

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HOJA DE TRABAJO DE RESPIRO DE NBRC  **Respiro es uno de los servicios de la variedad de servicios de apoyo familiar que se brindan a una persona con discapacidades del desarrollo y su familia, y ayuda a la contribución de mantener a la familia viviendo junta. El servicio de respiro proporciona supervisión o cuidado no medico intermitente o programada regularmente a la familia de un consumidor del centro regional que reside con un miembro de la familia. El respiro es un servicio separado de la guardería. (Ver procedimiento de guardería)**  ***El servicio de respiro fue diseñado para hacer lo siguiente: (1) asistir a los miembros de familia mantener al cliente en case; (2) proveer cuidado apropiado y supervisión para asegurar la seguridad del cliente en la ausencia de miembros de familia; (3) aliviar a los miembros de familia de la constante responsabilidad del cuidado del cliente, y (4) atender los cuidados básicos del cuidado personal y otras actividades de la vida diaria del cliente incluyendo interacción, socialización, y continuación de las rutinas usualmente diarias que ordinariamente son hechas por otros miembros de familia. [W&I Code, Section 4690.2(a)]***    *Respite is designed to do all of the following: “(1) Assist family members in maintaining the client at home; (2) Provide appropriate care and supervision to ensure the client’s safety in the absence of family members; (3) Relieve the family members from the constantly demanding responsibility of caring for the client, and (4) Attend to the client’s basic self-help needs and other activities of daily living including interaction, socialization, and continuation of usual daily routines which would ordinarily be performed by family members.” [W&I Code, Section 4690.2(a)]* | Fecha: |  | UCI: |  |
| Nombre del cliente: |  | | |
| Fecha de nacimiento: |  | Edad: |  |
| Cantidad actual de respiro autorizado  (Horas actuales de respiro en el POS o si no aplica indique NA) | | |  |
| La cantidad de respiro que asesorado o la cantidad que se está solicitando | | |  |
| Horas adicionales que se están solicitando temporalmente  (O marque NA si las horas no sobrepasan la cantidad de horas que fueron asesoradas) | | |  |
| SC: |  | | |

**CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

¿El cliente puede estar en casa sin supervisión? **SI**  **NO**

**En caso afirmativo:**

**Explique la necesidad de respiro:**

**Explicación de los apoyos naturales:** Código de Bienestar e Instituciones de California empezando en 4512, 4648, (a) (2); (no pagado) asociaciones personales y relaciones típicamente se desarrollan en la comunidad que mejoran la calidad de vida de las personas, incluyendo pero no limitada a familia, amistades que reflejan la diversidad del vecindario o la comunidad; asociaciones con compañeros de estudio o empleados de clases regulares y lugar de trabajo; y asociaciones desarrolladas mediante la participación en clubes/actividades. **Discutir apoyos naturales y anote cualquier descanso que la familia reciba de apoyos naturales:**

Custodia compartida es considerada un descanso natural. **Si hay custodia compartida anote el horario del padre/madre:**

**Explicación de recursos genéricos:** Código de Bienestar e Instituciones de California empezando en 4659 (a) y (c); 4648 (a) (8); 4640.7 y 4644; servicios o apoyos que puede obtener de otra agencia que tiene la responsabilidad de atender y recibe fondos públicos para proveer esos servicios.

**Cantidad de horas de respiro** proporcionadas por el seguro privado:

**Cantidad de horas de supervisión protectora**  [horas aprobadas por IHSS (Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar) son para que la persona pueda permanecer en el hogar sin peligro mientras se protege contra lesión, peligro, o accidentes) **Solicite una copia de la notificación de acción propuesta de IHSS:**

¿La familia tiene un proveedor de IHSS supervisión protectora aparte del padre/madre? **SI**  **NO**

**Si es afirmativo:**

¿Cuantas horas de IHSS supervisión protectora son proveídas por el proveedor por semana?

