

# Introducción al Programa de Servicios de Salud Domiciliaria de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS) del Departamento de Servicios de Salud (DHS)

(1 de 3)

## Nuestra misión

La División de Servicios de Rehabilitación del DHS es la agencia principal del estado que brinda servicios a personas con discapacidades. La DRS trabaja en asociación con personas con discapacidades y sus familias para ayudarlas a tomar decisiones informadas para lograr la participación de toda la comunidad mediante el empleo, la educación y las oportunidades de vida independiente.

## Nuestra visión

Nuestra razón de ser es mejorar la independencia de nuestros clientes. Comprendemos que las aptitudes y habilidades de nuestro personal de primera línea son la clave para nuestro éxito. Estrechar lazos, escuchar y colaborar con nuestros socios de la comunidad mantendrán nuestro éxito.

La DRS será una organización impulsada por el cliente, en la que todas las decisiones importantes se basarán en las necesidades de nuestros clientes. Nuestro personal será informado y valorado, en la búsqueda de un aprendizaje permanente y con un deseo de mejorar sus habilidades profesionales. Crearemos un ambiente en el cual los clientes y el personal trabajen en colaboración, donde los clientes disfruten trabajando con el personal y el personal espere con ansias venir a trabajar. Por último, imaginamos una agencia en la cual los clientes confían en que sus objetivos serán alcanzados.

## Objetivos

### 1. Independencia

- **Objetivo:** proporcionar servicios que posibilitarán a los clientes de la DRS lograr el mayor nivel de independencia.
- **Indicadores clave:** la cantidad de personas que se mudaron a centros de enfermería, la cantidad de personas que no pudieron ingresar a centros de enfermería, la cantidad de personas que completaron con éxito la capacitación para una vida independiente y la cantidad de personas que reciben los servicios mediante los centros de vida independiente.

### 2. Productividad

- **Objetivo:** lograr un nivel de productividad elevado al brindar un servicio eficiente a los clientes que reúnen los requisitos y ayudarlos a alcanzar resultados exitosos.
- **Indicadores clave:** la cantidad de personas empleadas en empleos competitivos, la cantidad de estudiantes que ingresan al empleo después de terminar el secundario y el índice compuesto que mide la productividad de los consejeros de Rehabilitación Vocacional (VR, por sus siglas en inglés).

### 3. Calidad del empleo

- **Objetivo:** aumentar la calidad de los empleos obtenidos por los clientes del programa de VR.
- **Indicadores clave:** el sueldo promedio por hora ganado y las horas promedio trabajadas por semana por los clientes que logran ser empleados mediante el programa de VR, así como el porcentaje de esos trabajadores que reciben seguro médico de sus empleadores.

### 4. Calidad del servicio

- **Objetivo:** aumentar de forma continua la calidad de los servicios proporcionados por la DRS en todas las áreas del programa.
- **Indicadores clave:** el índice de garantía de calidad, el porcentaje de casos de realidad virtual que cumplen con los requisitos de puntualidad de RSA y el porcentaje de casos de HSP con redeterminaciones puntuales.

# Introducción al Programa de Servicios de Salud Domiciliaria de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS) del Departamento de Servicios de Salud (DHS)

(2 de 3)

## 5. Experiencia del cliente y del personal

- **Objetivo:** crear un ambiente laboral que resulte en una experiencia positiva para los clientes y el personal.
- **Indicadores clave:** La encuesta mide la satisfacción del cliente, el empleador y el proveedor, así como la moral del personal.

## Programa de servicios domiciliarios (HSP)

### ¿Cuál es la finalidad de este servicio?

La División de Servicios de Rehabilitación del Programa de Servicios Domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés) proporciona servicios a personas con discapacidades graves para que puedan permanecer en sus hogares y ser lo más independientes posible.

### ¿Qué servicios se ofrecen?

Nuestro programa ofrece numerosas opciones para la independencia:

- **Proveedor individual (IP, por sus siglas en inglés):** proporciona asistencia con las tareas del hogar, atención personal y, con la autorización de un médico, determinados procedimientos de atención médica. Los IP son elegidos, contratados y supervisados por los clientes particulares.
- **Servicios de auxiliar en el hogar:** atención personal proporcionada por personal capacitado y supervisada de manera profesional para clientes que no pueden dirigir los servicios de un IP. También están disponibles la instrucción y asistencia en la gestión del hogar y el cuidado personal.
- **Mantenimiento de la salud en el hogar:** servicios proporcionados mediante el plan de tratamiento prescrito por un médico u otros profesionales de atención médica. Otros servicios incluyen atención de enfermería y terapia física, ocupacional y del habla.
- **Respuesta electrónica en el hogar:** sistemas de respuesta ante emergencia ofrecidos por los hospitales y las organizaciones de servicios en la comunidad. Este dispositivo de señalización alquilado proporciona cobertura de emergencia las 24 horas, lo cual permite a la persona alertar a profesionales capacitados en hospitales, departamentos de bomberos o de policía.
- **Envío de comidas a domicilio:** ofrecido para personas que pueden alimentarse por sí solas pero no pueden prepararse las comidas.
- **Cuidado diurno para adultos:** la atención y supervisión directa de los clientes en un entorno basado en la comunidad para promover el bienestar social, físico y emocional.
- **Equipos de asistencia:** dispositivos o equipos comprados o alquilados para aumentar la independencia y la capacidad de una persona para realizar tareas domésticas o de cuidado personal en el hogar.
- **Modificación ambiental:** modificaciones en el hogar que ayudan a compensar la pérdida de la capacidad, la fuerza, la movilidad o la percepción sensorial, aumentar la seguridad en el hogar y disminuir la dependencia de asistencia directa de terceros.
- **Servicios de relevo:** atención temporal para adultos y niños con discapacidades dirigida a aliviar el estrés de las familias. Los servicios de relevo se pueden proporcionar para vacaciones, descanso, diligencias, crisis familiares o emergencias. Los servicios pueden incluir asistencia personal, tareas del hogar o atención médica domiciliaria.

También proporcionamos servicios especializados para personas con VIH/SIDA o lesiones cerebrales traumáticas (TBI, por sus siglas en inglés).

Nuestro Programa de reintegración a la comunidad ayuda a las personas con discapacidades a vivir en centros de enfermería dentro de la comunidad con la ayuda que necesitan para vivir de la forma más independiente posible.

# Introducción al Programa de Servicios de Salud Domiciliaria de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS) del Departamento de Servicios de Salud (DHS)

(3 de 3)

## ¿Quién puede recibir los servicios?

Prestamos servicios a personas menores de 60 años con discapacidades graves, que necesitan ayuda con las tareas cotidianas en sus hogares. Muchas de estas personas se encuentran en riesgo de tener que ir a un centro de enfermería u otro tipo de institución. (Los mayores de 60 años deben comunicarse con el Departamento para Adultos Mayores de Illinois).

## ¿De qué forma se prestan los servicios?

Los clientes pueden contratar a sus propios IP para que los ayuden en el hogar, con base en el plan de servicios que han desarrollado de forma conjunta con el Consejero de rehabilitación de la DRS. Las agencias de asistencia para tareas del hogar pueden proporcionar trabajadores a las personas que necesiten a alguien para que supervise a sus PA en el hogar.

## ¿Cómo se determinan y monitorizan los servicios?

El personal del HSP, incluidos los Administradores de casos de SIDA, continuarán brindando la Determinación de necesidades (DON, por sus siglas en inglés), así como las limitaciones funcionales del cliente. El HSP también continuará recolectando información médica. Los Consejeros de la DRS continuarán completando la DON de todas las nuevas remisiones que ingresan. De forma adicional, los Consejeros de la DRS también completarán la evaluación de redeterminación de los casos existentes.

El personal del HSP continuará procesando los pagos para todos los proveedores individuales (IP). Los IP deberán usar un sistema de Verificación electrónica de visitas (EVV) para marcar el ingreso y egreso y dejar constancia del tiempo trabajado exacto en la planilla de horas del programa de servicios domiciliarios. Los paquetes y las planillas de horas de los IP serán procesados por el personal de la DRS.

Las Organizaciones de atención gestionada (MCO, por sus siglas en inglés) podrán asumir la responsabilidad por las partes del trabajo gestionado previamente por programas de exención de personas del Estado.

Una vez que los Consejeros de la DRS hayan completado la Determinación de necesidades, el caso podrá ser “transferido” a una Organización de atención gestionada (MCO), para la planificación de la atención. En esa instancia el caso pasa a ser responsabilidad de la MCO para identificar a los proveedores de servicios adecuados y establecer un plan de atención que incluya el tipo y la cantidad de horas de servicio. Los clientes que no estén de acuerdo con los aspectos de la planificación del servicio deberán presentar una apelación ante la MCO y no ante el personal del HSP.

Además, la MCO asumirá la responsabilidad de las exenciones de especialistas (exención de daño cerebral y SIDA). Los clientes que reciben servicios conforme a la exención por lesiones cerebrales traumáticas (TBI) y SIDA ya no recibirán esos servicios de las Agencias de gestión de casos como se hacía anteriormente, que se contrataban y proporcionaban mediante el HSP. La MCO será responsable de las contrataciones mensuales.

El personal del HSP continuará haciendo la monitorización de la entrega de las planillas de horas de los IP y alertará al Administrador de casos de la MCO sobre cualquier inconveniente o discrepancias como por ejemplo que el IP no use el sistema de EVV para registrar el ingreso y egreso y el tiempo exacto en las planillas de horas.

## ¿Cómo inscribirse para recibir los servicios?

Use la remisión de servicios de rehabilitación en el sitio web (<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29736>) para remitirse usted mismo o a otra persona para los servicios.

Proporcionamos servicios en 48 oficinas locales ubicadas en comunidades de todo el estado.

Use el localizador de oficinas del DHS (<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=7>) y busque los Servicios de rehabilitación para encontrar la oficina más cercana, o llame a la línea gratuita (800) 843-6154 (en Inglés o español) o al (800) 447-6404 (TTY).

