



## ESTADO DE RHODE ISLAND Y PLANTACIONES DE PROVIDENCE

Departamento de Cuidados de Salud Conductual, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales (BHDDH)  
DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDD)

6 Harrington Road  
Cranston, RI 02920

TEL.: (401) 462-3421  
FAX: (401) 462-2558

### FORMULARIO DE INFORME DE EMPLEO COMUNITARIO INTEGRADO

Use este formulario para informar 1) un nuevo empleo; 2) un cambio de puesto, horas o salario; 3) si deja un empleo. Este formulario también se usará para hacer remisiones para la planificación de beneficios y la desestimación de ingresos. El programa de desestimación de ingresos le permite al Departamento de Servicios Humanos (DHS) desestimar parte del ingreso que obtiene de su empleo a la hora de determinar sus beneficios. Sin la desestimación de ingresos, es posible que deba pagar una parte del costo del cuidado.

Envíe este formulario por correo electrónico a [BHDDH.ICE@bhddh.ri.gov](mailto:BHDDH.ICE@bhddh.ri.gov).  
Se requiere encriptación: consulte las instrucciones correspondientes en la última página.

Fecha de presentación: Tipo de presentación: <input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN PROPÓSITO: <input type="checkbox"/> Nuevo empleo <input type="checkbox"/> Cambio en el empleo <input type="checkbox"/> Finalización del empleo <input type="checkbox"/> Solicitud de planificación de beneficios únicamente Si finalizó el empleo, indique el motivo:	Nombre de la persona: Agencia: Fecha de nacimiento: DDID: Ciudad de origen: Número de ID de Medicaid: Número de seguro social: FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA (del nuevo empleo, el cambio en el empleo o el último día laboral):
1) Nombre del empleador:	
2) Ubicación del empleo: Calle: Estado: Ciudad: Código postal:	
3) Tipo de entorno laboral (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Empleo individual <input type="checkbox"/> Enclave <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Otro	
4) Tipo de industria (seleccione una del menú desplegable): <input type="checkbox"/> Agricultura y recursos naturales <input type="checkbox"/> Servicios de hospitalidad y comida <input type="checkbox"/> Artes y comunicación <input type="checkbox"/> Servicios humanos <input type="checkbox"/> Administración de empresas <input type="checkbox"/> Tecnología de la información <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Mantenimiento y limpieza <input type="checkbox"/> Educación y capacitación <input type="checkbox"/> Fabricación <input type="checkbox"/> Finanzas <input type="checkbox"/> Seguridad pública <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Venta minorista <input type="checkbox"/> Ciencias de la salud <input type="checkbox"/> Ciencia e ingeniería <input type="checkbox"/> Transporte y logística	
5) Título del puesto:	
6) Cantidad promedio de horas trabajadas por semana y salario por hora ganado por la persona que trabaja en el entorno integrado. Brinde información de apoyo del mes anterior para el empleo informado. Horas promedio semanales: Salario por hora:	
7) Horas promedio semanales de servicios de apoyo laboral financiados por el BHDDH relacionados con este empleador: 7a) Descripción de los servicios brindados a la persona (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Retención del empleo <input type="checkbox"/> Orientación laboral <input type="checkbox"/> Transporte al empleo <input type="checkbox"/> Dispositivo de adaptación al empleo	
8) Horas promedio semanales de apoyos diarios y comunitarios (sin incluir las horas de empleo mencionadas antes) o apoyos autodirigidos: 8a) ¿Tiene servicios autodirigidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué porcentaje? <input type="checkbox"/> 0-25 % <input type="checkbox"/> 26-50 % <input type="checkbox"/> 51-75 % <input type="checkbox"/> 76-100 %	
9) ¿Necesita asesoramiento sobre beneficios para este empleo o cambio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Los recibo de la ORS	

## Planificación de beneficios

### ¿Por qué debo recibir asesoramiento sobre beneficios de incentivos laborales?

- Este tipo de asesoramiento le informa sobre cómo su salario afecta su seguridad de ingresos suplementarios (SSI), su seguro por discapacidad de seguridad social (SSDI), los beneficios del estado y el seguro médico.
- Además, le explica su responsabilidad de informar su salario.
- Este servicio está disponible para usted SIN costo.
- Si RECHAZA este asesoramiento ahora, puede solicitarlo en el futuro.