¿Si hay un apoyo natural o recursos genéricos, todavía hay una necesidad de respiro? **SI**  **NO**

**Si es afirmativo, explique y complete la hoja de cálculo:**

**EVALUACION DE RESPIRO**

Evaluar objetivamente al consumidor utilizando las siguientes pautas. Elija el número más apropiado debajo de cada título. Si la necesidad no puede ser representada por ninguna de las opciones dadas, consulte con su CMS (supervisora) y/o AD (director asociado). El IPP (Plan de Programa Individual) y CDER (Informe De Evaluación Del Desarrollo De Clientes) deben apoyar el puntaje:

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. **EDAD DEL CONSUMEDOR(S)**

0 0 – 5 años

3 6 – 12 años

5 13 – 17 años

7 18 y mayor

1. **ESCUELA / CUIDADO DE NINOS/PROGAMAS DE DIA PARA ADULTOS:** Basado en el horario típico de consumidores mayores de 3 años.

|  |
| --- |
| Puntuación |

0 Más de 20 horas por semana.

2 11 a 20 horas por semana.

6 5 a 10 horas por semana.

8 Elige no asistir; está en casa todo el día.

10 No puede asistir; está en case todo el día (instrucción domiciliaria y hospitalaria hasta 5 horas por semana).

1. **NECESIDADAS MEDICAS ~~y~~ e impacto en la supervisión o cuidado:** Problemas médicos que requieren tratamiento regularmente y/o seguimiento de un médico. Una evaluación es requerida para consumidores que necesitan tareas de enfermería (es decir, alimentos por un tubo gástrico, oxigeno/nebulizar, complicaciones médicas, etc.)

0 No hay problemas médicos (estable con cuando preventiva y de rutina).

|  |
| --- |
| Puntuación |

3 Problemas mínimos de salud física (estable con o sin medicación en curso).

6 Administración compleja de medicamentos.

8 Busca tratamiento médico más the 4 veces por mes.

10 Problemas moderados de salud física (estable con tratamiento de curso y atención medica de seguimiento)

15 Problemas importantes de salud física (monitoreo constante por un profesional de salud)

**Explique la necesidad:**

1. **HABILIDAD MOTORA:** la habilidad de caminar, sentarse, la necesidad de una silla de rueda(s), caminante, ayuda o cuidado total para transferir o posicionar, como impacta el nivel de supervisión o cuidado en casa y en la comunidad.

|  |
| --- |
| Puntuación |

0 Independiente sin necesidad de equipo en casa y cuidados mínimos en la comunidad.

3 Independiente con equipo en casa y cuidados mínimos en la comunidad.

6 Independiente con equipo o sillas en casa o cuidados moderados en la comunidad.

10 No es independientemente en su habilidad móvil con equipo o sillas en casa o en la comunidad; o necesita cuidados constantemente.

15 No es móvil; requiere cuidado total y necesita ser levantado o reposicionado regularmente.

1. **CUIDADO PERSONAL:** Nivel de auto-suficiencia del consumidor en las áreas de vestirse, ducharse, continencia, ir al baño, higiene, comer/alimento como impacta el nivel de supervisión y cuidado.

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. Puede completar independientemente, no necesita cuidados especiales o las necesidades son típicas para consumidores de su edad.
2. Puede completar, pero necesita recordatorios/aviso.

6 Requiere alguna asistencia física.

10 Requiere asistencia física/asistencia de mano sobre mano.

15 Comportamientos afectan la habilidad de completar el cuidado personal o requiere ayuda para completar su cuidado personal diariamente y toma tiempo excesivo; o requiere cuidado total.

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. **NECESIDADES SOCIALES:** El grado en que el consumidor interactúa con otros en situaciones individuales y grupos, y cómo impacta el nivel de supervisión o necesidades de cuidado.

NA No interactúa con otros (frágil medicamente).

* 1. Juega bien con otros o juega paralelamente.