# 2 Plan de servicio



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación  
PLAN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS

Nombre del cliente: Jane Doe  Temporario  Apéndice  
 Número de caso: \_\_\_\_\_  Formal N° de apéndice: \_\_\_\_\_  
 Próxima fecha de redeterminación: \_\_\_\_\_  Redeterminación Fecha: \_\_\_\_\_

TAREA	Tipo de servicio	Días por mes	Horas por día	Horas por mes
<input checked="" type="checkbox"/> Comer	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.50</u>	<u>15.50</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Bañar	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.50</u>	<u>15.50</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Aseo personal	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.25</u>	<u>7.75</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Vestir	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.50</u>	<u>15.50</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Traslado	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.50</u>	<u>15.50</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.75</u>	<u>23.25</u>
<input type="checkbox"/> Manejar dinero	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Llamar por teléfono	_____	_____	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Preparar comidas	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>10</u>	<u>31.00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Lavandería	<u>PA</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>15.00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tareas del hogar	<u>PA</u>	<u>5</u>	<u>10</u>	<u>5.00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Fuera del hogar	<u>PA</u>	<u>5</u>	<u>2.00</u>	<u>10.00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Salud de rutina	<u>PA</u>	<u>31</u>	<u>0.25</u>	<u>7.75</u>
<input type="checkbox"/> Atención médica especializada	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estar solo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____	_____	_____	_____



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación  
PLAN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS

Nombre del cliente: Jane Doe  Temporario  Apéndice  
 Número de caso: \_\_\_\_\_  Formal N° de apéndice: \_\_\_\_\_  
 Próxima fecha de redeterminación: \_\_\_\_\_  Redeterminación Fecha: \_\_\_\_\_

PLAN DE SERVICIO DE  
Impreso por la Autoridad

Tipo de servicio	Total de horas por semana	Total de horas por mes	Tarifa	Subtotal
<u>PA</u>	<u>37.18</u>	<u>161.75</u>	<u>\$13.00</u>	<u>\$2,102.75</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

TOTAL DEL COSTO DEL SERVICIO MENSUAL ESTIMADO \$2,102.75

ASISTENTE PERSONAL DE REEMPLAZO: John Doe

Se me ha dado la elección de recibir cuidados en mi hogar o en un hogar de ancianos. Elijo permanecer en mi hogar y acuerdo que el plan de servicios descrito anteriormente me permitirá permanecer allí. Comprendo que mi elegibilidad para estos servicios y la pertinencia de este plan de servicios se revisarán anualmente, semestralmente o con mayor frecuencia si mi situación cambia. Se me ha entregado una copia de este Plan de Servicios y del folleto de Derechos y Responsabilidades del Cliente (HSP:1). Se me han explicado estos documentos y comprendo el contenido de ambos.

x Jane Doe \_\_\_\_\_ 6/ENE/2017  
 Firma del cliente Padre, representante, testigo Fecha  
 x Susan City \_\_\_\_\_ 6/ENE/2017  
 Consejero/Gerente de caso de HSP Fecha

Distribución: Original - cliente  
 Copia - legajo del caso  
 Copia - cada proveedor de servicios

PLAN DE SERVICIO DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS IL488-1049W (12-14)  
 Impreso por la Autoridad del estado de Illinois -0- copias

Página 2 de 2



## 3 Plan de servicio, ejemplos de asistencia

Cada punto en el Plan de servicio constituirá una forma diferente de asistencia para cada persona o empleador individual. Aquí encontrará algunos ejemplos de asistencia que podrá proporcionar por cada punto:

### 1. Comer

- Cortar los alimentos
- Agarrar los utensilios
- Llevar los alimentos y las bebidas a la boca
- Limpiar los derrames

### 2. Bañar

- Entrar/salir de la bañera o la ducha
- Asir/agarrar artículos de higiene
- Abrir y cerrar los grifos
- Regular la temperatura del agua
- Lavar y secar todas las partes del cuerpo
- Incentivar el baño

### 3. Aseo personal

- Enjabonar y afeitarse
- Cuidado básico del cabello: peinar, secar el cabello, etc.
- Higiene bucal, cepillar los dientes, usar hilo dental, etc.
- Cuidado de las uñas
- Aplicación de loción, desodorante, etc.

### 4. Vestir

- Vestir adecuadamente para la ocasión/el clima
- Poner los calcetines, los zapatos, etc.
- Ayuda con los cierres
- Colocar prótesis u órtesis si es necesario

### 5. Traslado

- Entrar/salir de los lugares para dormir y descansar
- Ayuda para entrar/salir de los dispositivos de asistencia/movilidad
- Operar los dispositivos de asistencia/movilidad mientras se realiza el traslado
- Mover/acomodar la cama, las barandas, etc.

### 6. Incontinencia

- Ayuda para ir al baño
- Vaciar/irrigar el catéter o las bolsas de ostomía
- Uso de enema, almohadillas absorbentes u orinales
- Limpiar el cuerpo y la ropa de cama
- Control del período menstrual

### 7. Manejar dinero

- Asistencia con el presupuesto
- Escribir/enviar cheques por correo
- Gestión de moneda
- Leer, escribir, contar

### 8. Llamar por teléfono

- Responder el teléfono
- Ayuda para marcar o apretar las teclas del teléfono
- Tomar mensajes
- Comunicar información importante en nombre del consumidor-empleador

### 9. Preparar las comidas

- Cocinar y preparar las comidas
- Servir las comidas
- Guardar y etiquetar las comidas/sobras de comida
- Abrir y cerrar envases
- Usar los electrodomésticos de cocina
- Tomar todas las precauciones de seguridad

### 10. Lavandería

- Clasificar la ropa
- Usar la lavadora y secadora de ropa
- Lavar/secar la ropa
- Cargar/descargar la ropa del lavarropas
- Doblar y guardar
- Planchar

### 11. Tareas del hogar

- Barrer, trapear, pasar la aspiradora
- Limpiar el polvo
- Limpiar los derrames
- Acomodar la casa
- Lavar/secar/guardar la vajilla de cocina
- Lavar fregaderos, inodoros, bañeras, etc.
- Sacar la basura

### 12. Fuera del hogar

- Hacer compras/diligencias (\*se paga el tiempo en la tienda, no el traslado)

### 13. Exámenes de salud de rutina (\*cuidadores no especializados únicamente)

- Comprender/seguir indicaciones médicas
- Administrar las dosis prescritas de medicamentos, ungüentos, etc.
- Cuidado de vendajes, úlceras por presión, etc.
- Control de signos vitales

### 14. Atención médica especializada

*(Proporcionada por un profesional médico autorizado)*

### 15. Estar solo

- Monitorizar y asegurarse de que el consumidor-empleador está seguro
- Reconocer, evitar o responder ante peligros
- Usar el criterio adecuado en lo referente a la privacidad en forma simultánea con el IP

## Usar la verificación electrónica de visitas y completar la planilla de horas

### Verificación electrónica de visitas (EVV)

**El sistema EVV es obligatorio para todos los Proveedores individuales que proporcionan servicios a clientes en el Programa de servicios domiciliarios.**

La Verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés) es un sistema telefónico e informático mediante el cual se verifica cuándo el IP proporciona servicios al cliente. El proveedor deberá usar el teléfono fijo o teléfono celular del cliente para marcar el ingreso y el egreso. El sistema verifica cuándo ocurre cada visita y registra el tiempo preciso en que el proveedor comienza y termina cada día. El objetivo del sistema EVV es facilitar el control de las horas para los Proveedores individuales, para que sea más rápido, más fácil y más exacto. Además, el sistema EVV lo asistirá con la monitorización de la atención proporcionada al cliente.

**Registro del ingreso y egreso:** los proveedores individuales deben llamar al sistema de verificación electrónica de visitas desde el teléfono del cliente al comienzo y al final de cada visita. Se le asignará una identificación Santrax al proveedor, que deberá ingresar; es importante que ingrese la identificación Santrax correcta en cada llamado. Usted deberá escribir la hora exacta de la llamada en la planilla de horas de trabajo del HSP (ver folleto n.º 14). Consulte la Guía de referencia para llamadas de EVV adjunta.

### Completar la planilla de horas

Al finalizar cada período de pago, tanto el cliente como el proveedor deberán firmar la planilla de horas y enviarla a la oficina de la DRS. Los proveedores deberán usar el sistema EVV y enviar las planillas de horas en papel para que se les pague puntualmente.

- La exactitud es muy importante.
  - Registre diariamente la hora exacta de **inicio y finalización** del trabajo. Asegúrese de indicar a.m. o p.m. en todas las horas ingresadas. Escriba la hora provista por el sistema de llamadas EVV.
  - No es necesario incluir un **total diario y el Período de pago total** si usted ingresa la **hora de inicio** y la **hora de finalización**. De lo contrario, será cuestionado sobre la discrepancia y esto tendrá que ser aclarado por la DRS. Si existe alguna duda, puede que se necesite una investigación posterior.
- No entregue la planilla de horas por adelantado.
  - Los IP no pueden informar horas futuras. Por ejemplo, una planilla de horas completa para un período de pago que finaliza el 31 de un mes no puede entregarse antes del 31 antes de finalizar el horario de trabajo.
- Deberá contener el n.º de seguro social, n.º de distrito y n.º de identificación del cliente en todas las planillas de horas. De lo contrario, será necesario realizar aclaraciones y es posible que tenga que esperar más tiempo para recibir su pago.
- El cliente-empleador y el IP deben firmar las planillas de horas para confirmar las horas trabajadas.
- El IP no puede trabajar para el cliente-empleador mientras este está de vacaciones, en el hospital, etc.
  - Se pueden aplicar algunas excepciones; sin embargo, el **cliente-empleador deberá solicitar y recibir la aprobación del Consejero de DRS antes de trabajar esas horas.**
  - Los IP no pueden informar horas de trabajo para más de un cliente a la vez.



## Recibir su pago

Estas planillas de horas se enviarán inmediatamente al HSP después del día 15 y del último día del mes, todos los meses. Las indicaciones para completar las planillas de horas, la Guía de referencia para llamadas y las Prácticas de facturación de proveedores están incluidas en los paquetes de proveedores. Consulte esa documentación para obtener información adicional.

- Los proveedores individuales pueden enviar las planillas de horas de dos maneras: 1) por correo postal a la oficina de DRS; 2) entrega en persona a la oficina de DRS.
- Se recomienda que los IP autoricen el depósito directo. Esto les asegurará:
  - que los cheques no sean enviados a la dirección particular del cliente-empedor;
  - que los pagos sean rápidos y seguros, directamente a la cuenta bancaria de los IP.
- Los IP pueden presentar las planillas de horas hasta 5 días hábiles del estado de Illinois después de finalizado el período de pago (consulte el cronograma de pagos).
- Para evitar que le cobren cargos por la cobranza del cheque y un posible fraude, puede considerar dos opciones a la hora de recibir el pago:
  - 1) El Fondo de salud del Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (SEIU) ofrece a los IP la oportunidad de abrir una cuenta en Credit Union; su pago se depositará automáticamente en su cuenta Credit Union. **Deberá tener membresía en el SEIU.**
  - 2) La DRS ofrece la opción de una tarjeta de débito; su pago se acreditará automáticamente en su tarjeta de débito.
  - 3) Para más información sobre el tema, comuníquese con MRC al 866-933-7348.
- Para cualquier consulta con respecto a cuándo fue procesada una planilla de horas y la fecha de pago anticipada, llame a la Línea de información al proveedor al 1-800-804-3833 o usuarios de TTY al teléfono directo 1-877-434-1082.
- Todos los proveedores individuales que reciban sus pagos por medio de cheques en papel deberán tener en cuenta que pueden ocurrir demoras debido a problemas del envío por correo. Los cheques en papel, el depósito directo o las tarjetas de débito tienen todos la misma fecha de pago. Recuerde: los fondos para la tarjeta de débito no estarán disponibles hasta después de las 12:00 p.m. del día de pago.
- Si tiene más preguntas después de comunicarse con la Línea de información al proveedor, llame a su oficina local del HSP para recibir asistencia.



## Guía de referencia de llamadas

Escriba arriba su número de identificación Santrax para fácil referencia.

**Marcar:**  
**1-855-347-0771**  
 o  
**1-855-573-1726**

### Instrucciones de llamada

**Al llamar a Santrax:** Al llegar o irse de la casa del cliente, asegúrese de tener la siguiente información:

**Al llamar al lugar:** • Su identificación de Santrax.  
**Al llamar desde el lugar:** • Su identificación de Santrax.

1. Marque cualquiera de los números gratuitos asignados a su agencia.

Santrax dirá: "Bienvenido. Ingrese su identificación de Santrax."

