

Plan de Servicio al Cliente

Nombre del Cliente:			
Dirección del Cliente:	Número de Caso:		
	Fecha de Nacimiento:		
Manejador/a de Caso:	Número de Teléfono del Manejador/a de Caso:		
Día de Evaluación:	Próxima Fecha de Revisión (Mes/ Año):		

Meta de largo plazo: Quiero permanecer en mi casa de forma segura e independiente

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final
Manejamiento de Caso	El cliente requiere coordinación, autorización y monitoreo continuos de los servicios de SAIL para permanecer independiente y seguro en el ambiente del hogar	Mejorar la seguridad y la independencia en el ambiente del hogar	N/A	
Comidas Entregadas en Casa Unidades: ___ Semanal	<input type="checkbox"/> No siempre puede comprar, preparar y / o cocinar comida nutritiva debido a una limitación física y / o cognitiva <input type="checkbox"/> Riesgo de aislamiento social <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar el estado nutricional general a través de comidas a domicilio, tales como, pero no limitado a, mantener o mejorar el peso <input type="checkbox"/> Mejorar las preocupaciones de seguridad en la preparación de comidas <input type="checkbox"/> Aumentar las oportunidades de interacciones sociales y reviso de bienestar	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final
		<input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>		
<p>Reviso de Seguridad del Baño</p> <p>Unidades: Once</p> <p><i>* Se requiere permiso firmado de los propietarios para propiedades que son rentadas</i></p>	<input type="checkbox"/> No puede bañarse de forma segura sin el apoyo de un equipo médico duradero <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad y reducir el riesgo de caídas durante baños a través de la instalación de equipo médico duradero en el baño <input type="checkbox"/> Mejorar la higiene personal a través de baños regulares <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	
<p>Cuidado del Asistente</p> <p>Unidades: ___ Mensual</p>	<input type="checkbox"/> No poder bañarse, vestirse y/o arreglarse de manera segura y mantener un hogar limpio debido a una limitación física y/o cognitive <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad y reducir el riesgo de caídas durante el tiempo de bañarse y/o vestirse por tener un cuidador/a disponible para asistir o ofrecer soporte según sea necesario <input type="checkbox"/> Mejorar la higiene personal a través de baños regulares, y/o cambio de ropa <input type="checkbox"/> Mantener un hogar limpio con condiciones de	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final
		vida saludables por tener un cuidador/a para asistir con servicios de limpieza ligeros <input type="checkbox"/> Reducir el riesgo de caídas y mantener un ambiente seguro en el hogar con pasillos limpios <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>		
Cuidado Personal Unidades: ___ Semanal	<input type="checkbox"/> No poder bañarse, vestirse y/o arreglarse de forma segura debido a una limitación física y/o cognitiva <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad y reducir el riesgo de caídas durante el tiempo de bañarse y/o vestirse por tener un cuidador/a disponible para asistir o ofrecer soporte según sea necesario <input type="checkbox"/> Mejorar la higiene personal a través de baños regulares, y/o cambio de ropa <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	
Limpieza Unidades: ___ Mensual	<input type="checkbox"/> No poder mantener un hogar limpio de forma continua debido a una limitación física y / o cognitiva <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Reducir el riesgo de caídas y mantener un ambiente seguro en el hogar con pasillos limpios <input type="checkbox"/> Mantener un hogar limpio con condiciones de vida saludables por tener un cuidador/a para asistir con servicios de limpieza ligeros <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final
Limpieza Masiva Unidades: Una Vez	<input type="checkbox"/> No puede mantener un hogar limpio y libre de desorden extenso y / o riesgos de seguridad debido a una limitación física y / o cognitiva <input type="checkbox"/> Desorden extenso y / o los peligros de seguridad impiden la autorización de servicios continuos <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad y el estado en el ambiente de el hogar a largo plazo <input type="checkbox"/> Reducir el riesgo de caídas y mantener un ambiente seguro en el hogar con pasillos limpios <input type="checkbox"/> Poder recibir servicios continuos para abordar las necesidades de la vida diaria <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	
Cuidado de la Salud Diurno para Adultos Unidades: ___ Semanal	<input type="checkbox"/> No poder estar solo/a en el hogar sin supervisión continua debido a una limitación física y / o cognitiva <input type="checkbox"/> Riesgo de aislamiento social <input type="checkbox"/> No poder bañarse, vestirse y/o arreglarse de forma segura debido a una limitación física y/o cognitiva <input type="checkbox"/> Reducir el riesgo de fatiga del cuidador/a <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad general a través de la atención supervisada <input type="checkbox"/> Aumentar las oportunidades de interacción social <input type="checkbox"/> Mejorar la higiene personal a través de baños regulares y / o cambio de ropa <input type="checkbox"/> Enriquecer la relación del cuidador/a con el cliente y la capacidad de proveer cuidado continuo en el hogar <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	
Equipo médico duradero (no motorizado) Unidades: ___ <i>* Los aparato de movilidad requieren</i>	<input type="checkbox"/> No poder completar las actividades de la vida diaria y / o deambular de manera segura sin el apoyo de equipo médico duradero <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Mejorar la seguridad y reducir el riesgo de caídas durante el tiempo de bañarse y vestirse, y/o al deambular con el uso de equipo médico duradero	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final
<i>documentación de un profesional médico, terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta</i>		<input type="checkbox"/> Aumentar las oportunidades de estar en la comunidad con el uso de equipo médico duradero de apoyo mientras deambulando <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>		
Enfermería Unidades: ___ Semanal	<input type="checkbox"/> No poder organizar y/o tomar los medicamentos según cómo se recetaron sin soporte <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/> Reducir el riesgo de errores de medicación a través de soporte y educación de enfermería en el hogar <input type="checkbox"/> Mejorar la independencia en la organización y/o uso de mediset <input type="checkbox"/> Mejorar el conocimiento de los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> <u>Otro:</u>	<input type="checkbox"/>	
Otro			N/A	

