



SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE HORAS EXTRA

Por favor, complete este formulario para solicitar una excepción horas extras. Se requieren excepciones de tiempo extra si su Proveedor Individual (IP) será trabajar más de 60 horas en la semana de trabajo. La semana laboral se define como domingo de 12:00 am a sábado 23:59. Hay 3 excepciones de aprobación previa o 1 posterior a la aprobación que puede solicitar. Por favor revise las excepciones abajo para escoger el que mejor se adapte a sus necesidades.

Nombre del cliente: _____ No de caso: _____

Nombre del proveedor: _____ Oficina local: _____

Categoría de excepción de horas extraordinarias:

Por favor elija una única categoría (1) Excepción. Toda la información que aparece debajo de la categoría debe ser completado.

Capacidad del proveedor

- Elija esto si: uno o más de sus IP ya no pueden funcionar, no tiene fondos, ya no cumple con las calificaciones, tiene credenciales vencidas y / o no hay otro proveedor dentro de las 45 millas que desee y pueda brindarle servicios. Un representante del Centro de Vida Independiente (CIL) en su área debe verificar que no pudo encontrar un proveedor que lo ayude.
- Esta excepción debe solicitarse por adelantado o dentro de las 2 semanas posteriores a la necesidad.
- Si se aprueba, esta excepción es válida para (uno) 1 año a partir de su aprobación. Después de un año, esta excepción se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un año a menos que y hasta que HSP determine no renovar la excepción.
- Se debe proporcionar información adicional en la página siguiente.

Nombre en letra de imprenta y firma de la persona del personal de CIL _____ Fecha _____

Necesidades únicas / complejas

- Elija esto si: su salud y seguridad estarían en riesgo al agregar direcciones IP adicionales a su plan de servicio.
- Es posible que usted y / o su (s) médico (s) le soliciten documentación médica para verificar su reclamo a esta excepción.
- Esta excepción debe solicitarse con anticipación.
- Si se aprueba, esta excepción es válida por (un) 1 año a partir de la aprobación. Después de un año, esta excepción se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un año a menos que y hasta que HSP determine no renovar la excepción.
- Se debe proporcionar información adicional en la página siguiente.

Fuera de la ciudad

- Elija esto si: necesita cuidado para garantizar su propia salud y seguridad mientras está fuera de la ciudad y no puede tomar IP adicionales.
- Según 89 IAC 684.60 (c), si está fuera de su hogar, sus servicios se limitan únicamente al cuidado personal.
- Esta excepción se puede utilizar durante 14 días por año calendario y se debe solicitar con anticipación.
- Se debe proporcionar información adicional en la página siguiente.
- Fechas de estadía fuera de la ciudad Fecha de inicio: Fecha final:
(mm/dd/yyyy) (mm/dd/yyyy)

Necesidad de emergencia

- Elija esto si: tenía una necesidad urgente de atención y su IP tuvo que trabajar más de 60 horas en una semana laboral para evitar poner en riesgo su salud y seguridad. Un ejemplo incluiría la enfermedad inesperada de un IP.
- Esta excepción puede usarse cuatro (4) veces por año calendario hasta por 10 horas por período de pago.
- Esta excepción debe solicitarse dentro de las dos (2) semanas posteriores a la necesidad.
- Se debe proporcionar información adicional en la página siguiente.

He usado estas excepciones _____ dentro del año calendario actual.

Anticipo la necesidad de _____ de horas extraordinarias por semana laboral.



SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE HORAS EXTRA

Seleccioné la excepción de Necesidad de emergencia y utilicé _____ horas extraordinarias por semana laboral.

Por favor de proporcione detalles que respalden la categoría de excepción que ha elegido. Sin detalles suficientes, incluido el motivo por el que se necesita la excepción, su solicitud no se puede procesar.

Si ha presentado una excepción a HSP y no se ha tomado una decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a la aceptación por parte de la Unidad de Políticas de HSP, su Proveedor Individual se considerará aprobado condicionalmente para trabajar las horas extra hasta que se tome una determinación.

Firma y nombre en letra de imprenta del cliente de HSP _____
Fecha

HSP OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

Date in WebCM: _____

CO Staff Initials: _____

Este formulario se puede enviar por fax, correo electrónico o correo a través de:

Fax: 217-557-0142 Home Services Program
Email: DHS.HSPOvertime@Illinois.gov Policy Unit
100 S. Grand Ave. E., 1st Fl.
Springfield, IL 62762