

Manual de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) de Medicaid para el programa de exención CLTS (10/2022): <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02256.pdf>

4.6.20 Tutoría

4.6.20.1 Definición

Los servicios de tutoría mejoran la capacidad del participante para interactuar en su comunidad de manera socialmente ventajosa.

El mentor brinda al participante experiencias en la interacción entre compañeros, actividades sociales y/o recreativas, y oportunidades de desarrollo de habilidades de empleabilidad durante situaciones espontáneas y de la vida real, en lugar de en un entorno segregado o tipo aula. El mentor implementa oportunidades de aprendizaje guiando y observando al participante en la comunidad mientras practica y modela habilidades de interacción.

Los mentores son paraprofesionales, incluidos, entre otros, individuos que forman parte del grupo de pares del participante. El grupo de pares incluye una amplia gama de personas que tienen algo en común con el participante, incluidas experiencias de vida, intereses, antecedentes, perspectivas, etc. similares, y que no necesariamente pertenecen al mismo grupo de edad.

Este servicio puede financiar los gastos relacionados con la participación en actividades comunitarias que aborden los objetivos y los resultados identificados en el plan de servicio individual del participante. Se pueden incluir los costos de las comidas y las tarifas de admisión para el mentor y el niño o joven.

Los servicios de tutoría pueden brindarse mediante servicios remotos (consulte el Capítulo 4.3.2 Servicios remotos), según corresponda y lo acuerden el niño o joven y su familia. Consulte el Código de beneficios del programa de exención CLTS Crosswalk (P-02283) para conocer los componentes específicos de los servicios de tutoría que se pueden brindar de forma remota.

El pago por la prestación de servicios de tutoría está sujeto a tarifas uniformes en todo el estado. Consulte la página web de tarifas de servicio del programa de exención de apoyo a largo plazo para niños (CLTS) para obtener información adicional.

4.6.20.2 Requisitos del servicio

Los proveedores deben asegurarse de que el apoyo del personal al participante sea adecuado para cumplir con las metas individuales del participante.

Como mínimo, las reuniones de revisión del equipo se llevan a cabo trimestralmente. Se requiere que las revisiones del equipo incluyan al participante (a menos que se considere inapropiado), el padre o la persona responsable del participante, el personal o supervisor de la agencia proveedora de servicios pertinente (cuando corresponda) y el coordinador de servicios y apoyo (SSC).

Todos los proveedores de servicios de tutoría deben comunicarse con el personal designado del condado y otros proveedores sobre cualquier evento o situación que cumpla con la definición de incidente en el Capítulo 9: Salud y seguridad, y de acuerdo con Informes de incidentes infantiles para proveedores (P-02613) . Cualquier comunicación debe seguir las leyes federales de confidencialidad. Consulte el Capítulo 9 para obtener información adicional sobre incidentes y requisitos de notificación de incidentes.

4.6.20.3 Limitaciones del servicio

El costo del transporte de un joven participante durante la prestación de los servicios de tutoría puede financiarse a través de los servicios de transporte además de la tarifa de los servicios de tutoría. Estos costos de transporte pueden financiarse solo como un reclamo de millaje y no como un costo por viaje. (Consulte la descripción del servicio de transporte).

Los componentes de los servicios de tutoría que pueden brindarse a través de servicios remotos se limitan a los descritos en el Código de beneficios del programa de exención CLTS Crosswalk (P-02283).

Este servicio no puede duplicar ningún servicio que se brinde bajo otra categoría de servicio de exención.

