



**COORDINACIÓN DE SERVICIOS INDEPENDIENTES (ISC)
REVISIÓN Y APROVACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIOS (ISP)**

Nombre del Participante de Renuncia: _____ Fecha: _____

Nombre de la Agencia de Proveedores que Prepara el ISP: _____

Para cada requisito enumerado, el representante de ISC debe marcar "Sí" o "No" para indicar si se cumple el requisito. Si la respuesta es "No", explique el motivo con los detalles / razones en la sección de Notas en la página 2 (o en páginas adjuntas adicionales). Si no aplica, el representante de ISC debe marcar "NA" y explicar en la sección de Notas por qué el requisito no aplica a esta persona.

El ISP...	Sí	No	NA
1) El ISP se basa en la información actual de la evaluación individual, incluyendo apoyos naturales, fortalezas, barreras e impedimentos para la participación total en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) El ISP incluye los resultados del Inventario para Planificación de Clientes y Agencias (ICAP) o Escalas de Comportamiento Independiente (SIB).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) El ISP ayuda al individuo a lograr metas personales y resultados futuros deseados (como lo expresa la persona que recibe los servicios y / o el tutor, si corresponde).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) El ISP se basa en las preferencias y las opciones del individuo y su tutor, si corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) El ISP documenta todos los servicios y apoyos necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) El ISP identifica todos los servicios y apoyos que se proveerán, independientemente del proveedor o fuente de financiamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) El ISP incluye metas funcionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) El ISP incluye objetivos medibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) El ISP incluye plazos de tiempo para realizar metas y objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) El ISP incluye métodos de capacitación o entrenamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) El ISP incluye la frecuencia y duración de todos los servicios, apoyos y capacitación (sin considerar la fuente de financiamiento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) El ISP identifica al personal asignado para proporcionar servicios, apoyos y capacitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) El ISP documenta las recetas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) El ISP documenta el entrenamiento o capacitación de la automedicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) El ISP documenta la administración y supervisión de las medicinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) El ISP documenta los esfuerzos para reducir la dependencia de los medicamentos psicotrópicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) El ISP identifica a todas las personas (personal y de otro tipo) que contribuyeron al desarrollo del plan, incluyendo el parentesco con el individuo, el título y la afiliación de la agencia, si corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) El ISP incluye el consenso del equipo sobre el equilibrio entre los derechos del individuo y las habilidades del individuo para tomar decisiones informadas sobre privacidad y acceso a la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) El ISP identifica esas situaciones en la comunidad y en el hogar cuando el individuo puede estar alejado de la supervisión directa del personal del proveedor durante esas horas cuando el personal es responsable de la persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) El ISP documenta los esfuerzos en curso por parte del proveedor de servicios para informar al individuo y al tutor del daño potencial, sugerir alternativas y minimizar el daño potencial cuando las decisiones del individuo pueden resultar en daño potencial para el individuo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**COORDINACIÓN DE SERVICIOS INDEPENDIENTES (ISC)
REVISIÓN Y APROVACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIOS (ISP)**

El ISP...	Sí	No	NA
21) El PSI incluye salvaguardias, apoyos, educación y capacitación necesarios para mitigar los riesgos identificados por la evaluación de riesgos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) El ISP documenta las razones por las cuales las opciones del individuo no se cumplen, cuando aplica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) El ISP identifica actividades para asegurar la continuidad de la atención durante ausencias terapéuticas planeadas (como visitas domiciliarias o vacaciones), si los servicios residenciales son parte del plan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) El ISP (si las ausencias son regulares o conocidas con bastante antelación), incluye el objetivo de mantener / aumentar los contactos sociales con la familia o amigos (incluyendo la descripción de las responsabilidades del personal para compartir información antes y después de las ausencias y para estar disponible para consulta / asistencia durante las ausencias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) El ISP ha sido aprobado por la persona que recibe los servicios (si no se ha designado un tutor) o por el tutor (si aplica). Fecha de aprobación por persona que recibe servicios / tutor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método de aprobación: <input type="checkbox"/> consentimiento verbal a ISSA <input type="checkbox"/> consentimiento escrito (copia enviada a ISSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este ISP cumple con los requisitos y se considera aprobado. (Los 25 requisitos de la lista de verificación deben estar marcados "sí" o "no aplica" para que el plan cumpla con los requisitos).

Este ISP no cumple con los requisitos y requiere revisión. (El plan no cumple con los requisitos si cualquiera de los requisitos en la lista ha sido marcado "no".)

Notas (incluya el número de requisito y los detalles de cada requisito marcado "No" o "NA" y adjunte páginas adicionales si es necesario):

Imprima el Nombre del Representante de ISC: _____

Agencia ISC: _____

Firma del Representante de ISC: _____

Fecha: _____