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Servicio	Necesidad del Cliente	Meta/Resultado Deseado	Lista de Espera	Fecha Final

Fortalezas del cliente: _____

Derechos y Responsabilidades

Sus Derechos: Usted tiene derecho de:

1. Ser tratado/a con respeto, dignidad, cortesía, y consideración.
2. Una evaluación comprensiva de sus necesidades.
3. Recibir servicios sin discriminación a base de raza, color, género, etnia, origen nacional, religión, creencia espiritual, edad, clase, orientación sexual, capacidad física o discapacidad.
4. Participar en las decisiones sobre los servicios, incluyendo el desarrollo del plan de servicio y la revisión oportuna de la entrega de su servicio/s según apropiado.
5. Tener monitoreo regular y consistente de los servicios, mínimo cada 90 días, que incluya la frecuencia y la calidad del servicio.
6. Dar su consentimiento o rechazar cualquier servicio, incluyendo el manejo de casos.
7. Tener información verbal y/o escrita, mantenida de manera confidencial.
8. Tener acceso a sus registros en el plazo de 30 días haciendo una solicitud por escrito al programa SAIL.
9. Recibir la(s) razón(es) o explicación(es) de cualquier reducción o cierre de servicios.
10. Presente una queja o apelación sobre los servicios que está recibiendo o sobre la reducción o negación de servicios. El procedimiento de queja o apelación se procesará de manera oportuna de acuerdo con la directiva de quejas y apelaciones del programa SAIL (instrucciones en la página posterior).

Sus Responsabilidades: Usted tiene la *responsabilidad* de:

1. Activamente participar en el desarrollo del plan de servicio con proveer información completa y precisa.
2. Tratar administradores de casos, asistentes de casos, supervisores y otro personal proveedor de servicios de SAIL con respeto, dignidad, cortesía, y consideración.
3. Abstenerse de acosar, o amenazar verbal o físicamente a los administradores de casos de SAIL, asistentes de casos, supervisores y otro personal de proveedores de servicios.
4. Mantener las citas con el personal del programa SAIL y avisar con 24 horas de anticipación, cuando sea posible, si no puede mantener su cita.
5. Notificar a su manejador/a de casos de ausencia de casa esperada que pueda afectar los servicios.
6. Notificar a su manejador/a de casos de cualquier cambio en su dirección y / o número de teléfono.