El Programa de Exención CLTS es el pagador de último recurso y no es una fuente de financiamiento para ningún servicio que de otro modo sería responsabilidad de otra entidad pública o privada. Los siguientes programas y servicios deben considerarse antes de utilizar los fondos de la exención y, cuando corresponda, incorporarse a un plan integral para los participantes:

- Beneficios públicos, asistencia energética u otros servicios relacionados con la pobreza.
- Servicios judiciales, de justicia juvenil o de protección infantil, incluida la colocación de protección y tutela o servicios legales.
- Cualquier bien o servicio cubierto por un tercero, incluido un seguro privado o Medicaid, como:
 - Beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) (conocido en Wisconsin como HealthCheck Other Services), que brinda servicios de atención médica integrales y preventivos para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid o en los servicios del plan estatal de Medicaid.
 - Servicios de salud mental que de otro modo están disponibles.
- Servicios educativos u otros financiados por el Departamento de Instrucción Pública o la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades.
- Servicios prevocacionales u otros ofrecidos a través del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, División de Rehabilitación Vocacional.

4.6.20.4 Exclusiones del servicio

Este servicio excluye actividades cuya función principal es la recreación.

4.6.20.5 Normas y documentación del proveedor

Estándares generales para proveedores

Los proveedores están sujetos a la verificación requerida de licencias y credenciales, verificaciones de antecedentes de cuidadores y prohibiciones de contratación descritas en el Capítulo 4. El DHS recopila y verifica la certificación, licencia, educación, experiencia u otra documentación requerida durante el proceso de registro del proveedor para calificar inicialmente a los proveedores.

Para obtener más información relacionada con los proveedores de servicios del Programa de exención de CLTS, consulte *¿Qué es un proveedor de CLTS?* página web.

Tipos de proveedores y calificaciones

Cualquier agencia debidamente calificada según lo aprobado por la agencia de exenciones del condado (CWA) y en relación con el servicio único que se brinda (proveedor de la agencia)

Los proveedores son paraprofesionales, incluidos, entre otros, personas que están en el grupo de pares del participante. El grupo de pares incluye una amplia gama de personas que tienen algo en común con el participante, incluidos intereses similares, antecedentes, perspectivas, etc., y que no están necesariamente en el mismo grupo de edad.

Se requiere que el CWA garantice que el proveedor reciba capacitación específica para niños y capacitación sobre el roles y responsabilidades del mentor. Este entrenamiento puede ser proporcionado por cualquier combinación de los agencia proveedora, CWA, padre y/o tutor y/u otro profesional relevante que conocedor de las necesidades diarias del participante. Se requiere que la documentación de esta capacitación sea mantenido en el registro del participante. Los proveedores deben participar en actividades frecuentes y continuas. comunicación con el SSC, la agencia y la familia, con respecto a actualizaciones, información, y preocupaciones

Mentores (proveedor individual)

Los proveedores son paraprofesionales, incluidos, entre otros, los individuos que forman parte del grupo de pares del participante. El grupo de pares incluye una amplia gama de personas que tienen algo en común con el participante, incluidos intereses, antecedentes, perspectivas, etc. similares, y que no necesariamente pertenecen al mismo grupo de edad.

Se requiere que el CWA garantice que el proveedor reciba capacitación específica para niños y capacitación sobre las funciones y responsabilidades del mentor. Este entrenamiento puede ser proporcionado por cualquier combinación de los CWA, padre y/o tutor y/u otro profesional relevante que tenga conocimiento de las necesidades diarias del participante. Se requiere que la documentación de esta capacitación se mantenga en el registro del participante. Los proveedores deben participar en una comunicación frecuente y continua con el SSC, la agencia y la familia, con respecto a actualizaciones, información e inquietudes específicas del niño.

4.6.20.6 Documentación del servicio

Los proveedores deben desarrollar un plan escrito que documente los objetivos para el participante y los objetivos para el mentor. Se requiere un resumen por escrito del progreso y los cambios en los objetivos para el participante y su mentor cada tres meses y se puede desarrollar durante la revisión del equipo (consulte los Requisitos del servicio). Si se indica, se pueden incluir recomendaciones para cambios al plan. Los informes de los proveedores se utilizan para evaluar la necesidad de modificación o continuación de los servicios de tutoría. El plan y el resumen deben proporcionarse al CWA (el SSC del participante). Los resúmenes deben ser mantenidos por CWA y revisados en el momento de otras actividades trimestrales.

