

Reporte del Proveedor

Escritura color naranja indica instrucciones y consejos para ayudarlo a completar este formulario de manera correcta

El Empleadores de Registro (EOR) deben enviar un resumen trimestral del progreso de las metas asignadas y los pasos de acción.

Debe entregar el formulario al encargado de caso de Los Servicios de Discapacidades del Desarrollo (DDS por sus siglas en inglés) a más tardar el día 10 del mes en enero, abril, julio y octubre despues del final del trimestre.

Información General

Destinatario de Servicios: _____ Fecha: _____

Trimestre del Servicio: Enero - marzo Abril - junio Julio - septiembre Octubre - diciembre

Nombre del Proveedor/nombre de la agencia: **Nombre del Empleador de Registro**

Numero de teléfono (con el código): **Número de teléfono del Empleador Registrado**

Persona completando el formulario: **Nombre del Empleador de Registro** Título: **Empleador de Registro**

Nombre del encargado de caso de DDS: _____

Progreso de los resultados y pasos de acción

El Empleador de Registro se responsabiliza de informar sobre los servicios que fueron autodirigidos (se encuentran las metas al comienzo del documento IP)

¿Se proporcionaron los servicios según especificado en el Plan Individual (IP por sus siglas en inglés, incluyendo frecuencia y duración)? Sí No

Si no, favor de explicar:

Si no se prestó algún servicio durante este trimestre, deberá indicar de qué servicio se trata y por qué no se prestó. Ejemplo de un servicio no prestado según lo especificado: No se proporcionó personal de HTS en abril, estamos buscando personal nuevo. O Ejemplo de un servicio no prestado según lo especificado: El destinatario del servicio no asistió a clase de baile en julio porque no ofrecieron clases de baile en julio.

¿Se ha logrado alguno de los resultados asignados por el proveedor? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué resultado(s)?

Marque Sí si alguno de los resultados designados en el IP se ha logrado plenamente y detalle este logro aquí. Ejemplo de resultado logrado: "John aprenderá a preparar un sándwich"

John sacó todos los ingredientes de la dispensa por su cuenta, tomó un plato y un cuchillo y preparó

Proporcione el estado de progreso de los resultados asignados por el proveedor que no se han logrado.

Incluya el resultado o resultados y un resumen del progreso de cada paso de acción:

Cualquier resultado que aún no se haya logrado debe detallarse aquí, junto con cualquier avance realizado para lograrlo. Ejemplo de un resultado en progreso: "John aprenderá a preparar un sándwich".

John reunió todos los ingredientes para preparar su sándwich, pero olvidó que también necesitaba un cuchillo y un plato. (John aún no domina el arte de preparar un sándwich, pero está progresando hacia este resultado).

***El EOR solo informará sobre los resultados determinados por el equipo. Cualquier progreso realizado en los resultados designados por los proveedores profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, nutrición, enfermería o comportamiento) será comunicado por el profesional correspondiente en su propio informe al DDS.**

Planes de respaldo de vivienda de emergencia

Esta sección la completan los proveedores residenciales cuando el destinatario de servicios recibe apoyo residencial comunitario de DDS.

¿Sigue siendo apropiado el plan de respaldo identificado en el Plan Inicial (IP)? Sí No

¿Si indicó que no, cual es el plan de respaldo nuevo? Incluya el nombre, la dirección completa y número de teléfono:

Esta sección no se aplica a los Servicios de Autodirección. Favor de dejar esta sección vacía.

Apoyo del Entrenador Laboral ● El Empleador de Registro completa esta sección si tiene un Entrenador Laboral de Los Servicios de Autodirección.

Esta sección la completan proveedores vocacionales cuando el destinatario de servicios recibe colocación individual de entrenador laboral individual o servicios de estabilización.

Número total de horas trabajadas en colocación individual o estabilización: _____

Porcentaje total de apoyo laboral individual en colocación o estabilización: _____

Capacitación ● El Empleador de Registro completa esta sección si tiene un Especialista de Capacitación en Habilitación (HTS) o un Entrenador Laboral de Los Servicios de Autodirección.

Esta sección la completan los proveedores que emplean o contratan personal de servicios de apoyo directo.

¿Todo el personal que trabajó con el destinatario de servicios fue capacitado de acuerdo con la política de DDS y el Plan Individual (IP) del destinatario de servicios? Sí No

Si no, favor de explicar:

Manteniendo Elegibilidad de Beneficios ● El Empleador de Registro solo informa en esta sección si también es el beneficiario representante.

Esta sección la completan proveedores que son responsables de informar cambios en los ingresos o recursos de este destinatario.

Según lo requerido, la verificación y cambios en los ingresos o recursos se informaron este trimestre a:

- La Administración de Seguro Social
- La oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS por sus siglas en inglés) del condado

Ha acumulado la cuenta del destinatario de servicios \$1,100 o más?

Sí No

Enrutamiento

Original – encargado(a) de caso de DDS

Copia – proveedor

Otros problemas o cambios

¿Hay problemas pendientes del programa, cambios, or preocupaciones que requieren remediación o asistencia?

Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar:

Si hay problemas que que aún no ha compartido con su encargado(a) de caso, los enumerará aquí.

Si tiene preguntas, favor de enviar un correo electrónico al equipo de Servicios de Autodirección a DDS.SDS@okdhs.org