

# Trabajador de apoyo personal

## PAQUETE DE TRANSFERENCIA A AGENCIA DE SERVICIOS

Este paquete es únicamente para aquellos individuos que ya se han convertido en un trabajador de apoyo personal con Servicios de Discapacidades del Desarrollo de Oregon en una entidad de gestión de casos diferente y que ya han recibido un número de identificación de proveedor de SPD.

### !!!AVISO MUY IMPORTANTE!!!

Es crucial entender que este trabajo requiere el uso regular de una computadora, internet y correo electrónico.

También necesitará tener acceso a una impresora.

*Creative Supports, Inc. no es su empleador; su empleador está determinado por la persona que recibe los servicios de apoyo o su representante legal.*

**Este es un paquete de Transferencia de trabajador de apoyo personal (PSW, por sus siglas en inglés).**

Este paquete incluye los formularios necesarios para que un PSW actual, que ya tiene un número de identificación de proveedor de SPD y ha trabajado con una entidad de gestión de casos diferente, se registre en Creative Supports, Inc.

*Si NO tiene un número de ID de proveedor de SPD activo, este paquete NO aplica para usted. Deberá comenzar con la lectura del paquete de información del PSW, ubicado en [www.creativesupports.org](http://www.creativesupports.org).*

**Creative Supports, Inc. (CSI, por sus siglas en inglés) es una agencia de servicios sin fines de lucro**, contratada a través de Servicios de Discapacidades del Desarrollo de Oregon en parte para procesar planillas de horas y registros de millaje que permiten la dispersión de fondos estatales y federales designados bajo las instrucciones del individuo que recibe los servicios, su representante legal y la Regla Administrativa de Oregon.

**Si tiene alguna pregunta con respecto a los materiales en este paquete**, puede comunicarse con la unidad eXPRS en CSI.

## Lista de verificación de los requisitos para transferir al trabajador de apoyo personal

Esta lista de verificación es útil para realizar el seguimiento de su inscripción como PSW en Creative Supports

REQUISITOS GENERALES DEL PUESTO	
<input type="checkbox"/>	Debe tener una dirección de correo electrónico personal. No puede ser un correo electrónico de un amigo / familiar.
<input type="checkbox"/>	Este puesto de trabajo incluye el uso frecuente de una computadora, internet y una impresora.
<input type="checkbox"/>	Se recomienda que acceda a las guías de ayuda de eXPRS como referencia para utilizar el sistema de facturación del Estado ( <a href="https://apps.state.or.us/exprsWeb/login.do">https://apps.state.or.us/exprsWeb/login.do</a> → documentación de eXPRS)

LISTA DE VERIFICACIÓN		
<input type="checkbox"/>	Formulario de Información de contacto	* Completarlo y devolverlo a CSI
<input type="checkbox"/>	Acuerdo de proveedor calificado	* Completarlo y devolverlo a CSI
<input type="checkbox"/>	Aviso obligatorio de reporte de abuso	* Completarlo y devolverlo a CSI
<input type="checkbox"/>	Consentimiento para conservar copias de documentos confidenciales	* Completarlo y devolverlo a CSI
<input type="checkbox"/>	Copia de la ODL y seguro de auto	* Enviarlos a CSI si proporciona transporte
<input type="checkbox"/>	Solicitud de verificación de antecedentes penales	* Completarla y devolverla a CSI con identificación con foto
<input type="checkbox"/>	Carta de aprobación de verificación de antecedentes penales	* Enviada por correo por personal de QED de la oficina de CSI.
<input type="checkbox"/>	Verifique el estado aprobado para trabajar en eXPRS iniciando sesión.	* SPD#, CHC actual, PEAA actual
<input type="checkbox"/>	Acuerdo de servicio firmado	* Devolverlo a CSI y conservar una copia



## Información de contacto

<b>FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TRABAJADOR DE APOYO PERSONAL</b>			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono de casa:		Celular:	
Dirección física:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Correo electrónico:			
<b>FIRMA DE VERIFICACIÓN</b>			
Confirmo con autoridad que la verificación de la información proporcionada en este formulario es correcta.			
Firma del empleado / PSW:		Fecha:	



