

## PLAN DE APOYO INDIVIDUAL

<b>Mi nombre legal:</b>		<b>Fecha del plan</b>	
<b>Mi nombre preferido:</b>		<b>Fecha de aniversario</b>	

### REVISIÓN DEL AÑO ANTERIOR

Antes de la reunión de planificación, debe realizarse una revisión de los apoyos actuales y del avance hacia los resultados anteriores para identificar las necesidades de apoyo en curso. Brinde una descripción en cuanto a las siguientes preguntas:

- ¿Los apoyos se brindaron de una forma y a un nivel que beneficia al máximo a la persona? Si no es así, explique los cambios necesarios para el año siguiente.
- ¿La persona logró o tuvo un progreso en cuanto al cumplimiento de sus resultados y metas? Si no es así y se necesita un mayor progreso, describa qué se necesita y por qué.

### ANTECEDENTES: PREPARACIÓN PARA EL PLAN

Para crear el plan, deben usarse diferentes evaluaciones, incluida la planificación centrada en la persona. Este Plan de Apoyo Individual (ISP) no es el plan centrado en la persona.

<b>Evaluaciones usadas para completar este ISP</b>	
NOTA: Las evaluaciones deben haberse realizado dentro de los últimos 18 meses, excepto por el SIS, que se realiza cada 5 años.	
<b>Método/herramienta:</b>	<b>Fechas:</b>

<b>Los tipos de evaluaciones incluyen:</b>
• Plan centrado en la persona (MAPS, PATH, etc.)
• Evaluación vocacional
• Experiencias basadas en la comunidad
• Descubrimiento
• Perfiles
• Evaluación de riesgos
• Escala de intensidad de apoyos/nivel de cuidado
• Evaluación de la conducta
• Revisión de información de notas del caso, incluidos servicios de apoyo, inventarios de salud, revisiones de enfermería, etc.
• Otras evaluaciones o herramientas aplicables

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

<b>Experiencias preparatorias</b>		
<b>Experiencia</b>	<b>Herramienta/método</b>	<b>Fecha</b>
<b>Capacitación en habilidades sociales</b>		
<b>Exploración profesional</b>		
<b>Desarrollo de habilidades de inteligencia social</b>		
<b>Desarrollo de habilidades laborales</b>		
<b>Desarrollo de liderazgo</b>		
<b>Servicios educativos y comunitarios</b>		
<b>Autodefensa/autodeterminación</b>		
<b>Resolución de conflictos</b>		
<b>Mentoría de pares y adultos</b>		
<b>Habilidades de la vida diaria</b>		
<b>Tecnología de asistencia</b>		
<b>Otro:</b>		

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

Servicios vocacionales y relacionados			
Experiencia	Fecha	Experiencia	Fecha
Ferías de empleo		Trabajo voluntario	
Viaje de negocios		Experiencias de aprendizaje basadas en el empleo	
Aprendizaje por observación		Estudio y trabajo	
Entrevistas informativas		Desarrollo de CV (tradicional)	
Entrevista de prueba		CV (visual/ilustrado)	
Aprendizaje de servicios		Desarrollo laboral (tradicional)	
Prácticas		Desarrollo laboral (personalizado)	
Evaluación situacional a corto plazo		Orientación laboral	
Evaluación situacional a largo plazo		Otro:	
Otro:		Otro:	
Otro:		Otro:	

<p><b>Yo, un familiar o un pagador representante (a nombre mío) hemos recibido información sobre los incentivos laborales de seguridad social.</b></p> <p><b>Nombre:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> No he recibido información</p> <p><input type="checkbox"/> Mitos y realidades sobre los incentivos laborales o preguntas frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Panfleto sobre trabajar y ser discapacitado de la SSA</p> <p><input type="checkbox"/> Folleto u hoja de datos sobre The Sherlock Plan</p>	<p><input type="checkbox"/> Caminos de Medicaid para cobertura médica para adultos que trabajan y tienen una discapacidad del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Asistí a una sesión grupal de información sobre incentivos laborales</p> <p><input type="checkbox"/> Asistí a una sesión de asesoramiento individual con un CWIC</p>
	<p>¿Tengo un plan de beneficios desarrollado por un consejero certificado en incentivos laborales (CWIC)?</p> <p>Sí _____ No <u>X</u> _____ Fecha: _____ Observaciones:</p>	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

## ¿Qué es importante para mí?

Este ISP no es el plan centrado en la persona. Extraiga información del plan centrado en la persona o inserte uno aquí. Esta sección está destinada a brindar información para las metas de la próxima sección. Puede personalizarla como quiera.