1. Padre(s) provén interacciones constantemente para participar con otros.

5 Dificulta interactuar con otros y requiere supervisión cercana.

8 Agresión contra otros y/o es frágil; requiere constante supervisión para el cuidado y salud de sí mismo ~~o~~ u otros.

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. **NECESIDADES DE COMPORTAMIENTO:** El grado en el que el estado emocional, las reacciones y los comportamientos del consumidor interfieren con la función diaria y requiere intervención porque impacta el nivel de supervisión y necesidades de cuidado. (disruptivo socialmente: agresión, autolesiones, explosión de destrucción y arrebato emocional)

NA No tiene comportamientos.

1. Comportamientos son apropiados para su edad.
2. Los comportamientos pueden ser redirigido con facilidad la mayoría de las veces.

9 Los comportamientos requieren frecuente redirección y no siempre es exitoso.

15 No responde a la redirección; requiere intervención y supervisión cercana.

**Explicar comportamientos:**

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. **COGNITIVO:** El grado en que el consumidor puede utilizar habilidades perspectivas y conceptuales que representa la base de experiencias de aprendizaje; es decir conocimiento de peligro (en casa y fuera de casa), juicio, y razonamiento y cómo impacta el nivel de supervisión y necesidades de cuidado.

0 Demuestra conocimiento apropiado y juicio apropiado para su edad.

2 Necesita recordatorios cuando está alrededor de peligros potenciales.

6 Necesita supervisión cercana cuando está alrededor de peligros potenciales.

10 Necesita supervisión constante cuando está alrededor de peligros potenciales y no tiene la habilidad de entender las consecuencias de su comportamiento.

15 Necesita supervisión contante para prevenir que se ausente sin permisión y no tiene entendimiento sobre peligros potenciales.

|  |
| --- |
| Puntuación |

1. **COMUNICACION:** El grado en que el consumidor puede expresarse y entender ideas atravesé del lenguaje o indicaciones no verbales, incluyendo lengua de señales o sistema de comunicación, y cómo impacta el nivel de supervisión y necesidades de cuidado.
2. Puede comunicarse usando habilidades de lenguaje expresivo y receptivo.

2 Vocabulario limitado y/o dificultad en decir palabras o con entendimiento.

1. Puede comunicarse con un sistema de comunicación o lengua de señales.
2. Solamente tiene lenguaje expresivo O receptivo.
3. Comunicación limitada usando gestos o expresiones faciales.

8 Usa ecolalia o respuestas repetitivas que previenen conversación de ida y vuelta.

10 No puede comunicarse verbalmente y no verbalmente.

|  |
| --- |
| **Puntaje total** |

**Puntaje total de la evaluación de respiro:**

**Necesidades adicionales no capturadas en la evaluación:**

**CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: 7 puntos por una circunstancia en el primer grupo; 5 puntos por una circunstancia en el Segundo grupo; Solamente 2 puntos adicionales por cada circunstancia en el mismo grupo.**

Grupo 1 (7 puntos por una circunstancia en el primer grupo y 2 puntos adicionales por cada circunstancia)

***Verificación de un médico puede ser requerida***

Padre/madre soltera(o), solamente un padre está disponible para proveer cuidado

Cuidador(a) tiene dificultades por su propia edad

Cuidador(a) tiene dificultades por sus propias necesidades medicas

Cuidador(a) es consumidor del centro regional

Familia de dos padres y los dos padres tienen una discapacidad del desarrollo

Múltiples niños tienen discapacidad del desarrollo en casa necesitan respiro O tienen un hermano(a) en intervención temprana

Grupo 1 (5 puntos por una circunstancia en el primer grupo y 2 puntos adicionales por cada circunstancia)

Nacimiento o adopción de un hermano(a) dentro de los previos 6 meces

Crisis de salud de un miembro de la familia extendida

Padre/madre soltero intermitente a resultado de despliegue

Padre/madre soltero intermitente a resultado de que el otro padre/madre trabaja fuera del área por periodos extensivos

