



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos - División Discapacidades del Desarrollo
ARREGLO DE VIVIENDA INTEGRADA EN LA COMUNIDAD (CILA)
FORMULARIO PARA SELECCIÓN DURANTE CLAUSURA

1. Nombre de la Persona:	
2. Dirección Actual:	
3. Proveedor Actual de CILA:	

4. La persona es elegible para las siguientes opciones de servicios:

<input type="checkbox"/>	24-horas de CILA	<input type="checkbox"/>	Institución de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/DD)	<input type="checkbox"/>	CILA para Familias
<input type="checkbox"/>	Familia Anfitriona de CILA	<input type="checkbox"/>	CILA Intermitente	<input type="checkbox"/>	Servicios Basados en el Hogar
<input type="checkbox"/>	Institución de Vivienda Comunitaria (CLF)				

5. El _____ (fecha), todas las opciones para servicios fueron presentadas a la persona o tutor legal independientemente si estaban disponibles o no y con suficientes detalles para garantizar que hicieran una selección informada. También, se explicó que la selección de opciones de servicios para la persona y / o tutor legal, no es la responsabilidad de la Agencia Coordinadora de Servicios Independientes (ISC) (agente de Apoyo Individual y Servicios de la Agencia (ISSA)), la División de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Servicios Humanos (DHS / DDD), o el proveedor de la agencia.

6. La persona o tutor legal seleccionó las siguientes opciones:

7. Proveedor de Servicios	Fecha el Paquete de Referencia Fue Enviado o Entregado	Respuesta del Proveedor

(Si es necesario, incluya referencias adicionales)

8. Selección del proveedor de servicios de la persona o tutor legal	
9. Si antes de la transición, la persona está temporalmente en un lugar alternativo (ejemplo, casa familiar, hospital, etc.), indique el lugar	

10. Fecha de la aprobación verbal que la persona o tutor legal dio antes de la transición a servicios alternativos	
---	--

11. Firma del agente de ISSA:		Fecha:	
--------------------------------------	--	---------------	--

Se enviará una copia del formulario completado a la persona o tutor legal y al proveedor que recibe a la persona, la agencia ISC que envía y recibe a la persona (si aplica).



Procesos y Procedimientos

1. **Nombre:** Escriba a máquina el nombre completo de la persona.
2. **Dirección Actual:** Dirección del lugar CILA que está cerrando.
3. **Proveedor de CILA Actual:** Nombre de la agencia proveedora donde la persona estaba recibiendo servicios cuando el lugar cerró.
4. **Opciones de Servicios:** Revise las opciones de servicios que la persona es elegible independientemente si hay servicios disponibles o no.
5. **Fecha que las Opciones de Servicios se revisaron:** Indique la fecha las opciones SE PRESENTARON a la persona o tutor legal.
6. **Opciones de Servicios Elegidos:** Escriba la opción de servicios elegidos por la persona y / o tutor legal. Si la persona o tutor legal no quiere ningún servicio, indique "Ninguno" en el formulario. Si la persona decide terminar todos los servicios de Exención de DDD que estaban recibiendo, el ISC:
 - Hablará sobre las preocupaciones de la persona o tutor legal que dieron lugar a esta decisión.
 - Explicará a la persona o tutor legal que están renunciando a su derecho actual a los servicios de Exención de DDD.
 - Explicará que cualquier solicitud futura para los servicios requerirá que la persona sea seleccionada de la lista PUNS o cumpla con los criterios de crisis de DDD.
7. **Proveedores de Servicios Potenciales:** Escriba la lista de los proveedores que se habló con la persona o tutor legal. Indique la fecha que el proveedor recibió el paquete de referencia modificado (ejemplo, cualquier información) sobre las necesidades de servicios y apoyo de la persona y la respuesta del proveedor. Incluya páginas adicionales, si es necesario.
8. **Selección del Proveedor:** Indique el nombre del proveedor seleccionado por la persona o tutor legal.
9. **Lugar Alternativo:** Indique el tipo (ejemplo: casa familiar, hospital, hotel, etc.) seleccionado por la persona o tutor legal y la dirección del lugar. Si la persona no hizo la transición a un lugar alternativo, escriba No Aplica.
10. **Aprobación Verbal:** Indique la Fecha de la aprobación verbal que la persona o tutor legal recibió para empezar los servicios alternos con el nuevo proveedor.
11. **Fecha y la firma:** Fecha y la firma del agente ISC que participó en la clausura de CILA.