*Si experimenta dificultades con el primer número gratuito, intente con el segundo.*

2. Presione los números de su identificación de Santrax en el teléfono de tonos.

Santrax dirá: "Para verificar su identidad, repita: En Santrax, mi voz es mi contraseña."

**NOTA:** Si no está registrado en el servicio de Verificación por voz, Santrax no le dará esta indicación. Si es el caso, omita el paso 3 y luego continúe.

3. Diga: "En Santrax, mi voz es mi contraseña."  
 El sistema Santrax podrá (puede) pedirle que repita la frase varias veces para verificar su identidad.

### Consejos útiles:

Para asegurar la verificación exitosa de quien llama, siga estos útiles consejos:

- Hable con normalidad
  - o No cambie el ritmo normal o (ni) el volumen de su voz.
- Hable con claridad
  - o No susurre ni mastique nada durante la llamada a Santrax.
- Use el auricular de su teléfono
  - o Evite usar teléfonos inalámbricos o en función de manos libres.
- Evite entornos (ambientes) ruidosos
  - o Elimine todos los ruidos ambientales manteniéndose lejos de televisores, radios u otras fuentes de ruido.

### Qué hacer si hay un problema:

Puede llegar a experimentar ciertos problemas al usar el teléfono.

- Señal de ocupado
- Nadie responde
  1. Controle (Verifique) el número de teléfono para asegurarse de que sea correcto.
  2. Intente llamar otra vez.
  3. Intente llamar al segundo número gratuito provisto.
  4. Si aún no puede completar la llamada, Por favor llame a la DHS EVV línea de ayuda al 1-888-713-5139.
- Si el sistema dice: "Lo siento, número inválido"

Revise si el teléfono tiene un interruptor T-P (tono a pulso). Asegúrese de que el interruptor esté en T. Si no tiene interruptor, debe decir su número de identificación, un dígito a la vez al teléfono luego del tono.

### Instrucciones de llamada

Santrax dirá: "Si esta es una visita con Verificación fija de visita (¿Verificación de visita fija?) usando (con) el dispositivo FVV, presione la tecla asterisco (\*) para ingresar los números de verificación de la visita. De lo contrario, presione la tecla gato (numeral) (#) para continuar."

*Si esta es una llamada FVV, presione la tecla asterisco (\*) y consulte la Guía de referencia de llamadas FVV para obtener instrucciones para el proceso de llamada FVV. Si esta no es una llamada FVV, presione la tecla gato (numeral) (#) y continúe.*

4. Presione la tecla gato (numeral) (#) para continuar.

Santrax dirá: "Seleccione "1" para llamadas internas o "2" para llamadas externas."

5. Presione la tecla "1" para "Llamadas internas".

o

- Presione la tecla "2" para "Llamadas externas".

Santrax dirá: "Recibido a las (HORA). Ingrese el número de las tareas (de tareas)."

**NOTA:** Si se trata de una llamada interna, **CUELQUE AHORA.** Las tareas solo se ingresan en la llamada externa.

### Instrucciones de llamada

6. Presione uno (1) para indicar que ingresará una tarea.

Santrax dirá: "Ingrese la identificación de la tarea"

7. Presione el número de tarea que realizó.

#### NOTAS:

- Consulte la lista de tareas de su agencia.
- Si cometió un error al ingresar las tareas, presione "00" y el sistema confirmará diciendo: "Comenzando otra vez. Ingrese el número de las tareas (de tareas)".

Santrax dirá: "Usted ingresó una tarea."

8. Cuelgue el teléfono.

### Gráfico de referencia de tareas

Identificación de tarea	Descripción
11	Auxiliar de enfermería
12	Enfermero práctico con licencia
13	Asistente personal
14	Enfermero registrado



# 6 Indicaciones para completar las planillas de horas

NOTA: El personal deberá continuar usando el sistema Santrax EVV para informar electrónicamente el horario de inicio y finalización de todos los días.

Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

**Planillas de horas de trabajo del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés)** ①

Distrito 344

Número de caso: 04928401 N.º de seguridad social del trabajador: 123-45-6789  
 Nombre del cliente: John Smith Nombre del trabajador: Mary Jones  
 Dirección: 123 Main St. Apartamento n.º: 4 Dirección particular: 1 W. Capital Apartamento n.º:  
 Ciudad/Código postal: Bloomington, IL 61701 Ciudad/Código postal: McLean, IL 61759  
 Teléfono: 309-782-2722 Teléfono: 309-449-0300  
 La información ha cambiado desde la última vez que se envió la planilla.  La información ha cambiado desde la última vez que se envió la planilla.  
 NOTA: El cheque se enviará por correo a la dirección particular del proveedor.

Mes: Julio Año: 2014 ④

Féchas (casillas de verificación) Indique a m o p en cada hora de inicio y finalización

			Inicio	Finalización	Inicio	Finalización	Inicio	Finalización	Total días
<input checked="" type="checkbox"/> Asistente personal	1	16	9:02 a.m.	11:30 a.m.					
<input type="checkbox"/> Asistente de enfermería certificado	2	17	9:00 a.m.	11:31 a.m.					
Tarifa	3	18							
	4	19							
<input type="checkbox"/> Enfermera practicante con licencia	5	20							
Tarifa	6	21							
<input type="checkbox"/> Enfermero practicante con licencia	7	22	8:30 a.m.	11:35 a.m.					
Tarifa	8	23	8:45 a.m.	11:49 a.m.					
<input type="checkbox"/> Enfermero registrado	9	24	8:49 a.m.	11:16 a.m.					
Tarifa	10	25							
<input type="checkbox"/> Terapeuta físico u ocupacional	11	26							
Tarifa	12	27							
<input type="checkbox"/> Terapeuta del habla	13	28	8:31 a.m.	11:33 a.m.					
Tarifa	14	29	8:30 a.m.	11:31 a.m.					
	15	30							
		31							

Período de pago (total)

**CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE/PROVEEDOR INDIVIDUAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**

Certifico que la información anterior es verdadera y de acuerdo con las Políticas de pago del proveedor individual (IL485-2252). Entiendo que la falsificación de cualquier información presentada en este formulario podría dar lugar a un proceso penal.

Firma del trabajador: Mary Jones Fecha: 18 de julio de 2014

Certifico que la información anterior es verdadera y que los servicios se recibieron como se indica. Entiendo que la falsificación de cualquier información presentada en este formulario podría dar lugar a un proceso penal.

Firma del cliente: John Smith Fecha: 18 de julio de 2014

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Aprobación de pago del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) Fecha \_\_\_\_\_

Bruto \_\_\_\_\_ Neto \_\_\_\_\_

IL485-2251 (R-7-12) - Planillas de horas de trabajo del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés)  
 Impreso por la Autoridad del estado de Illinois Casilla de correo n.º 13-0084- 350,000 copias Página 1 de 1

- Se deberán completar todos los campos para que la planilla de horas sea procesada.
- 1 Ingrese los tres dígitos del número de distrito.
  - 2 Ingrese el N.º de caso, Nombre del cliente, Dirección, Código postal y N.º de teléfono. Marque el casillero si esta información ha cambiado.
  - 3 Ingrese el n.º de seguro social del trabajador, nombre del trabajador, dirección, código postal y teléfono actualizado. Marque el casillero si la información ha cambiado.
  - 4 Ingrese el mes y el año en el cual se proporcionó el servicio.
  - 5 Si está trabajando en otra categoría que no sea P.A., marque la casilla a continuación.
  - 6 Indique el tiempo exacto que se le proporcionó a través del sistema Santrax. ¡No redondee!
  - 7 Firma del trabajador y fecha
  - 8 Firma del cliente y fecha

## Consejos útiles

- ❖ Escriba el tiempo exacto que se le proporcionó en la llamada a través del sistema EVV Santrax.
- ❖ Considere el uso de un resaltador para ver los cambios en la dirección o la tarifa de pago.
- ❖ Use tinta azul o negra.
- ❖ Complete toda la planilla de horas. Si no lo hace, es posible que el pago se atrase.

## Número de Santrax:

Inglés	Español	Clientes domiciliario múltiples
1-855-347-1770	1-855-347-0771	1-844-604-7391
1-855-573-0726	1-855-573-1726	1-844-786-7495

### LÍNEA DIRECTA PARA PROVEEDORES

Llame a este número PRIMERO para recibir información sobre sus cheques.

Rev. 24/SEPT/2014

## 7 Ejemplo de Cronograma de pagos de HSP



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos

### Ejemplo de Cronograma de pago para Proveedores individuales del Programa de servicios domiciliarios

Período de pago	Planillas de horas que se deben	Fecha de pago
1 al 15 de febrero	16 al 23 de febrero	13 de marzo
16 al 28 de febrero	1 al 7 de marzo	28 de marzo
1 al 15 de marzo	16 al 22 de marzo	13 de abril

### Cronograma de nómina de HSP - 2025

Período de pago	Parte de horas vencidas	Línea directa de megafonía	Fecha de pago
Del 01 al 15 de diciembre de 2024	Del 16 al 20 de diciembre de 2024	31 de diciembre	13 de enero de 2025
Del 16 al 31 de diciembre de 2024	02-08 de enero de 2025	15 de enero	28 de enero
Enero 01-15	Del 16 al 23 de enero	30 de enero	13 de febrero
Del 16 al 31 de enero	Febrero 03-07	14 de febrero	28 de febrero
Febrero 01-15	Del 18 al 24 de febrero	28 de febrero	13 de marzo
Del 16 al 28 de febrero	Marzo 03-07	17 de marzo	28 de marzo
Marzo 01-15	Del 17 al 21 de marzo	31 de marzo	11 de abril
Del 16 al 31 de marzo	Abril 01-07	15 de abril	28 de abril
Abril 01-15	Del 16 al 22 de abril	30 de abril	13 de mayo
Del 16 al 30 de abril	Mayo 01-07	14 de mayo	28 de mayo
Del 01 al 15 de mayo	Del 16 al 22 de mayo	30 de mayo	13 de junio
Del 16 al 31 de mayo	Junio 02-06	13 de junio	27 de junio
Junio 01-15	Del 16 al 23 de junio	27 de junio	11 de julio
Del 16 al 30 de junio	Julio 01-08	15 de julio	28 de julio
Del 01 al 15 de julio	Del 16 al 22 de julio	31 de julio	13 de agosto
Del 16 al 31 de julio	Agosto 01-07	15 de agosto	28 de agosto
Agosto 01-15	Del 18 al 22 de agosto	29 de agosto	12 de septiembre
Del 16 al 31 de agosto	Septiembre 02-08	15 de septiembre	26 de septiembre
Septiembre 01-15	Del 16 al 22 de septiembre	29 de septiembre	10 de octubre
Del 16 al 30 de septiembre	Octubre 01-07	15 de octubre	28 de octubre
Octubre 01-15	Del 16 al 22 de octubre	30 de octubre	13 de noviembre
Del 16 al 31 de octubre	Noviembre 03-07	13 de noviembre	26 de noviembre
Noviembre 01-15	Del 17 al 21 de noviembre	26 de noviembre	12 de diciembre
Del 16 al 30 de noviembre	Diciembre 01-05	10 de diciembre	23 de diciembre
Diciembre 01-15	Del 16 al 22 de diciembre	30 de diciembre	13 de enero de 2026
Del 16 al 31 de diciembre	02-08 de enero de 2026	14 de enero de 2026	28 de enero de 2026

## Resultados del Aprendizaje

- Comprender la política de horas extras del proveedor individual (IP)
- Comprender una semana de trabajo frente a un período de pago
- Comprender las responsabilidades cuando se trabaja para múltiples clientes del Programa de Servicio en el Hogar (HSP)
- Identificar las consecuencias si un uso injustificado de horas extras ocurriera
- Comprender las excepciones de horas extras

## Contenido Clave

La importancia de no trabajar más de 60 horas en una semana laboral a menos que el cliente del IP sea aprobado para una excepción de horas extras será reiterada, incluyendo las consecuencias de un uso injustificado de horas extras, que incluyen períodos de inelegibilidad para el pago y la posibilidad de inelegibilidad permanente de un proveedores individuales (IP) para el pago por parte del HSP.