El CWA debe mantener la documentación para demostrar que este servicio no reemplaza ni duplica los apoyos o servicios que de otro modo están disponibles a través de una de las fuentes de financiación mencionadas anteriormente. (Consulte Limitaciones del servicio.)

FIRMAS

Al firmar a continuación, doy fe de que mis calificaciones para este servicio cumplen con todos los estándares de CLTS Waivers en este momento.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Al firmar a continuación, doy fe de que la persona mencionada anteriormente cumple con todos los estándares de proveedor necesarios para este servicio en este momento.

Firma del representante de la entidad empleadora	Título	Fecha
--	--------	-------

Habilidades de la vida diaria/Plan de capacitación de mentores

Nombre del cliente: _____ Mes: _____ Nombre del proveedor: _____
(impreso)

Meta medible

Método para lograr la meta

Informe de entrenamiento de habilidades de la vida diaria

Nombre del cliente: _____ **Mes:** _____ **Nombre del proveedor:** _____
(impreso)

Fecha	Actividades involucradas y progreso hacia las metas

Envíelo mensualmente al administrador de casos de CLTS.

Firma del proveedor: _____ **Fecha:** _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK
CALENDARIO DE NÓMINA 2023

No se puede garantizar el
pago si las hojas de
tiempo

Hojas de horas vencidas

Recibido después de:

	Fecha del cheque de pago	Periodo de pago	Fecha	
Domingo	15 de enero	16 – 31 diciembre 2022	5 de enero	20 de enero
Lunes	30 de enero	1 al 15 de enero de 2023	20 de enero	5 de marzo
miércoles	15 de febrero	16 al 31 de enero de 2023	6 de febrero	20 de Marzo
martes	febrero 28	1 al 15 de febrero de 2023	20 de febrero	5 de abril
miércoles	15 de marzo	16 al 28 de febrero de 2023	6 de Marzo	20 de abril
jueves	30 de marzo	1 al 15 de marzo de 2023	20 de Marzo	5 de Mayo
sábado	15 de abril	16 al 31 de marzo de 2023	5 de abril	20 de mayo
Domingo	30 de Abril	1 al 15 de abril de 2023	20 de abril	5 de junio
Lunes	15 de Mayo	16 al 30 de abril de 2023	5 de Mayo	20 de junio
martes	30 de mayo	1 al 15 de mayo de 2023	22 de mayo	5 de julio
jueves	15 de Junio	16 al 31 de mayo de 2023	5 de junio	20 de julio
Viernes	30 de Junio	1 al 15 de junio de 2023	20 de junio	Agosto 5
sábado	15 de julio	16 al 30 de junio de 2023	5 de julio	20 de Agosto
Domingo	30 de julio	1 al 15 de julio de 2023	20 de julio	5 de septiembre
martes	15 de agosto	16 al 31 de julio de 2023	7 de agosto	20 de septiembre
miércoles	30 de agosto	1 al 15 de agosto de 2023	21 de agosto	5 de octubre
Viernes	15 de Septiembre	16 al 31 de agosto de 2023	5 de septiembre	20 de octubre
sábado	30 de septiembre	1 al 15 de septiembre de 2023	20 de septiembre	5 de noviembre
Domingo	15 de octubre	16 al 30 de septiembre de 2023	5 de octubre	20 de noviembre
Lunes	30 de octubre	1 al 15 de octubre de 2023	20 de octubre	5 de diciembre
miércoles	15 de noviembre	16 al 31 de octubre de 2023	6 de noviembre	20 de diciembre
jueves	30 de noviembre	1 al 15 de noviembre de 2023	20 de noviembre	5 de enero de 2024
Viernes	15 de diciembre	16 al 30 de noviembre de 2023	5 de diciembre	20 de enero de 2024
sábado	30 de diciembre	1 al 15 de diciembre de 2023	20 de diciembre	20 de enero de 2024

