



Nombre de participante: _____ **Fecha de inicio:** _____

Nombre del Programa: K&Y Community Base Service

Servicio Básico: K&Y CBS está diseñado para desarrollar y mantener las habilidades funcionales del individuo e incluye arreglos para la utilización de los recursos comunitarios disponibles. Las personas reciben instrucción en autodefensa, comunidad e integración, autocuidado y capacitación laboral en la comunidad. Las personas también reciben atención y supervisión en las siguientes áreas.

- Horarios y actividades individuales.
- Derechos de las personas con discapacidades del desarrollo.
- Notificación a la familia y otras personas / agencias apropiadas de las necesidades de los participantes.
- Disponibilidad de teléfono según sea necesario o solicitado.
- Mantenimiento de las reglas del programa diurno para la protección de las personas.

Las personas seleccionan metas entre una variedad de opciones según sus intereses y habilidades: *(la lista no es inclusiva)*

| | |
|---------------------------------|--|
| ● Entrenamiento de Computadoras | ● Gimnasio |
| ● Tienda de Segunda Mano | ● Trabajo Voluntario de dispensa de alimentos |
| ● Mantenimiento de jardinería | ● Limpieza de alfombras |
| ● Artes y Manualidades | ● Asistencia en taller de pintura de vehículos |

Las personas de K&Y CBS recibirán supervisión y asistencia con autodefensa, integración comunitaria, autocuidado y capacitación laboral, con el resultado de que cada participante obtendrá un mayor acceso a la comunidad y alcanzará más independencia en su vida.



Requisitos de Ingreso: Todas las personas deben:

- Tener dieciocho (18) años o más
- Tener una discapacidad de desarrollo
- Ya no estar en un programa de escuela secundaria
- Ser cliente o ser elegible para los servicios del Centro Regional
- Mantener una higiene socialmente aceptable
- No abusar de las bebidas alcohólicas o drogas ilegales durante el horario del programa

Todas las personas deben tener, antes la admisión o dentro de los 30 días posteriores a la admisión una evaluación médica por escrito actualizada realizada por un médico con licencia que no tenga más de un año. La evaluación debe incluir la siguiente información:

- Un registro de cualquier enfermedad infección o contagio que impida la atención de la persona por parte del personal del programa
- Una prueba de tuberculosis
- Identificación de los problemas y necesidades especiales de los participantes
- Identificación de cualquier medicamento recetado que esté tomando el participante
- Declaración de médico indicando que el participante puede administrar su propiamedicación y saber cuándo tomar la
- Estado de movilidad

Todas las personas deben tener una nueva evaluación médica cada año a partir de la fecha de admisión. El personal del programa notificará al participante la fecha de vencimiento. El costo de la evaluación médica correrá a cargo del participante.

Las personas no deben mostrar comportamientos que puedan ser perjudiciales para sí mismas o para los demás y condición médica que impida la participación regular en el programa.

Asistencia regular basada en el acuerdo entre el participante, su administrador de caso y el Coordinador del Programa deben:

K&Y CBS notificar al Centro Regional en o antes del quinto (5) día de ausencia no planeada o no médica.

- El personal del programa reevaluará el quinto (5) día consecutivo de ausencia no médica el estado del participante en el programa.



EVALUACIONES: Se completará una reevaluación para cada participante una vez al año para asegurar la exactitud de la evaluación y adecuación del plan individual de atención y para identificar sucesos significativos que resulten en cambios en el Funcionamiento.

TRANSPORTE/ACCESO COMUNITARIO: El transporte hacia y desde el programa del día es entregado por K&Y CBS.

LICENCIA DE VISITA/PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA: Según corresponda, la familia y los miembros de la comunidad se les alienta a participar en actividades sociales, como asistir a producciones, proyectos específicos, viajes, etc. Existe una política de puertas abiertas para las visitas al sitio de las instalaciones. Por favor, informe al personal con anticipación de las visitas previstas a la instalación, ya que las personas pueden estar en comunidad con actividades.

POLICÍA DE DESCARGA: Se notificará por escrito un mínimo de treinta (30) días participante y su familia y proveedores de cuidado si se determina que el programa no puedesatisfacer las necesidades del participante, y/o el participante se niega a cooperar con el implementación de su plan de necesidades y servicios, y debe ser dado de alta del programa.

La descarga inmediata de una persona sólo se permitirá cuando ocurra lo siguiente:

- La higiene del participante es socialmente inaceptable
- Abuso de bebidas alcohólicas o drogas ilegales durante las horas del programa
- La condición o el comportamiento del participante puede conducir a daños a sí mismo o a otros

Esta decisión de alta por escrito se enviará por correo certificado al participante en un plazo de 24 horas de despido.

