo de los PDW.



7. Capacitar, con el Participante, a los PDW para que brinden los servicios basados en las necesidades y preferencias del Participante.
8. Desarrollar e implementar, con el Participante, un plan de apoyo natural y de PDW de respaldo de emergencia, y actualizarlo, según sea necesario.
9. Designar y activar, con el Participante, al PDW de respaldo de emergencia y personal de apoyo, según sea necesario.
10. Revisar / aprobar, con el Participante, y firmar y enviar las hojas de reporte de horas laboradas de los PDW de manera precisa y oportuna a la entidad del Agente de apoyo de los Servicios de Administración Financiera (FMS) del Fiscal del Proveedor/Agente del Empleador.
11. Preparar notas de progreso quincenales con los PDW y mantener la documentación requerida en el hogar, incluidas las *notas de progreso quincenales* sobre los servicios que brindan los PDW.
12. Asegúrese de que los PDW brinden solo la cantidad de servicio designada en el plan centrado en la persona y el plan de exención aprobado por el Participante y en el presupuesto del PDS.
13. Supervisar, con el Participante, a sus PDW.
14. Evaluar, con el Participante, el desempeño laboral de los PDW.
15. Abordar, con el Participante, los problemas o inquietudes con el desempeño de los PDW.
16. Despedir justificadamente y cuando sea necesario, después de discutirlo con el Participante, a los PDW.
17. Preparar y enviar un formulario de cambio de estado a la entidad del Agente de apoyo de los Servicios de Administración Financiera (FMS) del Fiscal del Proveedor/Agente del Empleador cuando un PDW cambie la información o cuando se dé por terminado el empleo por cualquier motivo dentro de las 24 horas posteriores a la terminación.
18. Cumplir con el pago de los impuestos federales y estatales, los seguros y el programa *Services My Way* de DHCF, así como con las reglas y requisitos de exención de EPD §1915 (c) y los requisitos del Agente de soporte de los Servicios de Administración Financiera (FMS) del Fiscal del Proveedor/Agente del Empleador.

_____ (Iniciales del participante)

III. Entiendo y acepto gustoso todas las responsabilidades de servir como Representante Autorizado del Participante indicado.

Entiendo que recibiré apoyo de la entidad del Agente de apoyo de los Servicios de Administración Financiera (FMS) del Fiscal del Proveedor/Agente del Empleador, mientras me desempeñe como Representante autorizado y empleador según el derecho consuetudinario de los PDW del Participante. Sin embargo, la entidad del Agente de apoyo de los Servicios de Administración Financiera (FMS) del Fiscal del Proveedor/Agente del



Empleador no podrá contratar, capacitar, supervisar o despedir a los PDW del Participante. Entiendo que yo, junto con el Participante, según corresponda, seré el único responsable de contratar, capacitar, supervisar o despedir al PDW del Participante.

Al firmar a continuación, afirmo que he completado este Acuerdo. He leído y entendido mis responsabilidades y acepto cumplir con todas las responsabilidades de un Representante autorizado como se define anteriormente.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Tutor legal/Poder notarial (Si aplica)

Fecha

Firma del Representante autorizado

Fecha

Firma del Agente de soporte

Fecha

