

## Reporte del Proveedor

Escritura color naranja indica instrucciones y consejos para ayudarle 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 después 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 logró un servicio este trimestre, indicará cuál fue el servicio y porque no se logró. Por ejemplo: No se utilizó el servicio de personal de apoyo (HTS) en el mes de abril, estamos buscando un personal de apoyo nuevo. El Destinatario de Servicio (SR por sus siglas en inglés) no participó en clases de baile en julio porque no hay clases durante el mes de julio.

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

En caso afirmativo, ¿qué resultado(s)?

**Completar metas:** si el Destinatario de Servicios (SR) ha logrado con éxito una meta mientras trabaja con el Especialista de Capacitación en Habilitación (HTS), favor de indicar aquí Sí. Si aún sigue en progreso, seleccione No.

**Asistencia a Campamentos:** en casos en que el Destinatario de Servicios esté participando en campamentos: Si ya participó en el campamento y no hay más campamentos programados en el plan actual, seleccione Sí. Si hay campamentos o clases adicionales durante el próximo trimestre, seleccione No.

**Clases rutinarias, actividades o membresías:** Si el Destinatario de Servicios (SR) participó en clases rutinarias, actividades o membresías que han terminado o si ya no va a participar más, seleccione Sí.

Si el Destinatario de Servicios sigue participando en estas actividades semanalmente o mensualmente, seleccione No.

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:

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

## 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 Servicio 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](mailto:DDS.SDS@okdhs.org)