Por el presente, certifico que me han ofrecido servicios de asesoramiento sobre beneficios de incentivos laborales diseñados para ayudarme a mí (y a mi tutor legal) a comprender la forma en que el empleo podría afectar lo siguiente:

- Mis beneficios por discapacidad (SSI, SSDI y otros tipos de beneficios del Título II, como los beneficios por discapacidad infantil [CDB] y los beneficios para viudos discapacitados [DWB]).
- Mis beneficios de seguro médico público (Medicare o Medicaid).
- Mis beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), antes llamado "cupones de alimentos".
- El pago de mi renta (si vivo en una vivienda subsidiada).
- Otros beneficios públicos o privados que pueda recibir.

Comprendo que el asesoramiento sobre beneficios me brindará información sobre diferentes incentivos laborales a los cuales podría tener derecho.

Entiendo que este servicio se ofrece sin cargo y que, si lo rechazo, puedo volver a solicitarlo en el futuro.

**Acepto** el asesoramiento sobre beneficios de incentivos laborales y brindaré los documentos necesarios. Comprendo que puedo cancelar este asesoramiento en cualquier momento. **Apruebo** la divulgación de información sobre mis servicios del BHDDH y del DHS al Sherlock Center para el asesoramiento sobre beneficios.

- Para recibir un análisis completo de sus beneficios, deberá brindar información sobre su programa de derechos estatal o federal y su seguro médico al asesor de planificación de beneficios.

La Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) me brinda planificación de beneficios, de modo que **no necesito** recibir este servicio del BHDDH.

**Rechazo** el asesoramiento sobre beneficios de incentivos laborales y afirmo que he recibido información escrita sobre los incentivos laborales. Si bien sé que este servicio se me ofrece sin cargo, decido rechazarlo porque (marque todas las opciones que correspondan):

- He recibido asesoramiento sobre beneficios en el pasado.
- Creo que comprendo el impacto del empleo sobre mis beneficios y tengo conocimiento suficiente de los incentivos laborales.
- He estado trabajando durante un tiempo y comprendo la forma en que mi salario afecta mis beneficios.
- Otro (describa el motivo para rechazar los beneficios)

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o su tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se completa

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

Nombre de la persona que completa el formulario (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Instrucciones para realizar la solicitud

Si una persona tiene más de un empleador, debe completarse un formulario diferente por cada empleador.

El formulario de informe de empleo comunitario integrado debe completarse para todas las personas en los siguientes casos:

1. Se obtiene un nuevo trabajo. Esto incluye el empleo autónomo. Seleccione NUEVA.
2. Hay un cambio en el empleo, como más/menos horas, aumento/reducción del salario, cambio de puesto, etc. Seleccione ACTUALIZACIÓN.
3. La persona deja su empleo. Seleccione ACTUALIZACIÓN.

**En cada una de las situaciones anteriores, el formulario de presentación nueva o actualización debe enviarse antes de finalizado el mes en que ocurre el cambio de circunstancias. Incluya copias de los recibos de pago de ese mes. Tenga en cuenta que si el empleo finaliza, el formulario debe enviarse inmediatamente.**

CAMPO	DESCRIPCIÓN
Nueva	Indica que es la primera vez que la persona completa el formulario del empleador.
Actualización	Indica que hubo un cambio en la información brindada anteriormente, como en la cantidad de horas o el salario.
Fecha de entrada en vigencia	Fecha en que comienza, cambia o finaliza el empleo.
Propósito	Seleccione una de las siguientes opciones: Nuevo empleo: la persona comienza un empleo con un nuevo empleador o comienza un empleo autónomo. Cambio en el empleo: la persona tiene un nuevo puesto con el mismo empleador, tiene más/menos horas, tiene un aumento/una reducción del salario, etc. Finalización: la persona ya no trabaja para el empleador informado.
Agencia	Nombre del proveedor de servicios o el intermediario fiscal que trabaja con la persona.
Nombre de la persona	Nombre de la persona que envía la información.
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento de la persona.
DDID	Número único asignado por la División de Discapacidades del Desarrollo, que también usa el Sherlock Center para sus encuestas.
Número de ID de Medicaid	Número de identificación de la persona que el Sistema de Datos Electrónicos (EDS) usa para pagar un reclamo.
Número de seguridad social	Número de seguridad social (SSN) de la persona.
Motivo	Motivos por los cuales la persona finalizó el empleo.
Nombre del empleador	Nombre corporativo del empleador.
Ubicación del empleo	Dirección del empleador, incluida la ciudad, el estado y el código postal.
Tipo de entorno laboral	Debe elegir uno de los tipos de la siguiente lista: empleo individual, autónomo, enclave u otro.
Industria	Debe elegir el tipo de industria del empleador de la siguiente lista: agricultura y recursos naturales, servicios de hospitalidad y comida, artes y comunicación, servicios humanos, administración de empresas, tecnología de la información, construcción, mantenimiento y limpieza, educación y capacitación, fabricación, finanzas, seguridad pública, gobierno, venta minorista, ciencias de la salud, ciencia e ingeniería, transporte y logística.
Cargo	El nombre del puesto que ocupa la persona.
Horas promedio semanales trabajadas	Cantidad de horas semanales que trabaja la persona habitualmente. Si hay un rango, ingrese el número menor. Por ejemplo, si trabaja entre 12 y 15 horas por semana, ingrese 12.
Salario por hora	El salario por hora que cobra la persona.
Horas promedio semanales de servicios de apoyo laboral	Redondee al cuarto de hora más cercano de la cantidad de horas de servicios de apoyo laboral que recibe la persona por este empleo.
Tipos de servicios de apoyo laboral	Marque la casilla de cada servicio brindado: retención de empleo (apoyo para mantener un empleo), orientación laboral (apoyo para aprender o realizar el trabajo), transporte de empleo (desde o hacia el empleo) y dispositivo de adaptación al empleo.
Horas promedio de apoyos diarios comunitarios	Indique la cantidad de horas semanales que el empleado recibe servicios diarios y redondee al cuarto de hora más cercano.
Comentarios	Ingrese cualquier comentario.
Persona que completa el formulario	Incluya el nombre, el apellido y el teléfono de la persona que completa el formulario en caso de que el estado tenga preguntas.
Firma	Firma de la persona que envía la información o su tutor.
Número de teléfono	Número de teléfono de la persona o su tutor.
Fecha	Fecha en que se completa el formulario.