# Acuerdo de trabajador de apoyo personal calificado

## Creative Supports, Inc.

*\*\* Firmar y devolver a la oficina de Creative Supports, Inc. \*\**

### Antes de que pueda comenzar a trabajar, debe:

1. Completar y recibir una verificación de antecedentes penales aprobada. Antes de trabajar, nuestra oficina debe recibir la confirmación de que está autorizado para trabajar. Este proceso puede tardar entre 4-10 semanas.
2. Completar el formulario de Solicitud y Acuerdo de inscripción de proveedores, enviarlo a la oficina del DHS y recibir un número de identificación de proveedor de SPD.
3. Asistir a la "Orientación para el nuevo trabajador" que se ofrece en línea en <http://www.carewellseiu503.org>.
4. Estar calificado para trabajar en los Estados Unidos (*Ver Formulario I-9 del IRS*).
5. Ser un denunciante obligatorio de abuso.
6. Presentar copias de cualquier licencia o certificado que requiera tener para este trabajo (documentos requeridos por el estado de Oregon o la Oficina de Discapacidades del Desarrollo del condado).
7. Si conducir es parte de su trabajo, debe enviar copias de su licencia de conducir válida de Oregon y comprobante **actual** de seguro de auto.
8. Completar inscripción de empleo a través de Public Partnerships, LLC. y tener una relación laboral lista para empezar.
9. Firmar un acuerdo de servicio creado por el agente personal del individuo.

Las Reglas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) establecen que el dinero de Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (SPD, por sus siglas en inglés) **no puede pagar ningún trabajo** realizado por los empleados hasta que hayan cumplido con todos los pasos anteriores.

Debido a que se le paga con fondos públicos, estas reglas se deben seguir. Los fondos del servicio de apoyo no se utilizarán para pagar los servicios prestados por un empleado no calificado.

Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre en letra de molde*) *acepto que no trabajaré para una persona que reciba servicios de apoyo a través de Creative Supports, Inc. sin pasar una verificación de antecedentes penales, recibir un número de identificación de proveedor de la ODDS SPD, mostrar prueba de mi capacidad para trabajar en los Estados Unidos y un acuerdo de servicio firmado. Actuaré como un denunciante de abuso obligatorio, entendiendo mi papel en el apoyo a esta población protegida al reportar toda sospecha de abuso y negligencia. Respetaré la confidencialidad de la persona y de mi empleador.*

*Si trabajo antes de aprobar una verificación de antecedentes penales y estar calificado, entiendo que no se me pagará a través de los fondos del servicio de apoyo.*

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_



**Aviso de denuncia obligatoria de abuso:  
Adultos con discapacidades del desarrollo  
Para denunciar abuso llame al 1-855-503 SAFE (7233)**

---

Por ser una persona que brinda servicios a adultos con discapacidades del desarrollo, usted es un **Denunciante obligatorio** por mandato de la ley de Oregón (ORS 430.765). De acuerdo con la ley, si usted tiene causa razonable para creer que alguien abusó de un adulto con discapacidades del desarrollo, o que cualquier persona con quien usted tiene contacto abusó de dicho adulto, usted debe denunciar el abuso de inmediato al programa de discapacidades del desarrollo de la comunidad, al Departamento de Servicios Humanos (DHS), o a una agencia local de policía. Si hay razones para creer que se cometió un delito, se debe llamar a la policía. Si corresponde, usted también debe seguir las políticas y procedimientos de su agencia para que se tomen medidas inmediatas para proteger a la víctima del abuso.

**Qué es el abuso de un adulto con discapacidades del desarrollo:**

1. Descuido significa:

El descuido, incluida la deserción o el abandono intencional de una persona con una discapacidad del desarrollo o el retiro o la falta de cumplimiento de los deberes y obligaciones que un cuidador u otra persona le debe a una persona con una discapacidad del desarrollo.

2. Abuso físico significa:

Cualquier lesión física a un adulto causada por medios que no sean accidentales, o que parezca estar en desacuerdo con la explicación dada sobre la lesión.

Inflicción intencional de dolor físico o lesión en un adulto.

### 3. Abuso Sexual:

Contacto sexual con un adulto que no da su consentimiento o con un adulto considerado incapaz de dar su consentimiento para un acto sexual según ORS 163.315.

Acoso sexual, explotación sexual o exposición inapropiada a material o lenguaje sexualmente explícito;

Cualquier contacto sexual entre un empleado de un centro o un cuidador pagado y un adulto que recibe servicios del centro o del cuidador;

Cualquier contacto sexual entre una persona con una discapacidad del desarrollo y un pariente de la persona con una discapacidad del desarrollo que no sea su cónyuge; o

Cualquier contacto sexual que se logre a través de fuerza, artimañas, amenaza o coacción.

"Abuso sexual" no significa contacto sexual consensual entre un adulto y un cuidador pagado que es el cónyuge del adulto.

El "contacto sexual" tiene el significado que se da a ese término en ORS 163.305.

Abuso Sexual (Criminal) Un acto que constituye un delito bajo ORS 163.375, 163.405, 163.411, 163.415, 163.425, 163.427, 163.465 o 163.467.