### Introducción de la Política General

1. Los clientes del Programa de Servicios a Domicilio que usan proveedores individuales deben contratar un número suficiente de proveedores para cubrir las horas semanales en su plan de servicio. Los clientes de programa del servicio del hogar (HSP) deben contratar un proveedor individual de respaldo para la cobertura cuando otro proveedor individual no pueda proporcionar servicios.
2. Los proveedores individuales están sujetos a un máximo de 60 horas por semana, a menos que el cliente sea aprobado para una excepción de horas extras.
3. Los proveedores individuales que trabajan para múltiples clientes de HSP son responsables de monitorear las horas de trabajo y comunicarse con sus clientes para asegurar que el proveedor individual no trabaje más de 60 horas en una semana laboral, a menos que el cliente sea aprobado para una excepción de horas extras.
4. Es importante recordar que cualquier uso aprobado de horas extras no cambia las reglas del programa existente. Incluso si el cliente tiene una excepción aprobada para horas extras, no puede exceder sus horas mensuales del plan de servicio. Los proveedores individuales no están autorizados a trabajar más que el número de horas indicado en el plan de servicio del cliente. Además, ningún proveedor individual debe trabajar más de 16 horas en un período de 24 horas

### Semana de Trabajo vs. Período de Pago

Las horas extras se calculan por semana de trabajo, pero los proveedores individuales son remunerados por período de pago. Por lo tanto, es importante entender la diferencia entre los dos.

1. Los períodos de pago son desde el primer día del mes hasta el 15 del mes, y desde el 16 del mes hasta el último día del mes.
2. Una semana de trabajo es un lapso de 7 días que comienza el domingo a las 12:00 a.m. y termina el sábado a las 11:59 p.m.
3. En algunos casos, una semana de trabajo puede abarcar varios períodos de pago.

## Cuando se Trabaja para Varios Clientes

1. Los proveedores individuales que asisten a múltiples clientes son responsables de monitorear el número de horas que trabajan en una semana laboral para asegurar que cumplen con la política de horas extras.
2. Los proveedores individuales deben sumar el total de horas trabajadas para cada cliente del PSC; este total combinado no debe exceder de 60 horas en una semana laboral, a menos que el cliente sea aprobado para una Excepción de Horas Extras.
3. Si los proveedores individuales también reclaman tiempo de viaje cuando viajan entre clientes en el mismo día laboral, el total combinado de tiempo de trabajo y tiempo de viaje no debe exceder las 60 horas para la semana laboral, a menos que se apruebe una excepción de horas extras.

## Definiciones

- **Horas extras** - el tiempo trabajado por un proveedor individual para un cliente o clientes del Programa de Servicios en el Hogar (HSP) que excede 40 horas en una semana laboral.
- **Pago de horas extras:** Cada vez que un proveedor individual trabaja más de 40 horas en una semana laboral, el proveedor individual será remunerado hora y media de la tarifa por hora del IP.
- **Semana de trabajo - una semana que comienza el domingo a las 12:00 a.m. (medianoche) y termina cada sábado a las 11:59 p.m.**
- **Tiempo de Traslado - el tiempo que un Proveedor individual viaja a dos o más Clientes del programa de HSP en el mismo día laboral y que no termina ni comienza en la residencia de los Individuos o incluye cualquier recado personal.**

## Entendiendo la política de Horas extras

1. La política de horas extras aplica a las siguientes situaciones:
  - a. Cuando el cliente necesita que su proveedor individual trabaje más de 60 horas semanales.
  - b. Cuando el proveedor individual trabaja más de 60 horas semanales para varios clientes.
2. Cuando un plan de servicio de un cliente autoriza los servicios de un proveedor individual durante más de 60 horas en una semana, el cliente debe solicitar y ser aprobado para una excepción de tiempo extra. Si se aprueba la solicitud de excepción de horas extraordinarias del cliente, los IP que trabajan para ese cliente podrán trabajar más de 60 horas en una semana laboral **siempre y cuando el total de horas para todos los IP no exceda el plan de servicio aprobado por el cliente.**
3. Hay cuatro excepciones de horas extras que un cliente puede solicitar:
  - a. **Capacidad del proveedor** - se aplica cuando un IP existente ya no trabaja para el Cliente, no tiene fondos, ya no cumple con las calificaciones, ha caducado sus credenciales y/o no hay IP calificado dentro de 45 millas del lugar de servicio del Cliente que sea capaz y esté dispuesto a proporcionar los servicios necesarios.  
La excepción de capacidad del proveedor debe ser solicitada con anticipación o en un plazo de 2 semanas después de la necesidad. Una vez aprobada, esta excepción es válida por un (1) año y será automáticamente renovada a menos que el Estado decida no renovar la excepción.
  - b. **Necesidades únicas/complejas** - aplica cuando la salud y seguridad del cliente se vería comprometida por la adición de proveedores individuales (Ips) adicionales al plan de servicio: que puede incluir planes de servicio ordenados por el tribunal, clientes con una puntuación DON de 70 o más, Clientes que no pueden tolerar a varios trabajadores debido a necesidades médicas o de comportamiento o Clientes de Atención Excepcional.

La excepción de necesidades únicas/complejas debe solicitarse con antelación. Una vez aprobada, esta excepción es válida por un (1) año y será automáticamente renovada a menos que el Estado decida no renovar la excepción.

- c. **Situaciones de fuera de la ciudad** - esta aplica cuando el cliente requiere atención para garantizar su salud y seguridad mientras está fuera de la ciudad y no es factible traer IPs adicionales. Esta excepción permite los servicios de atención personal sólo durante el tiempo fuera de la ciudad.

La excepción de situaciones fuera de la ciudad se puede utilizar durante 14 días al año y debe solicitarse de antemano.

- d. **La excepción de necesidad de emergencia** aplica cuando surge una necesidad urgente de atención y trabajar más de 60 horas en una semana de trabajo es inevitable porque de lo contrario podría en peligro la salud y la seguridad del cliente; esto puede incluir la llegada tardía o enfermedad inesperada de un proveedor. El cliente puede utilizar esta excepción cuatro (4) veces al año y hasta 10 horas por período de pago y debe solicitarla dentro de las dos (2) semanas de necesidad. Se requieren fechas para indicar cuándo se utilizaron las horas de emergencia.
2. Cuando un Cliente solicita una excepción, si no se hace ninguna determinación dentro de los treinta (30) días, el Proveedor Individual será considerado como aprobado condicionalmente para trabajar las horas extras hasta que se haga la determinación.

### **Política de Utilización Injustificada de Horas Extras**

1. En cualquier momento en que un Proveedor individual trabaje más de 60 horas en una semana laboral sin que el cliente haya recibido una Excepción por Horas Extraordinarias aprobada, el Proveedor individual recibirá un evento que puede llevar a la suspensión; También se refiere como inelegibilidad temporal en esta sección Los proveedores individuales que trabajan para más de un cliente están sujetos al máximo de 60 horas semanales por todas las horas trabajadas y a las excepciones enumeradas anteriormente.
2. los proveedores individuales recibirán una notificación por escrito durante las tres (3) primeras incidentes de horas extras no autorizadas. Las cantidades razonables de horas extras, en vigor el 01/07/24, resultantes de variaciones menores en los tiempos de entrada o salida del IP no deberán dar lugar a la ocurrencia de horas extras no autorizadas. Cada notificación escrita tendrá un período de validez de veinticuatro (24) meses consecutivos. Siempre que se disponga de una dirección de correo electrónico, el Estado de Illinois enviará notificaciones por correo electrónico cuando horas extras no autorizadas ocurran.
3. Si dentro de cualquier período rotativo de veinticuatro (24) meses se produce un cuarto (4) incidente de horas extras no autorizadas, el IP será notificado por escrito que temporalmente es inelegible para la financiación del Programa de Servicios a Domicilio durante un (1) mes. La notificación incluirá la fecha en que concluirá el período de inadmisibilidad temporal.
4. Después de que el proveedor individual haya sido temporalmente inelegible para recibir fondos del Programa de Servicios a Domicilio tres (3) veces, se le notificará por escrito al proveedor individual que no es elegible permanentemente para recibir fondos del Programa de Servicios a Domicilio.
5. Si un proveedor individual ha sido considerado permanentemente inelegible para la financiación, el IP puede solicitar una revisión después de 12 meses para ser reintegrado/a al Programa de Servicios en domicilio excepto en casos justificados de fraude, abuso, negligencia o explotación.
6. A petición del Proveedor Individual, cualquier notificación escrita al IP será rescindida cuando el cliente haya hecho una solicitud a tiempo para una excepción de horas extras y el Estado de Illinois no haya tomado una decisión sobre la solicitud.
7. Si, durante un período de inelegibilidad para la financiación, se aprueba una excepción aplicable a las horas extras, se permitirá al proveedor individual reanudar inmediatamente la prestación de servicios.



## 9 Fraude a Medicaid

En el Programa de Servicios Domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés), se “factura” a Medicaid por los servicios que brindan los proveedores individuales (PI) a los clientes.

**Fraude a Medicaid:** se trata de cualquier intento de realizar un fraude al sistema Medicaid. Brindar información falsa para reclamar reembolsos médicos fuera del alcance de pagos de los servicios reales brindados al facturar servicios no prestados. No prestar servicios cuando una persona recibe un pago monetario por los mismos. Es un mal uso deshonesto e intencional de fondos estatales y federales o una conducta intencional engañosa o falsa que priva de recursos al Programa de Servicios Domiciliarios de Illinois.

### Ejemplos de fraude a Medicaid:

- Presentar un reembolso por un reclamo falso o fraudulento por servicios no prestados.
- Con conocimiento, enviar información falsa para obtener mayor compensación que la que corresponde legalmente por brindar los servicios.
- El acto de una persona, que, con intención, realiza un fraude al Estado por servicios no brindados.
- Facturar al HSP por horas no trabajadas.
- Facturar al HSP por servicios no prestados.
- Facturar al HSP dos veces por los mismos servicios.
- Facturar por servicios no incluidos en el Plan de Servicios de HSP.
- Cobrar por transportar a clientes del HSP.
- Cobrar por servicios brindados por el asistente personal cuando el cliente no estaba en su domicilio, sin aprobación previa.
- Cobrar por trabajo no realizado en el domicilio del cliente, sin aprobación previa.
- Dejar que otra persona trabaje en su lugar y luego usted pagarle a esa persona.
- Cobrar por horas en las que usted estaba en otro trabajo.
- Firmar con el nombre del cliente en la planilla de horas trabajadas para el cliente.
- Hacer que el cliente firme la planilla de horas trabajadas del PI antes de que se hayan brindado todos los servicios o de finalizar el período de pago.
- Que el cliente y el proveedor dividan entre sí lo cobrado por el servicio.
- Solicitar servicios del HSP por discapacidad injustificada.