La agencia de licencias será notificada por teléfono dentro del siguiente día laborable de la agencia durante el horario comercial normal y por escrito dentro de los siete (7) días en que un participante sea dado de alta sin un aviso de treinta (30) días.



CRITERIOS DE SALIDA: Que el programa de día ya no satisfaga las necesidades del participante es indica cuando el participante:

- Y su equipo de identificación han determinado a través de una evaluación individual que el proveedor programa ya no satisface las necesidades de la persona
- Ya no puede asistir al programa debido a un cambio imprevisto en la residencia
- No se puede mantener en la proporción actual de personal-participante; Requiere un nivel de 1:1 personal/participante de tal manera que niegue a otras personas su derecho a programar servicios
- No muestra comportamientos que sean compatibles con los estándares de comportamiento aceptados en la comunidad
- Exhibe comportamientos que son perjudiciales para las actividades del programa o se especifican de otra manera en el manual del participante como merecedor de la aprobación de la gestión del programa si no se corrige; a) una higiene constantemente deficiente, b) el abuso de bebidas alcohólicas o drogas ilegales durante el horario del programa, y (c) lesiones amenazantes a personas o a propiedades
- Exhibe un ausentismo excesivo e injustificado
- Tiene una condición médica prohibitiva que ya no permite a la persona asistir a laprograma o hace que el programa sea ineficaz para el individual
- Ha demostrado que la participación continua pondría en peligro la salud del individual y seguridad
- Es una amenaza para la salud y la seguridad de los demás
- Se mueve hacia el empleo apoyado
- Se niega a cooperar con la implementación del programa de sus necesidades y servicios plan
- Solicitudes para salir del programa por cualquier motivo
- Muestra que el programa no puede servir al participante en el cumplimiento del Plan de Programa Individual Metas
- Tiene un cambio en su Plan de Cuidado de Condición de Salud Restringido, y el personal del programa no recibir capacitación actualizada. (Un cambio en el plan de la persona puede requerir que la persona ser suspendido temporalmente del programa hasta que el personal del programa reciba la capacitación actualizada y puede proporcionar un servicio de forma segura).



DINERO EFECTIVO/OBJETOS DE VALOR: K&Y Community Base Service no será responsable de ningún efectivo recursos, objetos de valor o bienes personales traídos a la instalación. Llevar artículos personales al programa se desaconseja y se realiza a riesgo del participante. K&Y Community Base Service NO es responsable de la pérdida o el robo.

DERECHOS DE LA AGENCIA DE LICENCIAS: El organismo de concesión de licencias tendrá la autoridad para entrevistar a personas o miembros del personal sin consentimiento previo.

K&Y Community Base Service se asegurará de que se hagan disposiciones para entrevistas privadas con cualquier cliente o cualquier miembro del personal. La agencia de licencias tendrá la autoridad para inspeccionar, auditar y copiar los registros de clientes o instalaciones a petición durante el horario comercial normal. Los registros pueden ser eliminados si es necesario para copiar. El Servicio de Base Comunitaria de K&Y velará por que se formule disposiciones para el examen de todos los registros relativos al funcionamiento de la instalación. 82044(b)&(c).

MANUAL DEL PARTICIPANTE: El Manual del Participante describe el programa y su políticas, incluidos los derechos personales. Se emitirá un manual del participante a cada participante admitido en el programa.

DERECHOS PERSONALES, TITLE 22 , 82072: Por Título 22, Licencias de Cuidado Comunitario Reglamento, cada persona que recibe servicios tiene derechos personales básicos, que se enumeran en el Manual del Participante y sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades del Desarrollo (DSP 304). Estos derechos se revisan verbalmente, pictóricamente y por escrito con cada participante antes de ser admitidos por servicios y anualmente en el momento de las reuniones del ISP/IHSP. En cualquier momento, un participante puede revisar sus derechos y se le proporcionará cualquier aclaraciones.



Cualquier pregunta relacionada con este acuerdo de admisión o el manual y su contenido debe dirigirse al Director del Programa o al Director Ejecutivo de K&Y Community Base Service, Inc. ACUERDO :

Yo,

1. Coperare con las políticas generales del programa que hacen posible que el personal y el participante trabajen juntos.
2. No llevare medicamentos a la instalación sin el conocimiento del Coordinador del Programa.
3. No sere destructivo de la propiedad de la instalación u otros Individuos.
4. Proporcionaré un mínimo de treinta (30) días de anticipación al salir del programa a menos que la condición física/mental lo previene. La firma del Participante y/o el representante autorizado a continuación indicó que ha leído o les ha leído este acuerdo y que este acuerdo se le ha explicado en su totalidad; y que la firma a continuación se firma voluntariamente.

PARTICIPANTES EN ESTE ACUERDO:

Participante: _____ Fecha: _____

Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Administrador del Programa: _____ Fecha: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de Terminación: _____