4. Descuido significa:

No proporcionar la atención, la supervisión o los servicios necesarios para mantener la salud física y mental de una persona con una discapacidad del desarrollo que puede ser causa de daño físico o daño emocional significativo a la persona;

El hecho de que un cuidador no haga un esfuerzo razonable para proteger del abuso a una persona con una discapacidad del desarrollo; o

Privación de los servicios necesarios para mantener la salud y el bienestar de un adulto que causa daño físico a un adulto.

5. Abuso verbal significa:

Amenazar con daño físico o emocional significativo a una persona con una discapacidad del desarrollo mediante el uso de:

Nombres derogatorios o inapropiados, insultos, agresiones verbales, obscenidades o burlas.

Acoso, coacción, amenazas, intimidación, humillación, crueldad mental o comentarios sexuales inapropiados.

6. Explotación Financiera:

Tomar indebidamente los activos, fondos o bienes pertenecientes o destinados al uso de una persona con una discapacidad del desarrollo.

Alarmar a una persona con una discapacidad del desarrollo transmitiendo una amenaza de tomar o apropiarse injustamente del

dinero o la propiedad de la persona si la persona creería razonablemente que la amenaza transmitida se llevaría a cabo.

Apropiarse o utilizar indebidamente o transferir sin autorización cualquier dinero de cualquier cuenta mantenida conjunta o individualmente por una persona con una discapacidad del desarrollo.

No utilizar de manera efectiva los ingresos o activos de una persona con una discapacidad del desarrollo para el apoyo y el mantenimiento de la persona.

#### 7. Aislamiento involuntario

Aislamiento involuntario de una persona con una discapacidad del desarrollo para conveniencia del cuidador o para disciplinar a la persona.

#### 8. Restricción ilegal:

Un uso indebido de una restricción física o química sobre una persona con una discapacidad del desarrollo, excluyendo un acto de restricción prescrito por un médico licenciado bajo el capítulo 677 de ORS, un asistente médico licenciado bajo ORS 677.505 a 677.525, un médico naturopático con licencia bajo el capítulo 685 de ORS o un enfermero profesional con licencia de ORS 678.375 a 678.390 y todas las actividades de tratamiento consistentes con un plan de tratamiento aprobado o en relación con una orden judicial.

#### 9. Muerte:

Toda muerte de un adulto causada por medios que no sean accidentales o naturales.



De acuerdo con la ley, su identidad como la persona que hace la denuncia es confidencial. Además, la ley lo protege de las represalias de una institución comunitaria, de un programa comunitario o de un individuo cuando usted hace una denuncia de buena fe. Usted no puede ser dado de alta o transferido de un lugar a otro de una agencia, despedido de su trabajo, degradado o tener su salario reducido, ni se le puede negar el contacto con la institución ni con sus residentes por haber hecho una denuncia de buena fe de sospecha de abuso. Si usted cree que se han tomado represalias en su contra, tiene derecho a buscar acciones legales privadas. Cualquier agencia, programa o individuo que toma represalias contra alguien debido a una denuncia de buena fe de sospecha de abuso puede ser responsable ante esa persona por daños reales.

---

*Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende los requisitos de denuncia obligatoria de abuso de Oregón con respecto a los adultos con discapacidades del desarrollo. Si no entiende los requisitos de denuncia obligatoria de abuso, pida que se los expliquen antes de firmar este formulario.*

Recibí y leí este aviso sobre mi responsabilidad de denuncia obligatoria de abuso.

---

Por favor escriba su nombre

Fecha de hoy

Provisto por la Oficina de Capacitación, Investigación y Seguridad para

**ENVÍE ESTE FORMULARIO A SU PROGRAMA**

Aviso de Denuncia Obligatoria – Adultos, IDD  
Actualizado: 8/2019

Proporcionado por la Oficina de Capacitación, Investigación y Seguridad para





# Consentimiento para conservar copias de documentos confidenciales

Creative Supports, Inc.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de molde)

autorizo a Creative Supports, Inc. (CSI) a mantener información confidencial como, pero no limitada a, una copia de mi licencia de conducir y comprobante de seguro de automóvil.

Entiendo que esta información se utilizará como parte de los comprobantes de mis requisitos para proporcionar servicios financiados por Medicaid a personas que puedan optar por contratarme como su trabajador de apoyo personal.

Además, acepto proporcionar actualizaciones de toda mi información a esta oficina, para garantizar que mis requisitos se mantengan con exactitud y actualizados según lo requiera Medicaid. Entiendo que actualizar mi información en la oficina de CSI no significa que mi información se actualizará con todas las entidades estatales.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## **Solicitud de verificación de antecedentes penales:**

Para ser empleado por un cliente que recibe servicios de gestión de casos de Creative Supports Inc., debe tener una verificación de antecedentes penales (CHC, por sus siglas en inglés) vigente y válida. Se requiere que todas las personas que trabajan con clientes que reciben servicios de gestión de casos a través de Creative Supports completen una CHC **cada 2 años**. Sin una CHC actual, no puede proporcionar apoyos pagados a los clientes de Creative Supports. Toma aproximadamente 8 semanas para procesar su verificación de antecedentes penales y asegurarse de que tenga credenciales actuales en el sistema de nómina estatal conocido como eXPRS.