Antes de comenzar a trabajar como PI, tanto el cliente como el PI deben firmar una declaración, aceptando las “Políticas de pago al proveedor” (Ver Folleto \*\*). Puede evitar realizar un fraude a Medicaid al cumplir con las siguientes políticas. Para informar un fraude a Medicaid, debe llamar a la Unidad de Control de Fraude a Medicaid de la policía del estado de Illinois al 1-888-557-9503. Recuerde que puede llamar a la línea directa para obtener información o realizar una consulta antes de decidir hacer una denuncia.

## 10 Políticas de pago a proveedores individuales (1 de 3)



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos - División Servicios de Rehabilitación  
Programa Servicios en el Hogar

### REGLAMENTOS SOBRE PAGOS A PROVEEDORES INDIVIDUALES

Los clientes del Programa Servicios en el Hogar (Home Services Program - HSP) y proveedores individuales tienen la responsabilidad de completar con exactitud y firmar todas las hojas de asistencia del proveedor individual. Para completar las hojas de asistencia se requiere que ambas partes firmen y verifiquen que la información contenida es correcta. Si al completar estos documentos se comete fraude, dará lugar a una investigación formal por parte del Grupo de Trabajo de Medicaid (MedicaidTask Force), con posible proceso judicial por la Policía del Estado de Illinois (ISP). Este documento provee información importante para completar la hoja de asistencia.

Se requiere que cada proveedor individual tenga un paquete de empleo en el expediente de cada cliente que le emplea con los servicios requeridos en el hogar.

El número de Seguro Social del proveedor individual se verificará. Se informará a aquellos que tengan un número de Seguro Social sin verificar que no pueden comenzar a trabajar o seguir trabajando como un proveedor individual.

Solamente puede pagarse a los proveedores individuales por las horas que trabajaron para el cliente por medio del Plan de Servicio del HSP. Facturar horas no trabajadas constituye fraude a Medicaid. Los proveedores individuales deberán utilizar el sistema de verificación electrónica de visitas y control de tiempo (EVV) de HSP de acuerdo con lo establecido por la ley 97-0689 SMART, secciones 5.5 (f) y (g).

Los servicios que se proporcionan en el hogar son para los clientes que tienen un Plan de Servicio de HSP. Los servicios para los miembros de la familia, huéspedes, animales, etc., no serán reembolsados.

El Plan de Servicio indica cuántos días al mes el cliente requiere tareas específicas. El horario de trabajo será indicado por el cliente y, por más de existir una cierta flexibilidad, se debería cumplir con el Plan de Servicio establecido. Puede incluir horas para tareas diarias tales como cuidado personal, higiene, preparación de alimentos, etc. Un ejemplo de una hoja de asistencia que no ha sido completada adecuadamente sería cuando el proveedor individual factura el total de horas disponibles durante un sólo período de pago del mes.

Se requiere que el proveedor individual realice sólo aquellas tareas que se indican en el Plan de Servicio y dentro del plazo de tiempo aprobado.

Al Proveedor individual sólo se le puede pagar por horas y tareas realizadas en el hogar del cliente a menos que la tarea debiera ser completada afuera del hogar tal como el lavado de ropa debido a la falta de instalaciones en la hogar, ir al banco y la compra de comestibles. Bajo ninguna circunstancia se puede pagar al Proveedor Individual por horas y tareas realizadas en el hogar del Proveedor Individual. Unos ejemplos de tareas que no se pagan si se realizan en el hogar del Proveedor Individual es el lavado de ropa, preparación de alimentos o la supervisión del cliente. Este reglamento no aplica al Proveedor Individual que reside en la misma unidad familiar que el cliente.

No se pagarán por horas trabajadas en exceso del Plan de Servicio HSP sin previa autorización o sin aprobación del consejero del cliente.

## 10 Políticas de pago a proveedores individuales (2 de 3)

Si en un período de veinticuatro horas se trabaja más de dieciseis horas, no se podrá autorizar ni pagar por el excedente sin aprobación del consejero del cliente. Esta limitación no aplica para los proveedores individuales que presten servicios de relevo.

Los proveedores individuales no pueden trabajar si el cliente se encuentra fuera del hogar, por ejemplo, si se encuentra en un asilo, está hospitalizado, está de vacaciones, etc. Sin embargo, hay algunas excepciones que se permiten, tales como si el consejero presta autorización previa y si la solicitud cumple con las reglas generales. Por favor comuníquese con el consejero para resolver cualquier duda antes de arriesgar que no se le pague por el servicio.

Queda terminantemente prohibido el transporte de un cliente en el vehículo del proveedor individual u otro modo de transporte MIENTRAS SE ENCUENTRE EN EL DESEMPEÑO DE CUALQUIER DEBER COMO PROVEEDOR INDIVIDUAL. El cliente debe conseguir medios de transporte alternativos como el uso de los recursos de la familia o transportación pública. Si el proveedor individual maneja lo hace a su propio riesgo.

Al proveedor individual no se le permite subcontratar. Subcontratación significa dejar que alguien más haga el trabajo en su lugar, registrando el tiempo en su hoja de asistencia y luego pagarle a esa persona usted mismo. Esto no sólo es una práctica ilegal sino que también causa problemas con la retención de fondos para el Seguro Social. A cada proveedor individual se le pagará sólo por servicios que él o ella proporcionó directamente al cliente.

De acuerdo con los reglamentos administrativos, no está permitido que los familiares con responsabilidad jurídica del cliente de HSP actúen como sus proveedores individuales. Esto incluye el cónyuge o esposo(a) que trabaja para su esposo(a) con discapacidades, niños menores de 18 años que trabajan para sus padres con discapacidades; o un padre, madre, padrastro, madrastra o padre adoptivo que trabaja como proveedor individual de su hijo con discapacidades menor de 18 años. Los proveedores individuales y clientes pueden solicitar una aclaración cuando tengan preguntas o dudas acerca de este asunto.

Los proveedores individuales no pueden cobrar al HSP por las mismas horas trabajadas cuando tiene otro empleo. Esto incluye trabajar para otros clientes de HSP o como proveedor de cuidado de niños pagado por medio del Departamento de Servicios Humanos. Esto constituye un fraude y será procesado legalmente por la ley como tal.

Los clientes nunca deben firmar de antemano las hojas de asistencia y se espera que revisen con exactitud las fechas y horas trabajadas antes de presentar la hoja de asistencia en el último día disponible para la nómina. Las hojas de asistencia presentadas con horas que aún no han sido trabajadas serán devueltas al cliente y pudiera retrasar los pagos del proveedor individual.

Nunca se requiere a los proveedores individuales que el cliente también firme el cheque de nómina aunque el cheque se envíe a la dirección del cliente.

Los proveedores individuales no firmarán las hojas de asistencia en nombre del cliente, a menos que sea el representante autorizado, apoderado o sea el tutor legal. Los clientes nunca deberán firmar la hoja de asistencia, en nombre del proveedor individual.

Los proveedores individuales y clientes deberán presentar las facturas a tiempo con el fin de asegurar el pago. Las hojas de asistencia presentadas cinco días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del

## 10 Políticas de pago a proveedores individuales (3 de 3)

servicio podrán representar una demora en el pago. El incumplimiento reiterado de este requisito por parte del proveedor individual será considerado como prueba de falta de cooperación del cliente con HSP por no poder supervisar adecuadamente al proveedor individual.

Los Proveedores Individuales pueden obtener verificaciones de empleo del Estado de Illinois. La información se limita a: el sueldo bruto de cada período de pago para el período de tiempo estipulado, la tarifa de pago por hora, el total de ingresos ganados en los últimos doce meses, el número de Seguro Social, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal. Todos las peticiones para verificación de empleo deben hacerse por escrito. La oficina local proveerá el lugar dónde se pueden enviar las peticiones por fax o correo.

Los proveedores individuales deberán usar la línea gratuita de Información para Proveedores llamando al 1-800-804-3833 siempre y cuando, se necesite información relacionada a los cheques. Este sistema puede verificar que la información de facturación se haya recibido y el pago se haya procesado, incluyendo la fecha que se espera reciba el cheque. Las llamadas telefónicas a las oficinas locales durante los ciclos de pago potencialmente pueden retrasar pagos a los proveedores individuales debido al volumen de registro de datos que el personal de campo tiene que someter.

Los proveedores individuales están cubiertos por negociación colectiva por medio del Sindicato Internacional para Empleados de Servicios (SEIU) Cuidado de Salud de Illinois / Indiana (según dispuesto por el Acuerdo de Negociación Colectiva de SEIU con el Estado de Illinois). Durante cada período de pago, se tomará una deducción del salario del proveedor individual para cubrir el costo de membresía para afiliarse a SEIU. Si tiene preguntas sobre los pagos de membresía del sindicato, comuníquese con SEIU al 1-866-933-7348.

Se les exhorta a los clientes y a los proveedores individuales comunicarse con la oficina HSP local para hablar sobre cualquier pregunta sobre facturación o preocupación antes de presentar las hojas de asistencia para pagos. Este paso adicional promoverá que se envíen los pagos exactos y a tiempo al proveedor individual.

Yo confirmo que he revisado la información indicada arriba y que la entiendo.

# 11 Resumen sobre el abuso

**Abuso:** se define como un acto o acción repetida por un individuo hacia o contra un cliente que incluye restricción, aislamiento o encierro y puede dañarlo al hacer algo de lo siguiente:

- ✓ Comportamiento inadecuado o conducta inapropiada que causa dolor, lesión o muerte a un cliente del Programa de Servicios Domiciliarios (HSP).
- ✓ Ignorar significativamente los derechos de un cliente.
- ✓ Causar daño mental o emocional a un cliente, que dé como resultado ansiedad, depresión, recogimiento, agitación, miedo, daño o muerte o una combinación de dichos comportamientos.

Existen muchas formas de abuso y, en la mayoría de los casos, las víctimas pueden estar sujetas a más de un tipo de maltrato.

## Tipos de abuso:

**Abuso físico**

**Abuso verbal**

**Abuso sexual**

**Abuso emocional/mental**

**Encierro**

*En Illinois, el 54% de las denuncias de abuso a adultos son por explotación financiera; aproximadamente el 23% tiene que ver con abuso físico; el 52% alega abandono activo o pasivo y el 43% alega abuso emocional.*

## 12 Abuso físico

**Abuso físico:** la provocación no accidental de daño físico, dolor o lesión a una persona. Esto incluye, entre otros, abofetear, dar un puñetazo, morder, patear o controlar el comportamiento mediante el castigo corporal.

### Ejemplos de abuso físico:

- Además de los ejemplos anteriores:
- Empujar, hacer una zancadilla, halar, torcer.
- Rasguñar, morder, escupir.
- Apretar fuertemente, pellizcar.
- Quemar.
- Intencionalmente, utilizar agua demasiado caliente o demasiado fría (por ejemplo, para dar un baño).

### Signos de abuso físico

- Lesiones inexplicables o quejas de dolor sin lesiones obvias.
- Moretones, rasgaduras de la piel, rasguños, cortes.
- Quemaduras.
- Lesiones en brazos o piernas.
- Fatiga y falta de aseo personal.