## Instrucciones de correo electrónico encriptado del estado de Rhode Island

### Usuarios externos: creación de un mensaje seguro para un empleado del estado

Vaya al vínculo <https://securemail.ri.gov/encrypt>. Allí se le indicará que ingrese su dirección de correo electrónico.

Si el usuario ya se ha registrado en Proofpoint Encryption, se le indicará que brinde su contraseña para autenticarse antes de poder crear un mensaje seguro.

Si el usuario no se ha registrado aún en Proofpoint Encryption, deberá crear una cuenta. Luego, recibirá un mensaje de correo electrónico de confirmación para completar el proceso de registro.

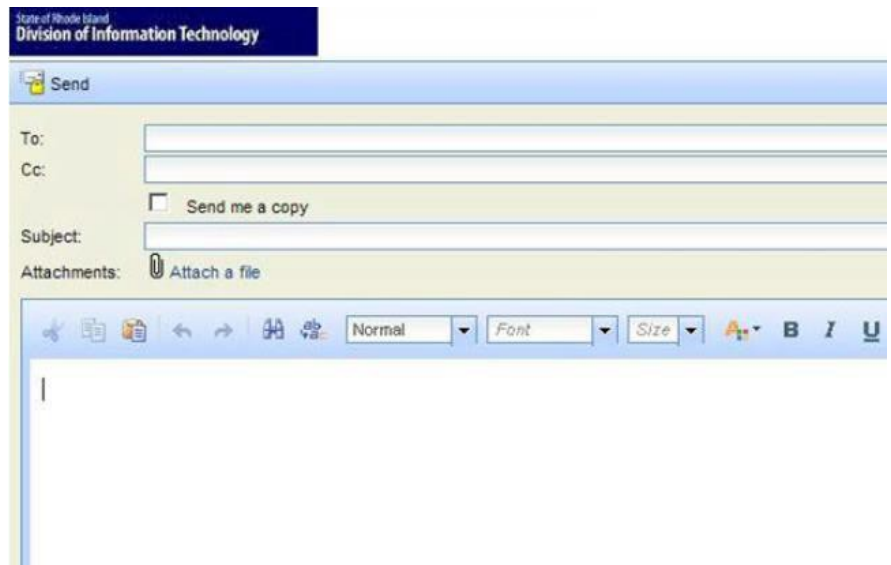
**Importante:** Por motivos de seguridad, el registro, la autenticación y la creación de mensajes seguros con Proofpoint Encryption deben completarse en el mismo navegador, en el mismo sistema y dentro de un período de 30 minutos.



Los usuarios pueden crear un mensaje para empleados estatales internos, así como adjuntar archivos al mensaje de correo electrónico. No es necesario encriptar los archivos adjuntos, dado que la conexión entre el usuario externo y el portal de correos electrónicos seguros del estado está encriptado.

Una vez que escriba el mensaje, seleccione Send (Enviar) en la esquina superior izquierda. Cuando lo envíe, recibirá un aviso en el navegador que confirma que el mensaje se envió.

Luego, puede seleccionar New Message (Nuevo mensaje) para escribir otro mensaje, o Logout (Cerrar sesión) para cerrar la sesión de Proofpoint.



14/11/2014