



## **ACUERDO DE SERVICIOS - SERVICIOS DE APOYO BASADO EN EL HOGAR (HBS)**

### **Instrucciones:**

- A. Cada proveedor de servicio debe tener un Acuerdo de Servicio completado.
- B. Los servicios y sus cantidades se harán de acuerdo con el plan personal del individuo.
- C. Los proveedores no pueden exceder la(s) Cantidad(es) de Servicio Mensual.
- D. Todas las partes que firmen el acuerdo de servicio deben retener sus propias copias por un mínimo de tres años.

### **1. Información del Individuo:**

Escriba el nombre del individuo, el número de seguro social, el número de teléfono y el correo electrónico (si es aplicable). Si alguien que no sea el individuo completa este formulario, escriba el nombre del preparador, el número de teléfono, la relación con el individuo y el correo electrónico.

### **2. Acuerdo de Servicio:**

Por favor, marque solamente una casilla:

Tipo de Propuesta:  Servicios Iniciales/Nuevos  Cambios en Servicios  Terminación de Servicios

Servicios Iniciales/Nuevos - se definen como nuevos Servicios Basados en el Hogar o la adición de nuevos servicios.

Cambios en Servicios - se definen como ir de niños a adultos, cambio en la tarifa del servicio o cambios en la cantidad mensual del servicio.

Terminación de Servicios - se definen como la terminación de servicios con un Proveedor de Servicio.

Fecha Inicial de los Servicios - escriba la fecha en que el individuo empezó los servicios.

Fecha Final de los Servicios - escriba la fecha en que el individuo detuvo los servicios. (escriba N/A si se desconoce fecha de finalización).

- Proveedor de servicios: escriba el nombre de la agencia del proveedor o el proveedor individual.
- Códigos de Servicios: los Códigos de Servicios IDHS - DDD y las Tarifas están disponibles en: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=38992>
- Tipo de Servicio: describa el servicio ofrecido
- Cantidad de Servicio Mensual: escriba la cantidad máxima por mes que puede ofrecerse
- Las tarifas de la Agencia no perteneciente a la organización de Trabajadores de Apoyo Personal deben determinarse utilizando la tabla de tarifas que se aplica del Agente Fiscal/Empleador.
- Las tarifas de la Agencia no perteneciente a la organización de Trabajadores de Apoyo Personal también deben completar una Autorización de Servicio con su Agente Fiscal/Empleador
- La cantidad total en dólares de los servicios recibidos en un mes determinado **no** debe exceder la cantidad máxima de HBS.

### **3. Información del Proveedor de Servicio:**

Escriba el nombre del Proveedor de Servicio, el Número de Seguro Social, el número de teléfono, el correo electrónico (si es aplicable). Cada proveedor de servicio **debe** completar y firmar un acuerdo de servicio.

### **4. Anote y observe las Provisiones Generales:**

- A. El individuo o el representante designado es responsable de notificar a cada proveedor de servicio cuando cambie la cantidad máxima mensual.
- B. El individuo o el representante designado es responsable de notificar a todos los proveedores cuando el individuo ya no es elegible para el beneficio de "Medicaid" o ya no está inscrito en el Programa de Servicios Basado en el Hogar.
- C. El Proveedor de Servicio no debe exceder la cantidad mensual del Servicio Basado en el Hogar indicado en el Acuerdo de Servicio.

### **5. Firmas:**

- El Proveedor de Servicio o el Representante se le requiere la firma y la fecha.
- El Individuo/Tutor(a) se le requiere la firma y la fecha.
- El Empleador de Registro, se le requiere la firma y la fecha (si es aplicable).
- El Asistente de Autodirección se le requiere la firma y la fecha (si es aplicable).



**ACUERDO DE SERVICIOS -  
SERVICIOS DE APOYO BASADO EN EL HOGAR (HBS)**

**1. Información del Individuo:**

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

(Escriba la información del preparador si es otra persona que no sea el individuo que completa este formulario, tales como un representante designado o un asistente de autodirección).

Nombre del Preparador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**2. Acuerdo de Servicio:**

Tipo de Propuesta:  Servicios Iniciales/ Nuevos  Cambios en Servicios  Terminación de Servicios

**Este Acuerdo de Servicio tendrá vigencia durante el período indicado a continuación.**

Fecha Inicial de Servicios: \_\_\_\_\_ Fecha Final de Servicios: \_\_\_\_\_

| PROVEEDOR DE SERVICIO                           | CÓDIGO DE SERVICIO | TIPO DE SERVICIO | TARIFA DE SERVICIO | CANTIDAD DE SERVICIO MENSUAL |
|---|--------------------|------------------|--------------------|------------------------------|
|   |                    |                  |                    |                              |
|   |                    |                  |                    |                              |
|   |                    |                  |                    |                              |
|   |                    |                  |                    |                              |
| <b>*LA CANTIDAD TOTAL DE SERVICIO MENSUAL :</b> |                    |                  |                    |                              |

*\*La cantidad total en dólares de los servicios recibidos en un mes determinado no debe exceder a la cantidad máxima de HBS.*

**3. Información del Proveedor de Servicio:**

Nombre: \_\_\_\_\_

FEIN/Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: (Ciudad, Estado y Zona Postal): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**4. Provisiones Generales:**

A. El individuo o el representante designado es responsable de notificar a cada proveedor de servicio cuando cambie la cantidad máxima mensual.

B. El individuo o el representante designado es responsable de notificar a todos los proveedores cuando el individuo ya no es elegible para el beneficio de "Medicaid" o ya no está inscrito en el Programa de Servicios Basado en el Hogar.

C. El Proveedor de Servicio no debe exceder la cantidad mensual del Servicio Basado en el Hogar indicado en el Acuerdo de Servicio. .

**5. Firmas:**

Las firmas abajo certifican que el individuo y el Proveedor de Servicio mencionado anteriormente están de acuerdo con todas las condiciones establecidas en este acuerdo, son consistentes con el Plan de Personal y son consistentes con el presupuesto mensual asignado. Para los trabajadores de apoyo personales auto dirigidos, firmando este formulario todas las partes entienden que el incumplimiento con el acuerdo de servicio podría causar la interrupción de la nómina hasta que algunos o todos los problemas sean resueltos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de Servicio \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Imprenta y Firma del Individuo/Tutor(a) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador de Registro (si es aplicable) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Imprenta y Firma del Proveedor de Asistencia de Autodirección (si es aplicable) \_\_\_\_\_  
Fecha