## 13 Abuso verbal/emocional/mental

**Abuso verbal/emocional/mental:** el uso inapropiado del habla, sonidos, escritura o gestos al comunicarse con otra persona. También incluye amenazas de daño, coerción o decir cosas para asustar a alguien de forma intencional.

### **Ejemplos de abuso verbal:**

- Gritar o dar alaridos.
- Amenazar con castigar a la persona.
- Decir cosas desagradables o reírse de alguien.
- Hablar a alguien como si fuera un niño.
- Hablar sobre alguien como si no estuviese allí.
- Dejar a alguien atrapado en una cama o silla, sin permitirle levantarse o soltarse.
- No permitir a alguien participar de actividades.
- Ignorar preguntas o comentarios.
- Estar en silencio.
- Humillar a alguien dejándolo desnudo o expuesto sin privacidad.

### **Signos de abuso verbal**

- Miedo o sospechas inusuales.
- Negación a hablar.
- Recogimiento.
- Cambio repentino en el comportamiento.
- Negación de señales.
- Depresión inexplicada.
- Falta de interés en algo.
- Cambio en el nivel de actividad.

## 14 Abuso sexual

**Abuso sexual:** toqueteo o caricias no deseadas, amenazas sexuales, comentarios con connotación sexual o cualquier otra actividad sexual inadecuada hacia un cliente. El abuso sexual incluye, entre otros, acoso sexual, coerción o agresión.

### Ejemplos de abuso sexual:

- Que el asistente personal acaricie los órganos sexuales de un cliente durante el baño (más allá de lo necesario para la limpieza).
- Cualquier actividad sexual o caricia sexual que sucede cuando el cliente no la desea, no comprende lo que está sucediendo o es amenazado o forzado a participar en ella.
- Un miembro de la familia que tiene relaciones sexuales con un cliente con una discapacidad mental o que no pueda negarse.

### Signos de abuso sexual

- Rasguños, rasgaduras, enrojecimiento o hinchazón alrededor de los genitales.
- Incomodidad al sentarse o caminar.
- Secreción anormal del pene o la vagina.
- Recogimiento, depresión.
- Signos inexplicados de miedo o incomodidad asociados a personas específicas.

## 15 Encierro

**Encierro:** restricción o aislamiento de un cliente por razones distintas a las médicas. El encierro es la restricción intencional e innecesaria de un cliente en una sala cerrada con llave, la separación contra su voluntad del área donde vive, el uso de restricciones físicas o la provisión de medicación innecesaria o excesiva.

### **Ejemplos de encierro:**

- Mantener cualquier elemento de ayuda a la movilidad de un cliente fuera de su alcance, evitando su independencia.
- Mover la silla de ruedas de un cliente al otro lado de la sala o dejarla fuera de su alcance para limitar su independencia para trasladarse y moverse.

### **Signos de encierro**

- Marcas de restricciones en brazos y piernas.
- Habitaciones que se cierran desde afuera.
- Cambios en la cantidad de ropa de cama manchada.

## 16 Resumen sobre negligencia

**Negligencia:** se define como la imposibilidad de brindar servicios en un plan de servicios de un cliente que son necesarios para evitar o para no causar daño físico, dolor, angustia mental o aflicción emocional:

- ✓ Las acciones o conductas inapropiadas que causan dolor, daño a un cliente o aflicción emocional.
- ✓ Descuido intencional, negligencia u olvido de un cliente.
- ✓ Causar daño mental o emocional a un cliente, que dé como resultado ansiedad, depresión, recogimiento, agitación, miedo, daño o muerte o una combinación de dichos comportamientos.
- ✓ Causar deterioro de la salud y el estado físico o mental de un cliente.

### Tipos de negligencia:

- Negligencia pasiva
- Privación deliberada
- Autonegligencia
- Abandono

## 17 Negligencia pasiva y privación deliberada

**Negligencia pasiva:** cuando un cuidador no satisface las necesidades básicas de un cliente, incluidas, entre otras, alimentos, vestimenta, refugio o cuidados médicos, debido a que no comprende las necesidades de esa persona, no es consciente de los servicios que ayudan a satisfacer dichas necesidades o no tiene la capacidad para cuidar a la persona.

### **Los ejemplos de negligencia pasiva incluyen la reiteración de lo siguiente:**

- Decirle a un cliente que usted volverá en 5 minutos y luego olvidarse de regresar.
- Dejar a un cliente en el inodoro y olvidarse de volver.
- Olvidar ayudar a una persona con una actividad de la vida diaria.
- No cumplir todas las normas de seguridad.
- Olvidarse de limpiar, o limpiar de forma inadecuada.
- Olvidarse de alimentar a un cliente.

**Privación deliberada:** negar asistencia de forma intencional a una persona que requiere medicación, asistencia médica, refugio, alimento, dispositivo terapéutico u otra asistencia física, exponiéndola, de esa forma, al riesgo de sufrir un daño.

### **Los ejemplos de privación deliberada incluyen:**

- No proveer alimento o agua a un cliente a propósito.
- No ayudar con una actividad de la vida diaria, cuando usted sabe que la persona necesita ayuda.
- No llevar a un cliente al baño, cuando sabe que necesita ir.
- No cambiar o limpiar a un cliente que ha tenido un accidente.
- Ignorar los pedidos de ayuda.

## 18 Otros tipos de negligencia

**Autonegligencia:** cuando un cliente no puede atender sus propias necesidades de cuidados básicos, que incluyen alimento, refugio, vestimenta, higiene personal o cualquier cuidado de salud o médico, en los casos en que sea responsable de ese cuidado, causando, de esta manera, un daño a la salud física o mental de esa persona.

**Abandono:** ocurre cuando un cuidador designado deja a un cliente sin asistencia. Incluye elementos de negligencia; el abandono es la deserción total de un cliente.



# 19 Explotación financiera

**Explotación financiera:** se define como el mal uso o la retención de activos, propiedades o recursos financieros de un cliente para desventaja de esa persona o beneficio de otra.

## Ejemplos de explotación financiera:

- Robar o usar incorrectamente dinero, tarjetas de crédito, joyas o pertenencias de un cliente.
- Tomar dinero de un cliente, incluso escribir un cheque desde la cuenta del cliente para beneficio propio.
- Robo de identidad. Por ejemplo, sacar un préstamo o una tarjeta de crédito a nombre de otra persona.
- Cobrar un cheque de otra persona sin su autorización.
- Falsificar la firma de otra persona.
- Forzar o engañar a un cliente para que firme un documento.
- Utilizar un poder o tutela de forma inadecuada.
- Escribir un cheque desde una cuenta del cliente para beneficio propio.
- Tomar prestado dinero de un cliente, incluso si se tiene intención de devolverlo.
- No escuchar cuando un cliente se queja de que le sustraen o faltan cosas.
- No devolver el vuelto adecuado después de hacer las compras.
- Comer la comida de un cliente sin permiso.
- Utilizar el dinero de un cliente para beneficio de otros y no del cliente.

## Signos de explotación financiera:

- Vestimenta faltante.
- Dinero faltante, en efectivo o de cuentas bancarias.
- Elementos de valor faltantes.
- Comida faltante.
- Denuncias de robo por parte del cliente.
- Facturas de servicios públicos impagas (cuando el cliente vive en su hogar).

Los asistentes personales **NO** deben aceptar regalos o dinero de sus clientes, en caso de que, más adelante, esto pueda malinterpretarse como robo o explotación. La única excepción es que el asistente personal también sea miembro de la familia del cliente.

## Cómo manejar casos de abuso, negligencia, explotación financiera o fraude a Medicaid

**El Servicio de Protección de Adultos (APS, por sus siglas en inglés):** se encarga de las denuncias de supuesto abuso, negligencia o explotación financiera, protege y promueve los derechos y la calidad de vida de los individuos mayores o discapacitados.

- ✓ **Responsabilidades de los proveedores:** los PI están clasificados como **personas obligadas a denunciar**. Una persona obligada a denunciar es un individuo que, debido a su profesión, está obligado legalmente a denunciar la sospecha de cualquier forma de abuso o negligencia a las autoridades pertinentes.
- ✓ Es crucial que los PI denuncien cualquier acusación de abuso, negligencia o explotación a APS. La ley de Illinois les exige denunciar un abuso sospechado en nombre de aquellos que no pueden denunciarlo por sí mismos.
- ✓ **Obligación/exigencia de denunciar:** para denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación financiera, llame a la línea directa de APS para todo el estado, las 24 horas del día, al **1-866-800-1409** o **1-888-206-1327 (TTY)**.
- ✓ **Fraude a Medicaid:** cualquier intento de realizar fraude al sistema Medicaid. Para denunciar un fraude a Medicaid, llame a la Unidad de Control de Fraude a Medicaid de la policía del estado de Illinois al **1-888-557-9503**.

Con fecha de entrada en vigencia el 1 de julio de 2013, la Asamblea General de Illinois aprobó una legislación para ampliar el Programa de Abuso y Negligencia de Ancianos (actualmente llamado programa de Servicios de Protección de Adultos) del Departamento para Adultos Mayores para evitar el abuso, la negligencia y la explotación financiera a las personas con discapacidades de entre 18 y 59 años de edad que viven en la comunidad.

## ¿Qué podría suceder si no se denuncia?

- El abuso o la negligencia podrían empeorar.
- El cliente podría resultar gravemente herido.
- El cliente podría morir.
- La persona responsable del abuso o negligencia podría repetirlo con otros clientes.

## ¿Cuándo debería denunciar?

- Si observa que está sucediendo abuso, negligencia o explotación.
- Si observa signos de abuso que no parecen ser causados por un accidente.
- Si un adulto con una discapacidad le dice que ha sido lastimado por un cuidador.
- Si hay indicios de que un adulto con discapacidad ha sido abandonado o explotado financieramente.

## ¿No debería estar seguro de que es abuso antes de denunciarlo?

- No. El trabajo del proveedor individual no es investigar la situación. Otras personas son responsables de eso.
- Si no hay abuso, pero la denuncia fue hecha en buena fe, la persona que realizó la denuncia no será sancionada.

Recuerde que también puede llamar a los números de la línea directa para realizar preguntas u obtener más información.

## **¿Qué se le pedirá que informe?**

- El nombre, la dirección, el número de teléfono, el sexo, la edad y el estado general de la presunta víctima;
- el nombre, sexo, edad, relación con la víctima y condición del supuesto abusador;
- las circunstancias que llevan al denunciante a creer que la persona mayor está siendo abusada, abandonada o explotada financieramente, con la mayor especificidad posible;
- si la presunta víctima está en peligro inmediato, el mejor momento para contactar a la persona, si está al tanto de la denuncia y si existe algún peligro para que el trabajador salga a investigar;
- si el denunciante cree que el cliente puede realizar una denuncia por sí mismo;
- el nombre, número de teléfono y profesión del denunciante;
- los nombres de otras partes que tienen información sobre la situación;
- si el denunciante está dispuesto a ser contactado nuevamente; y,
- cualquier otra información pertinente.

## **¿Qué sucede cuando llamo a la línea directa?**

- Su llamada será contestada por un investigador de la línea directa (entre las 8:30 a.m. y las 4:45 p.m., de lunes a viernes) o por un operador. Si se trata de un operador, él obtendrá su nombre y número de teléfono, para que un investigador pueda devolverle la llamada. Si se trata de una emergencia, el investigador lo llamará inmediatamente. De lo contrario, se le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
- El investigador escuchará su denuncia. Le hará preguntas para determinar si la situación es abuso, negligencia o explotación. De lo contrario, el investigador lo ayudará a encontrar a la persona o el servicio que necesita. Si se realiza una denuncia formal, comenzará una investigación, con acción inmediata si el adulto con discapacidad corre el riesgo de sufrir daños.