Instrucciones de la hoja de tiempo

Ingrese el nombre del niño al que le brinda el servicio

Ingresar el mes en que prestaste el servicio

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 1.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO _____ : _____ MES: _____
¡IMPORTANTE! Se debe completar el NOMBRE DEL CLIENTE y el MES o se devolverá la

Introduce la hora de inicio

Introduzca la hora de finalización

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
POR HORA: Tiempo de espera															
Horas totales															
DESCANSO DURANTE LA NOCHE \$5151															

Ingrese una "x" en el día en que brindó servicios de relevo durante la noche

Ingrese la cantidad total de horas trabajadas

Ingrese la cantidad total de noches trabajadas

HORAS TOTALES: _____
 NUMERO TOTAL DE PERNOCTACIONES: _____

IMPORTANTE:
 TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 20 DEL MES
 SI EL 20 DEL MES ES FIN DE SEMANA, LA HOJA DE HORARIOS VENCERÁ EL LUNES SIGUIENTE
 TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR

PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 30 DEL MES

Firma del cuidador

Nombre del cuidador

Dirección del cuidador

FIRMA DEL TRABAJADOR _____ FECHA DE FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

[] MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN [] MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS
 Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____ TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL CLIENTE O TUTOR Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

La firma del cliente/tutor para aprobar la hora ingresada es correcta

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 1.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO _____

MES: _____

¡IMPORTANTE! Se debe completar el NOMBRE DEL CLIENTE y el MES o se devolverá la hoja de tiempo

MENTORÍA H0038	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tiempo en															
Se acabó el tiempo															
Horas totales															

HORAS TOTALES: _____

IMPORTANTE:

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 20 DEL MES
 SI EL 20 DEL MES ES FIN DE SEMANA, LA HOJA DE HORARIOS VENCERÁ EL LUNES SIGUIENTE
 TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR
 LOS CHEQUES PARA ESTE PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 30 DEL MES

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

FECHA DE FIRMA: _____

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN

MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS

Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____

TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL CLIENTE O TUTOR Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK
 HOJA DE HORAS DEL TRABAJADOR DE CUIDADO DE LOS SERVICIOS DEL AGENTE FISCAL DE KCC

Envíe la hoja de tiempo a: KCC Fiscal Agent Services, 2701 Larsen Rd., Green Bay, WI 54303 o envíe un fax al (920) 857-3981 o envíe un correo electrónico a linda@kccservices.com Teléfono de la oficina (920) 857-3980

Número gratuito 1-866-363-1577

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 2.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO : _____ MES: _____

¡IMPORTANTE! NOMBRE DEL CLIENTE y
Se debe completar MES o la hoja de tiempo
Será devuelto

MENTORÍA H0038	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tiempo en																
Se acabó el tiempo																
Horas totales																

HORAS TOTALES: _____

IMPORTANTE:

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 5 DEL MES SIGUIENTE
SI EL 5 DEL MES ES FIN DE SEMANA ENTONCES LA HOJA DE HORARIOS SE ENTREGA EL LUNES SIGUIENTE
TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR
LOS CHEQUES PARA ESTE PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 15 DEL MES

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

FECHA DE FIRMA: _____

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN

MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS

Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN SER FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL CLIENTE O TUTOR

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK

HOJA DE HORAS DEL TRABAJADOR DE CUIDADO DE LOS SERVICIOS DEL AGENTE FISCAL DE KCC

Envíe la hoja de tiempo a: KCC Fiscal Agent Services, 2701 Larsen Rd., Green Bay, WI 54303 o envíe un fax al (920)

857-3981 o envíe un correo electrónico a linda@kccservices.com Número gratuito 1-866-363-1577 Teléfono de la

oficina (920) 857-3980