El fracaso de cumplir con estas responsabilidades puede resultar en que los servicios se retrasen, se retiren y / o SAIL se niegue a trabajar con el cliente

Reconocimiento de Servicios Limitados:

El financiamiento del Programa de Vida Independiente para Adultos y Personas Mayores (SAIL) del Condado de Maricopa está autorizado dependiendo de la asignación de fondos recibida por la Agencia de Área de Envejecimiento para estos servicios. El cliente entiende lo siguiente relacionado con la financiación:

- La elegibilidad del cliente depende de la evaluación completada por el manejador/a de casos cada seis meses.
- Los servicios autorizados son temporales y estarán disponibles a corto plazo.
- El cliente entiende que, si sus servicios son terminados debido a la financiación, se le colocará de nuevo en la lista de espera.

Nombre del Cliente:

Número de Caso:

Contribución Voluntaria a los Servicios: Los clientes tienen la oportunidad de contribuir voluntariamente al costo de los servicios. La entrega de servicios no se verá afectada por la incapacidad de contribuir a los servicios.

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia de este plan de servicio y los procesos de queja y apelación. También entiendo el acuerdo de servicio limitado y se me ha brindado la oportunidad de contribuir voluntariamente al costo de los servicios.

Firma del Cliente o Representante:		Fecha:	
<input type="checkbox"/>	Marque aquí si está firmando para el cliente y describa su autoridad para actuar en nombre del cliente en este cuadro:		
<input type="checkbox"/>	Firma renunciada. Comentario del Manejador/a de Casos:		
Firma del Manejador/a de Casos:		Fecha:	

Procedimiento de Queja y Apelación del Cliente

Como cliente de la División de Servicios para Personas Mayores y Adultos, tiene derecho a presentar una queja o apelación si tiene alguna preocupación sobre sus **servicios de manejo de caso**. Tenemos un proceso para ayudar con esas preocupaciones. Por favor siga los pasos que se detallan por debajo. Si lo solicita, y en cualquier momento durante este proceso, se le puede ofrecer asistencia para completar el proceso de queja o apelación.

Paso 1: Discuta sus inquietudes con su manejador/a de casos.

Los ejemplos pueden incluir, pero no se limitan a: desacuerdo sobre la evaluación del manejador/a de casos, cambio en su condición médica, su hogar, ambiente, finanzas, sistema de apoyo, etc.

Si su caso se cerró debido a una pérdida de contacto, comuníquese con el manejador/a asignado con su dirección / número de teléfono dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de decisión.

Paso 2: Si no está satisfecho con la decisión del manejador/a de casos, puede discutir sus inquietudes con un supervisor/a en el programa de manejo de casos, llame a (602)372-4829.

El supervisor/a discutirá la inquietud con usted, y sus preocupaciones serán documentadas. Puede solicitar una copia de esta documentación.

Si le preocupa una reducción o cierre de los servicios de manejo de caso, puede solicitar una segunda evaluación de su elegibilidad para los servicios de manejo de casos. Esta evaluación se realizará dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que discutió sus preocupaciones con el supervisor/a.

Paso 3: Si no está satisfecho con la decisión del supervisor/a, el supervisor/a le enviará un "Formulario de Queja y Apelación del Cliente". Usted puede enviar este formulario al Director/a Asistente de Servicios para Personas Mayores y Adultos (SASD por sus siglas en Inglés). Recibirá una respuesta por escrito dentro de los 10 días hábiles después de haberse recibido su formulario de queja y apelación del cliente.

Dirección de envío: Director/a Asistente de SASD
234 N. Central Ave, Suite 3000
Phoenix, AZ 85004

O por FAX: 602-372-4880

O por correo electrónico: Jayson.Matthews@maricopa.gov

Paso 4: Si no está satisfecho con la decisión del Director/a Asistente, puede enviar su apelación o queja por escrito y por correo a la Area Agency on Aging. Recibirá una respuesta por escrito que aborde sus inquietudes dentro de 10 días después de recibir su formulario de queja y apelación por escrito.

Dirección de envío: Director of Contract Administration
Area Agency on Aging, Region One
1366 E. Thomas Road, Suite 108
Phoenix, AZ 85014