## **¿Se utilizará mi nombre?**

- Todas las denuncias y registros del programa de Servicio de protección de adultos (APS, por sus siglas en inglés) están sujetos a estrictas disposiciones de confidencialidad, a excepción de lo dispuesto por la ley u orden judicial.

## Qué sucede cuando se inicia una investigación

**El Programa de servicios domiciliarios tiene una unidad de fraude con personal dedicado a garantizar la notificación adecuada y el seguimiento de todas las denuncias e investigaciones del Servicio de protección de adultos (APS, por sus siglas en inglés). La unidad de fraude enviará informes directos al Servicio de protección de adultos por supuestas alegaciones de fraude, abuso, negligencia y explotación. La unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés) participará en el proceso del Servicio de protección de adultos cuando se denuncien alegaciones de conducta indebida:**

### Investigación y hallazgos del Servicio de protección de adultos

- El Servicio de protección de adultos demorará hasta 30-35 días, desde el aviso de investigación, en realizar la investigación.
- Al cierre de la investigación del Servicio de protección de adultos, se enviará un informe a la unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios que indique si las alegaciones de abuso, abandono y explotación están fundamentadas o no.
- El personal de la unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios enviará una copia del Informe de fundamentación de la decisión (RoSD, por sus siglas en inglés) a todo el personal estatal correspondiente.

### Si la investigación del Servicio de protección de adultos se devuelve como fundamentada:

- Si se corrobora el Informe de fundamentación de la decisión, el personal de fraude del Programa de servicios domiciliarios quitará los **fondos** del proveedor individual de manera inmediata.
- El personal de la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) se comunicará con el cliente y el proveedor individual por teléfono para informarles sobre la determinación del Servicio de protección de adultos y enviar la Autorización del Proveedor de Servicios que indique la fecha en que finalizaron los servicios del proveedor individual.
- El personal de la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación también debe informar a la unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios por correo electrónico dentro de los dos (2) días hábiles las medidas tomadas para que el archivo del Servicio de protección de adultos pueda cerrarse.

### Si la investigación se devuelve como no fundamentada:

- Si el Informe de fundamentación de la decisión no está respaldado, el personal de fraude del Programa de servicios domiciliarios **levantará la suspensión** del proveedor individual de inmediato.
- El personal de la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación contactará al cliente y al proveedor individual por teléfono y realizará un seguimiento por escrito para informar que la suspensión se ha levantado y que el proveedor puede reanudar el trabajo con el cliente, si el cliente así lo desea.
- El personal de la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación también informará a la unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios por correo electrónico dentro de los dos (2) días hábiles las medidas tomadas para que el archivo del Servicio de protección de adultos pueda cerrarse.

Además, de trabajar con el Servicio de protección de adultos, la unidad de fraude del Programa de servicios domiciliarios investiga las denuncias de presuntos fraudes de proveedores y clientes. Los resultados de las investigaciones del personal pueden iniciar cualquiera de las siguientes acciones:

- Terminación del proveedor individual.
- Recuperación del sobrepago al proveedor individual.
- Inicio de la sustitución de servicios del proveedor individual a una agencia de amas de casas.
- Cierre del caso del cliente.
- Remisión a la unidad de fraudes de Medicaid, de la Policía Estatal de Illinois (ISP, por sus siglas en inglés).

## Oportunidades de capacitación adicional para proveedores individuales

### Oportunidades de capacitación remunerada

- **Bañar y hacer la cama:** trabajo diario exhaustivo con las técnicas más seguras y efectivas, que también protegen la dignidad del consumidor, que incluyen: hacer una cama ocupada, bañar al consumidor y ayudar al consumidor con el aseo personal y la higiene.
- **Trabajar con un consumidor deprimido:** reconocer los signos de la depresión y aprender cómo responder a un consumidor que está lidiando con esta difícil enfermedad, mientras controla sus propias reacciones personales. Averigüe a dónde ir cuando usted o el consumidor necesitan **ayuda**.
- **Nutrición y ejercicio para personas con discapacidades físicas:** aplique las más recientes guías sobre nutrición, ejercicio y otros hábitos de vida saludables que han demostrado mejorar la vida de las personas.
- **Primeros auxilios y RCP\*:** aprenda a reconocer y responder ante emergencias cardíacas, respiratorias y de primeros auxilios; y a utilizar un desfibrilador externo automático.
- **Precauciones universales:** protéjase usted y al consumidor contra **infecciones y enfermedades**.
- **Mecánica del cuerpo y levantamiento seguro:** evite lesiones con el movimiento corporal adecuado.
- **Denunciar fraude, abuso, negligencia y explotación:** identifique los signos de abuso, negligencia, explotación y fraude, y sepa qué hacer si ve las señales.
- **Fortalecimiento de las habilidades de comunicación:** responda a situaciones desafiantes con habilidades de comunicación verbal efectivas.
- **Filosofía de vida independiente:** descubra qué significa la filosofía de vida independiente para las personas con discapacidad, y cómo guía nuestro trabajo.
- **Trabajo eficaz con los consumidores para resolver problemas:** administre los límites personales y laborales y explore formas constructivas de presentar un problema al consumidor/empleador.

*\*No se le pagará por asistir a Primeros auxilios y RCP, pero recibirá una certificación válida por 2 años.*

### Los beneficios para los asistentes médicos incluyen...

- 3 horas de pago al salario actual por hora (hasta \$300 adicionales cada año).
- Certificado SEIU METC al completar exitosamente la capacitación.
- Contactos con otros asistentes médicos en el área.
- Posibilidad de obtener capacitación profesional que mejorará su desempeño laboral y de sumar valor para oportunidades laborales en el futuro.
- Fomentar relaciones más positivas entre el asistente médico y el consumidor.
- Mejora de la seguridad y la salud del asistente médico y el consumidor.

# Paquete de recursos Capacitación de proveedor individual

**(para compartir con proveedor individual como material de recursos adicional, y no como parte de la capacitación de 2 horas).**



## 1. ¿Quién es mi empleador?

El cliente es su empleador. El cliente-empleador está a cargo de la contratación y el despido. Sus tareas serán delegadas por el cliente-empleador del Plan de servicios del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés), que es un documento oficial creado por el cliente-empleador y el consejero de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés). Si no recibió una copia del plan de servicio al cliente, debe solicitarla al Coordinador de atención del Plan de servicios del Departamento de Servicios de Salud - División de Servicios de Rehabilitación o a la Organización de atención médica administrada.

## 2. ¿Con qué frecuencia me pagarán?

Se le pagará de modo bimensual, dos veces al mes. Las fechas de pago varían, por lo tanto, consulte el Programa de nómina de proveedores individuales (folleto n.º 7) para conocer las fechas exactas. Por ejemplo, lo que trabaje entre el 1 y el 15 de julio se pagará aproximadamente el 5 de agosto; lo que trabaje del 16 al 31 de julio se pagará aproximadamente el 20 de agosto. Asegúrese de que toda la documentación necesaria haya sido entregada y procesada, y que su planilla de horas se envíe a tiempo y se haya completado con precisión. Los proveedores individuales deben recibir el pago en su tarjeta de débito MasterCard® de Illinois, depósito directo o cheque en mano el día designado.

## 3. ¿Qué debo hacer para recibir el pago?

Los proveedores individuales deben llamar al sistema de verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés) desde el teléfono del cliente al comienzo y al final de la visita, para informar las horas trabajadas. Los proveedores individuales deben escribir la hora exacta de la llamada al sistema de verificación electrónica de visitas en la planilla de horas de trabajo en papel del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés) (folleto n.º 4). Los proveedores individuales deben enviar la planilla de horas de trabajo hasta 5 días hábiles estatales después del último día del período de pago. Asegúrese de que la planilla de horas de trabajo se complete con precisión, tal como se detalla en el folleto 4, y que tanto usted como su cliente la firmen.

## 4. ¿Dónde y cómo presento mis planillas de horas de trabajo?

Los proveedores individuales pueden enviar las planillas de horas de dos maneras: 1) por correo a su oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés), o 2) en persona en su oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación.

## 5. ¿Reúno los requisitos para el seguro de desempleo?

Un proveedor individual reúne los requisitos para el seguro de desempleo como cualquier otro trabajador; esto significa que debe haber perdido su trabajo sin tener la culpa; por ejemplo, el cliente-empleador ya no necesita sus servicios. Todos los beneficios e ingresos del seguro de desempleo de un proveedor individual siguen las pautas del Departamento de Seguridad de Empleo de Illinois (IDES, por sus siglas en inglés).

## 6. ¿Cómo sé si reúno los requisitos para un seguro médico?

La elegibilidad se basa en la cantidad de horas que el estado informa al Fondo de salud y beneficios del sindicato. Para ser elegible, un proveedor individual debe trabajar en promedio 120 horas o más, por mes, durante tres meses consecutivos para el cliente-empleador. Después de ser elegibles, los proveedores individuales seguirán siendo elegibles si trabajan un promedio de 60 horas por mes (consulte el folleto A2). Para saber cuántas horas se han informado, comuníquese con el fondo de salud del Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (SEIU, por sus siglas en inglés) al **773-385-9300** o sin cargo al **877-734-8543**.

## 7. ¿Cómo puedo involucrarme en mi sindicato?

Llame al **Centro de recursos para miembros (MRC, por sus siglas en inglés)** al **1-866-933-7348**. Si tiene preguntas sobre su trabajo, beneficios, próximos eventos y clases, puede obtener más información por parte del Centro de recursos para miembros.

## 8. Si estoy buscando referencias de trabajo para otro trabajo, ¿quién puede ofrecerlas?

Su empleador, el cliente, puede ser su referencia.

## 9. ¿Cómo puede un proveedor individual solicitar una verificación de empleo?

Los proveedores individuales pueden obtener verificaciones de empleo del Estado de Illinois. La información es limitada pero incluye el ingreso bruto por cada período de pago para el período de tiempo solicitado, la tarifa por hora de pago, el total de salarios ganados durante los últimos doce meses, número de seguro social, dirección, ciudad, estado y código postal. Toda solicitud de verificación de empleo debe solicitarse por escrito. La oficina local proporcionará instrucciones sobre dónde debe enviarse la solicitud por fax o correo.

## 10. ¿Cuál es la diferencia entre SEIU HCII y SEIU METC?

El Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (SEIU, por sus siglas en inglés) Healthcare IIMK es un sindicato para empleados de servicio que trabajan en cuidado de niños, hogares de ancianos, hospitales y atención médica en el hogar. El Centro de Educación y Capacitación para Miembros (SEIU METC, por sus siglas en inglés) es una organización sin fines de lucro fundada en 2007 para proporcionar capacitación a los trabajadores de las industrias de cuidado de la salud y cuidado infantil.

## 11. ¿Qué tan pronto me pagarán por asistir a mi capacitación obligatoria de proveedor individual?

Para recibir el pago dentro de los 21 días hábiles después de la fecha de la clase, los proveedores individuales deben presentar la documentación para recibir un depósito directo. De lo contrario, se le pagará con un cheque y recibirá el pago dentro de las 8 semanas posteriores a la fecha de la clase.