¿Quién es importante para mí?

¿Qué es importante para mí?

Esperanzas, sueños y deseos

Necesidades

Cosas que me gustan y que no me gustan

Intereses especiales

¿Qué me gustaría probar?

¿En qué necesito trabajar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

¿Qué admiran las personas sobre mí y cuáles son mis fortalezas?

## ¿QUÉ NECESITAMOS SABER O HACER PARA APOYARLO?

¿Qué clases de apoyos me sirven?

¿Qué no me sirve? ¿Qué cambiaría?

**Idioma principal que usa o comprende.** (Si es un lenguaje de señas, indique cuál).

**Método de comunicación** (p. ej., verbal, tablero de comunicación, intérprete, etc.)

¿Cómo aprendo mejor?

¿En qué tipo de entorno me gusta estar?

¿Hay algo más que quisiera compartir?

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Los adultos (mayores de 18 años) que trabajen deben elegir una de las siguientes declaraciones:

**Estoy trabajando en un empleo integrado y elijo hacer lo siguiente:** *marque todas las opciones que correspondan.*

Mantener mi trabajo actual.

Avanzar en mi trabajo actual (más horas, un aumento, nuevas habilidades, un ascenso, etc.).

Conseguir un nuevo trabajo.

Conseguir un trabajo adicional.

Jubilarme: tengo al menos 62 años o cumpliré esa edad este año del ISP. *No se requieren resultados de empleo. El plan debe abordar las actividades de jubilación.*

Ya no me interesa el empleo. *Complete una solicitud separada de varianza para servicios diarios únicamente.*

**Actualmente no trabajo en un empleo integrado y elijo hacer lo siguiente:** *marque todas las opciones que correspondan.*

Tener un trabajo en un entorno laboral no integrado. *Complete una solicitud separada de varianza para empleo segregado.*

Deseo obtener un empleo integrado.

Explorar mis intereses en un empleo integrado mediante servicios de trayectoria de empleo, descubrimiento u otro servicio con límite de tiempo.

Jubilarme: tengo al menos 62 años o cumpliré esa edad este año del ISP. *No se requieren resultados de empleo. El plan debe abordar las actividades de jubilación.*

No explorar el empleo integrado en este momento. *Complete una solicitud separada de varianza para servicios diarios únicamente.*

### **Estado con la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS)**

Recibo servicios de la ORS actualmente.

Deseo una remisión a la ORS.

Otro/no corresponde, explicar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES EDUCATIVOS Y LABORALES

Formación académica						
	Sí	No	Escuela/programa/lugar de capacitación	Fecha de inicio	Fecha de finalización	
Diploma						
Certificado de completación						
Educación postsecundaria						
Otro, explique:						
Capacitaciones y certificaciones						
Antecedentes laborales						
Empleador/lugar de empleo	Funciones		Entorno	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Salario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_

## METAS

**Resultados deseados:** *¿Qué deseo hacer o lograr este año? ¿Cómo puedo lograrlo?*

**Nota:** Cambie, agregue o borre los encabezados de la plantilla para los resultados según sea necesario y relevante para la persona.

### Empleo

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

### Salud y seguridad

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

### Independencia

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

**Relaciones sociales e integración con la comunidad**

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

**Transporte**

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

**Otro**

Meta nueva (N) o en curso (C)	Meta/resultado deseado: ¿Qué quiero?	¿Qué medidas tomaré para alcanzar esta meta? (Use tantas líneas como necesite para describir cada paso).	¿Quién es responsable de ayudarme?	Cronograma ¿Con qué frecuencia o para qué fecha?	¿Cómo registraremos el progreso?

**RIESGOS**

Es muy importante que, si se requiere un *nivel diferente de supervisión* para beneficiar a la persona, brinde una descripción clara del *nivel diferente de supervisión* en el ISP de forma específica. Los niveles diferentes de supervisión pueden incluir "tiempo a solas", "línea de visión" y "apoyo individualizado", entre otros. Esta decisión debe ser tomada por el equipo (esto incluye al beneficiario, el tutor, la agencia proveedora, el coordinador de apoyo y otras personas que el equipo determine).

## Apoyos naturales, recursos comunitarios y otros servicios y apoyos voluntarios:

Describa los servicios o apoyos naturales o comunitarios:

Brindado por:


### Diferencias:

Indique cualquier diferencia entre el contenido de este plan y lo que usted desea.