Dos padres en la familia, el padre o la madre tiene una discapacidad del desarrollo

|  |
| --- |
| **Puntaje Combinado** |

Grupo 3

Dos padres con más de dos o tres hijos **(agregar dos más puntos)**

**Un punto** por cada hermano(a) menor de 15 años

**Si la familia usa respiro de 1:1 o está pidiendo respiro de 1:1 complete esta sección.**

**Justificación para la tarifa de una persona: Si hay más de un consumidor en la familia que requiere el servicio de respiro. Indicar la razón en el objetivó del IPP.**

Significantes necesidades médicas de uno o más hermanos (as) menores o mayores (#3 tiene un puntaje de 15)

Significantes necesidades médicas de uno o más hermanos (as) menores o mayores (#7 tiene un puntaje de 15)

¿Qué intentos han hechos para usar un proveedor solamente y porque no funciono?

**EVALUACION DE RESPIRO**

**HOJA DE RESUMEN DE PUNTUACION**

1. **Puntaje total de la evaluación de respiro** **Puntaje:**
2. **Puntaje total de la circunstancias especiales** **Puntaje:**

|  |
| --- |
| **Puntaje Total** |

**Puntaje Total:**

**Horas eligible de respiro:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cheque el # aplique** | **rango de puntuación** | **Respiro en casa** | **Respiro fuera de casa (Días/noches por año fiscal)** |
|  | 0-4 puntos | Supervisión Rutina | Supervisión Rutina |
|  | 5-12 puntos | 25 horas por trimestre | Hasta 5 días/noches |
|  | 13-26 puntos | 45 horas por trimestre | Hasta 10 días/noches |
|  | 27-40 puntos | 65 horas por trimestre | Hasta 15 días/noches |
|  | 41-54 puntos | 85 horas por trimestre | Up to 21 días/noches |
|  | 55-73 puntos | 105 horas por trimestre | Up to 21 días/noches |
|  | 74+ puntos | 125 horas por trimestre | Up to 21 días/noches |

**(25 -65 horas por trimestre pueden ser autorizadas hasta 3 años. Cuidado especializado de salud y todas las demás tiene que ser evaluadas anualmente.)**

**Preferencia de familia:**

**Respiro en casa**

**Respiro fuera de casa**

**Combinación de respire en casa y fuera de casa**

**¿La familia ha estado utilizando las horas actuales de respiro? SI**  **NO**

**Si no, explique:**

**FCPP%:**       **Expira el:**       **O** **MediCal Confirmado el:**       (Fecha) **# Referencia**:

**El centro regional puede otorgar una exención para los límites del respiro si se demuestra que la intensidad de las necesidades de atención y supervisión del consumidor es tal que se necesita un respiro adicional para mantener al consumidor en el hogar familiar, o si hay un evento extraordinario que impacta la capacidad del miembro de la familia para satisfacer las necesidades de atención y supervisión del consumidor.**

**Los cuidadores pueden solicitar un aumento temporal de horas debido a necesidades excepcionales. Todos los aumentos deben solicitarse antes de ser utilizados.**

|  |
| --- |
|  |
|
|
| Si no está de acuerdo con el plan de respire, usted puede ponerse en contacto con su coordinador de servicio (SC/EISC) para obtener más información sobre una audiencia equitativa.  ¿Quiere que le mandemos una copia de la hoja de trabajo de respiro? **SI**  **NO** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padre/Represéntate Legal:** |  | | **Fecha:** | |  | |
| **Coordinador(a) de servicio:** |  | | **Fecha:** | |  | |
| **Supervisor(a):** |  | | **Fecha:** | |  | |
|  |  | | |  | |  |
| **SI LA HOJA DE TRABAJO DE RESPIRO FUE COMPLETADA POR TELEFONO:** | | | | | | |
| **Padre/Representante Legal contactado por teléfono:** | |  | **Fecha:** | |  | |