## 12. ¿Con quién me puedo comunicar para resolver un problema de pago?

El asistente personal tiene tres opciones:

- Para saber cuándo se procesó su planilla de horas de trabajo y cuándo se emitirá su pago, puede ponerse en contacto con el número automático del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) al **1-800-804-3833 (V)** o **1-877-434-1082 (TTY)**.
- Puede comunicarse con su oficina local del Departamento de Servicios de Salud - División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) para ver si puede resolver su problema de pago por su cuenta.
- También puede comunicarse con el Centro de recursos para miembros del sindicato al **866-933-7348** para tomar medidas sobre su problema de pago.

## 13. ¿Qué son los Centros para la vida independiente?

Un Centro para la vida independiente, (o CIL, por sus siglas en inglés), es “una organización no residencial, basada en la comunidad, dirigida y administrada por personas con discapacidades, que se dedica a la filosofía de que todas las personas con discapacidades tienen el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones para controlar la dirección de sus vidas y participar plena e igualmente en sus comunidades”. (<http://www.incil.org/>)

## 14. ¿Qué sucede si me lastimo en el hogar del consumidor-empleador?

Los proveedores individuales tienen derecho a la indemnización por accidentes laborales. Sin embargo, primero debe informar la lesión a su oficina del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) - División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) local y completar el informe de lesiones laborales. Si tiene problemas con esto, comuníquese con el Centro de recursos para miembros del sindicato al 866-933-7348.

## 15. ¿Cómo puedo recibir un W-2 duplicado si el documento original se pierde/roba/daña?

Los documentos W-2 2016 duplicados pueden solicitarse en la oficina central del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés) a partir del 15 de febrero de 2017. **TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN PRESENTARSE POR ESCRITO**, preferentemente utilizando el **Formulario de solicitud de duplicados W-2 del Programa de servicios domiciliarios (HSP, por sus siglas en inglés). Se puede obtener una solicitud en la oficina local del Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés)**. Además, los proveedores individuales pueden enviar una solicitud por correo a HSP Central Office - Labor Relations Unit, 100 S. Grand Avenue East, Springfield, IL 62762 o enviar la solicitud por fax al **217-557-9434** o al **217-557-1042**.

Todas las solicitudes deben incluir nombre del proveedor individual, número de seguro social de 9 dígitos, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y firma. Además, el W-2 duplicado no se puede enviar por correo electrónico o fax a los proveedores individuales. Un W-2 duplicado de reemplazo se envía directamente desde la Oficina del contralor de Illinois (IOC, por sus siglas en inglés) y el tiempo de respuesta/procesamiento puede demorar hasta dos semanas y se enviará de vuelta al solicitante solo por correo.

## 16. ¿Cómo asegurarse de que la base de datos del Senado tiene su dirección, número de teléfono y correo electrónico correctos?

Si un proveedor individual se muda, debe completar un W-4 actualizado con su nueva dirección. Esto ayudará a garantizar que reciba formularios de comunicación importantes del Estado de Illinois. Para garantizar la recepción apropiada de su W-2, debe presentar cualquier cambio de dirección o actualización antes del 1 de diciembre.

**Por cualquier otra pregunta o inquietud, llame al Centro de recursos para miembros (MRC, por sus siglas en inglés) del Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (SEIU, por sus siglas en inglés) al (866) 933-7345.**

# A2

## Seguro de salud para la elegibilidad del proveedor individual del Departamento de Servicios de Salud (DHS) - División de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Fondo de salud del Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (SEIU, por sus siglas en inglés): 773-385-9300 u 877-734-8543

### Cálculo de Elegibilidad de Asistentes Personales 2022

#### Elegibilidad Inicial

Trabajar 120 horas al mes durante tres meses (360 horas en total en el trimestre).

\* Tenga en cuenta: Debe trabajar al menos una hora en cada mes en el trimestre.

CUARTO				FECHA DE ELEGIBILIDAD	HORAS MÍNIMAS REQUERIDAS
Jul-21	Ago-21	Sep-21	→	Enero 2022	360
Ago-21	Sep-21	Oct-21	→	Febrero 2022	360
Sep-21	Oct-21	Nov-21	→	Marzo 2022	360
Oct-21	Nov-21	Dic-21	→	Abril 2022	360
Nov-21	Dic-21	Ene-22	→	Mayo 2022	360
Dic-21	Ene-22	Feb-22	→	Junio 2022	360
Ene-22	Feb-22	Mar-22	→	Julio 2022	360
Feb-22	Mar-22	Abr-22	→	Agosto 2022	360
Mar-22	Abr-22	May-22	→	Septiembre 2022	360
Abr-22	May-22	Jun-22	→	Octubre 2022	360
May-22	Jun-22	Jul-22	→	Noviembre 2022	360
Jun-22	Jul-22	Ago-22	→	Diciembre 2022	360

#### Para Continuar con su Elegibilidad

Trabajar 60 horas al mes durante tres meses (180 horas en total en el trimestre).

\*Tenga en cuenta: Debe trabajar al menos una hora en dos de los tres meses del trimestre.

CUARTO				FECHA DE ELEGIBILIDAD	HORAS MÍNIMAS REQUERIDAS
Jul-21	Ago-21	Sep-21	→	Enero-22	180
Ago-21	Sep-21	Oct-21	→	Febrero-22	180
Sep-21	Oct-21	Nov-21	→	Marzo-22	180
Oct-21	Nov-21	Dic-21	→	Abril-22	180
Nov-21	Dec-21	Ene-22	→	Mayo-22	180
Dic-21	Ene-22	Feb-22	→	Junio-22	180
Ene-22	Feb-22	Mar-22	→	Julio-22	180
Feb-22	Mar-22	Abr-22	→	Agosto-22	180
Mar-22	Abr-22	May-22	→	Septiembre-22	180
Abr-22	May-22	Jun-22	→	Octubre-22	180
May-22	Jun-22	Jul-22	→	Noviembre-22	180
Jun-22	Jul-22	Ago-22	→	Diciembre-22	180

# A3 Muestra W-9

Form. **W-9(SP)**

(Rev. febrero de 2015)  
Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

## Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea instrucciones específicas en la página 3.	1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.	
	2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba	
	3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal. Marque sólo uno de los siguientes 7 encasillados:	4 Exenciones (los códigos aplican sólo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4):
	<input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cia. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ▶ _____ <b>Nota:</b> Para una LLC de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, no marque "LLC". Marque el encasillado en la línea anterior que corresponde a la clasificación tributaria del miembro-dueño único. <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ▶ _____	Código de beneficiario exento (si alguno) _____  Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ (aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)
	5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite)	Nombre y dirección del solicitante (opcional)
	6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)	
	7 Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)	

### Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, éste es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I en la página 5. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, en la página 5.

Número de Seguro Social												
				-				-				
o												
Número de identificación del empleador												
				-								

**Nota:** Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1 y la tabla en la página 6 para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

### Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

- El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
- No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) Estoy exento de la retención adicional o (b) No he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
- Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
- El (los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

**Instrucciones para la certificación.** Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación, pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones en la página 5.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ▶

Fecha ▶

### Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

**Acontecimientos futuros.** La información sobre acontecimientos que afecten al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones (como legislación promulgada después de que dichos documentos se hayan publicado) está disponible en [www.irs.gov/w9sp](http://www.irs.gov/w9sp).

#### Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés), número

de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted, u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones de información incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Formulario 1099-INT (interés ganado o pagado)
- Formulario 1099-DIV (dividendos, incluyendo aquellos provenientes de acciones o fondos mutuos)
- Formulario 1099-MISC (diferentes tipos de ingresos, premios, recompensas o ingresos brutos)
- Formulario 1099-B (ventas de acciones o fondos mutuos y ciertas otras transacciones de corredores)

Cat. No. 38917U


Formulario **W-9(SP)** (Rev. 2-2015)



# Formulario Mastercard del Departamento de servicios de salud (DHS, por sus siglas en inglés)

(Solo para propósitos de capacitación)

State of Illinois - Department of Human Services



## Illinois Debit MasterCard Payment Option Form

If you chose the Illinois Debit MasterCard<sup>®</sup> Card, we will update our records and you will receive your Illinois Debit MasterCard in the mail. Activate your card immediately by calling the toll free number (1-866-338-2944) and follow the instruction on the materials enclosed with your card. Make sure we have your correct address. Your card will not be forwarded.

In order to get a Illinois Debit MasterCard:

- \* **Attach a copy of your current Driver's License or State I.D. card**
- \* You **MUST** fill in all the blanks in the section you are completing (Section 1 to start card use, section 2 to stop card use. )
- \* All information must be clear and readable
- \* Once you choose the Illinois Debit MasterCard your payments will continue on the card until a written cancellation Payment Option Form is received and processed at DHS.
- \* You **MUST** send the form to:

Department of Human Services  
Bureau of Expenditure Accounting Debit Card Project  
100 South Grand Ave. East, 1st Floor  
Springfield, Illinois 62762

**COMPLETE ONLY ONE SECTION BELOW:** If you want to **START** using the Illinois Debit MasterCard, complete section 1. If you have a card now and wish to **STOP** using it, complete Section 2.

---

**SECTION 1 (To request a new Illinois Debit MasterCard)**

**Illinois Debit MasterCard<sup>®</sup> Card Payment Option - All blanks in this section below MUST be completed**

(Choose your Provider type)     **Child Care Provider**     **PA - DRS Personal Assistant**

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Daytime Phone: \_\_\_\_\_ *Enter "N/A" if you do not have a phone*  
(Include area code)

Enter your name below as it appears on your Social Security Card or on your current IDHS payment checks:

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Doing Business As Name: \_\_\_\_\_ (Use this line for your DBA, if licensed with one)

**Mailing Address:** *(Indicate Street, Apartment Number, Floor)*  
 \_\_\_\_\_ (Street # and Name: with St. Ave, Ct, Apt. #, Floor)

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

I authorize the State of Illinois Office of the Comptroller to direct payment for deposit to the Illinois Debit MasterCard card account as directed by the paying State agency. I understand the card will be sent to me by mail and my payments will be held by the bank until I withdraw them using my Illinois Debit MasterCard card. I further authorize the Comptroller to initiate, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error. This authorization is applicable to all Child Care and Personal Assistants payments issued by the Comptroller to the below named payee as identified by its designated payee identification number.

I understand the Illinois Debit MasterCard is issued by Comerica Bank, pursuant to a license by MasterCard International Incorporated. I further certify that I am at least 18 years of age.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**With this signature, I certify that the information provided above is accurate.**

All blanks above MUST be completed in order to request a Illinois Debit MasterCard.

---

**SECTION 2 (To cancel your Illinois Debit MasterCard)**

**I would like to CANCEL use of my Illinois Debit MasterCard and receive my payments the way I did before requesting the Debit card (either paper check or Direct Deposit).**

If you were using Direct Deposit, and that bank account is now closed, your next payment may be delayed and possibly will come in the mail. Child Care providers must contact The Office of the Comptroller Direct Deposit Unit at (217) 557-0930 if the account has changed or closed. Personal Assistants must contact the DRS Local Office if there have been any changes to your bank account since the last time you received Direct Deposit in order to avoid delays.

Reason for Card Cancellation \_\_\_\_\_

Print Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Please retain your Illinois Debit MasterCard until you receive your next payment by check or direct deposit.**