Indique cualquier diferencia entre el contenido de este plan y lo que ha solicitado su tutor.

**Revisión del plan**

Sí No Denegado

- |   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| 1. ¿Este ISP refleja los servicios que elegí y los resultados o las metas que deseo?  | [ ] | [ ] | [ ] |
| 2. ¿Me han brindado información sobre el proceso de planificación y sobre cómo solicitar cambios y actualizaciones para mi ISP? | [ ] | [ ] |     |
| 3. ¿Elegí la ubicación de la reunión de mi ISP?   | [ ] | [ ] | [ ] |
| 4. ¿Elegí a los participantes de la reunión de mi ISP?  | [ ] | [ ] | [ ] |
| 5. ¿La agencia de gestión de casos revisó los servicios que están disponibles para mí?  | [ ] | [ ] | [ ] |
| 6. ¿Me informaron mis derechos?   | [ ] | [ ] |     |
|   | Sí  | No  | N/C |
| 7. ¿Este ISP refleja lo que mi familia necesita para brindar me apoyos de forma eficiente?                                      | [ ] | [ ] | [ ] |

Si respondió "no" a alguna de las preguntas anteriores, explique los motivos:

---



---

**Equipo del ISP: ¿Este ISP refleja la planificación centrada en la persona para las siguientes áreas?**

Sí No

**Independencia:** Tener control y poder de decisión sobre la vida propia.

[ ] [ ]

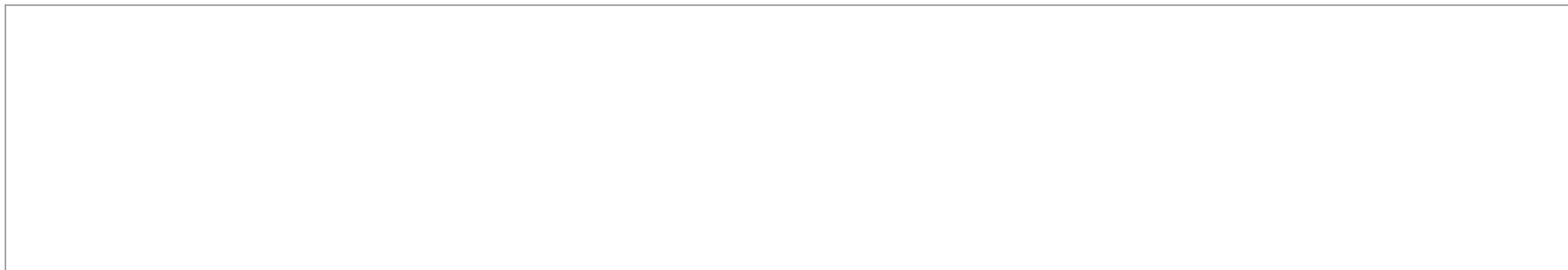
**Integración:** Vivir cerca y usar los mismos recursos comunitarios y participar en las mismas actividades que las personas sin discapacidades junto con ellas.

[ ] [ ]

**Productividad:** Contribuir a un hogar o una comunidad o participar de un trabajo que genere ingresos, lo cual se puede medir mediante mejoras en los niveles de ingresos, el estado de empleo o el progreso laboral.

[ ] [ ]

Si respondió "no" a alguna de las preguntas, indique los motivos y cuál es el plan para abordar estos problemas.



## Acuerdo del plan

Las siguientes personas aceptan que este plan y los documentos asociados reflejan mis fortalezas y preferencias, apoyan las necesidades identificadas mediante una evaluación e incluyen los servicios y apoyos que me ayudarán a lograr los resultados deseados identificados.

- **Participante:** Acepto este plan y tengo la intención de participar en los pasos descritos para alcanzar mis metas.
- **Coordinador de apoyo o gerente de casos:** Me aseguraré de que el plan cumpla con las necesidades de servicios actuales de la persona y con los requisitos para la planificación centrada en la persona y el financiamiento asociados.
- **Proveedores:** Acuerdo implementar y brindar los apoyos que se han designado como mi responsabilidad en este ISP.

Nombre	Vínculo con el participante	¿Estuvo presente en la reunión?	Firma	Fecha	Observaciones
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Plan de conducta:**      Sí      No      Si hay uno, adjunte.

**Plan de cuidado de enfermería:**   Sí      No      Si hay uno, adjunte.

**Formulario de desestimación de ingresos:**   Sí      No      Si hay uno, adjunte.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de vigencia del plan: \_\_\_\_\_