

Nombre del Participante: _____

Nombre del empleador de derecho
consuetudinario (si es diferente del participante): _____

Información de la persona de apoyo natural o del PDW de respaldo no remunerado:

**Los apoyos naturales son personal de apoyo no remunerado proporcionados a los Participantes por amigos, familia y otras fuentes.*

Nombre: _____

Dirección Calle: _____

Ciudad/Estado/CP: _____

Teléfono #: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el Participante: _____

Me suscribo como: (Marque una opción)

Persona de apoyo natural PDW de respaldo no remunerado

Entiendo que debo tener dieciocho (18) años o más para prestar mis servicios como persona de apoyo natural o un PDW de respaldo no remunerado para el participante.

Si en una fecha posterior decido solicitar ser un PDW de emergencia remunerado para el participante, entiendo que no se me podrán pagar los servicios si soy el cónyuge, el padre o la madre (si el participante es menor de dieciocho (18) años), o un familiar legalmente responsable del Participante. No puedo comenzar a brindar servicios como PDW de respaldo de emergencia remunerado sin antes de haber superado con éxito la verificación de antecedentes penales, tener una certificación actual en RCP y primeros auxilios, y haber recibido una carta de "Visto bueno para trabajar" expedida por el fiscal del proveedor/agente del empleador-agente de apoyo de servicios de administración financiera.

Describa su disponibilidad y los servicios que puede proporcionar:

Día	Hora	Servicio



Declaración

Yo, _____ (*Nombre de la persona de apoyo natural / PDW de respaldo no remunerado*), entiendo y estoy de acuerdo con mis responsabilidades como Persona de apoyo natural / PDW de respaldo no remunerado para _____ (*Nombre del participante*) en relación con los apoyos comunitarios dirigidos por el participante (PDCS) que proporcionaré al Participante en caso de que un Trabajador dirigido por el Participante (PDW) calificado y programado regularmente no pueda proporcionar los PDCS al Participante. Comprendo que los PDCS deberán proporcionarse de acuerdo con el plan centrado en la persona (PCP) autorizado del Participante y el presupuesto de PDCS.

Entiendo que mi aceptación de esta responsabilidad como Persona de apoyo natural/PDW de respaldo no remunerado puede ser revocada en cualquier momento por el Participante, el Empleador de derecho común, si es diferente del Participante, por mí mismo o por el Departamento de Finanzas de Atención Médica.

Para reconocer los términos de mi función como Persona de apoyo natural/PDW suplente no remunerado, acepto:

1. Proporcionar los servicios identificados y autorizados en el plan centrado en la persona de la exención del Participante según los resultados y los requisitos de salud y seguridad identificados.
2. Completar la capacitación proporcionada por el Participante/Empleador-Representante y cumplir con todas las calificaciones requeridas por mi empleador y las políticas y procedimientos del Departamento de Finanzas de Atención Médica.
3. Mantener la documentación y los registros necesarios según lo requiera el programa *Services My Way*. Todos los registros que tengo o ayudo a mantener se mantendrán confidenciales.
4. Completar informes de incidentes, como informador obligatorio, incluyendo la sospecha de abuso, negligencia, explotación o cualquier evento que involucre un error en la implementación del servicio/soporte, eventos críticos que involucren lesiones personales, enfermedades, emergencias médicas o cualquier otro determinado como atípico según lo exige el DHCF.
5. Participar en las reuniones si así lo solicita el Participante/Representante-Empleador.
6. Cumplir con todas las reglas, regulaciones y políticas aplicables relacionadas con la prestación de servicios a través del programa *Services My Way*.
7. Revisar todas las actualizaciones programáticas de *Services My Way* que el Participante/Empleador-Representante puso a mi disposición.

Por el presente instrumento reconozco que he recibido, leído y comprendido toda la siguiente



información (*marque cada casilla*):

- El plan centrado en la persona del participante y el presupuesto del PDS;
- La Guía del participante del programa *Services My Way* del DHCF.

Al firmar al calce, doy fe de que he leído y entendido en su totalidad este Acuerdo. Entiendo que debo firmar y devolver este Acuerdo y que no puedo comenzar a proporcionar Apoyos Naturales/Servicios de respaldo de emergencia no remunerados al Participante hasta que este Acuerdo se complete, firme y devuelva al agente fiscal del proveedor/agente del empleador-agente de apoyo de servicios de administración financiera. Además, al firmar al calce, certifico que entiendo lo que se me solicita y acepto cumplir con estos términos y condiciones. Entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y/o condiciones de este acuerdo puede resultar en su rescisión.

*Firma de la persona de apoyo natural /
PDW de respaldo de emergencia no remunerado*

Fecha

Firma del participante/empleador-representante

Fecha