La siguiente información es necesaria para que Creative Supports inicie el proceso de CHC:

Nombre: \_\_\_\_\_  
(como aparece en su identificación emitida por el gobierno)

Número de Seguro Social (Nota: Esto es voluntario) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Dirección postal (en caso de ser distinta): \_\_\_\_\_

Nombres y alias anteriores: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono (casa, celular, etc.): \_\_\_\_\_

2º Teléfono: \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: (casa, celular, etc.): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: (necesario): \_\_\_\_\_

Historial de residencia fuera de Oregon, últimos cinco años: \_\_\_\_\_

---

Tipo de Empleado: PSW

El puesto de trabajo requiere contacto directo con: Adultos Información confidencial  
Finanzas / Registros financieros Sistemas de tecnología de la información  Adultos mayores

El puesto requiere: Conducir

Recibirá un correo electrónico en la dirección que proporcionó arriba con instrucciones sobre cómo completar su CHC en línea. Por favor, tenga en cuenta que, si se requieren huellas dactilares para hacer una determinación final de idoneidad, recibirá instrucciones adicionales.

**Se requiere adjuntar una copia de una identificación actual con foto emitida por el gobierno**



# Cómo recibir pagos como trabajador de apoyo personal

Una vez que haya completado su inscripción y firmado un acuerdo de servicio, podrá enviar sus apoyos a eXPRS. Se requiere que los PSW configuren los inicios de sesión con eXPRS, para que puedan enviar su facturación en el sistema. Una vez que las entradas de facturación se han puesto en eXPRS, se deberá imprimir una planilla de horas generada por eXPRS, firmada por usted y su empleador, y enviada a Creative Supports, Inc.

*\* CSI sigue el calendario estatal de nómina de la ODDS para procesar las planillas de horas de PSW.*

Para obtener una cuenta configurada con eXPRS, deberá imprimir el [formulario de Inscripción de usuario de proveedor individual \(PSW y BC\)](#) y enviarlo a eXPRS. Este formulario está en el paquete de solicitud y en la página de documentos de eXPRS. (<https://apps.state.or.us/exprsWeb/exprsDocs/>)

Hay varias guías sobre cómo configurar una cuenta:

- [Cómo inscribir a un usuario de eXPRS](#)
- [Cómo acceder al inicio de sesión para usuarios primerizos](#)

Tendrá que estar cómodo con una computadora para ingresar su tiempo en eXPRS. En su página de documentos (<https://apps.state.or.us/exprsDocs/>), hay varias guías sobre cómo ingresar sus apoyos en eXPRS:

- [Facturación a través de eXPRS-EVV](#)
- [Cómo iniciar sesión y navegar en eXPRS-EVV](#)
- [Descripción general de eXPRS-EVV para proveedores de PSW](#)
- [Cómo iniciar un turno en eXPRS-EVV](#)
- [Cómo finalizar un turno en eXPRS-EVV](#)
- [Cómo añadir un nuevo turno en eXPRS-EVV](#)
- [Cómo corregir o añadir un turno EVV en el sitio de escritorio de eXPRS](#)
- [Preguntas frecuentes \(FAQ\) de eXPRS-EVV](#)
- [Excepciones del PSW de EVV y entrada de facturación SD](#)

**Cuando envíe su planilla de horas a la oficina de CSI para su aprobación, asegúrese de que:**

- La planilla de horas esté firmada por AMBOS, usted y su empleador. Las firmas DEBEN estar fechadas correctamente.
- NO use corrector o lápiz. Estos son documentos oficiales del estado.
- CUALQUIER corrección manuscrita a una planilla de horas generada por eXPRS DEBE tener escritas las iniciales tanto del PSW como las del empleador.
- Si el personal de CME necesita realizar algún cambio en su planilla de horas, escriba sus iniciales / verifique la autorización de CME en la página de firma. Estas incluyen correcciones manuscritas a las planillas de horas generadas por eXPRS solamente.
- **Debe haber una nota de progreso por cada mes que se enumere en una planilla de horas.** Si hay dos meses enlistados en la planilla de horas, es necesario que haya dos notas de progreso separadas.
- **Millaje:** no se puede utilizar para citas médicas. DEBE estar asociado con un apoyo pagado por hora. El millaje SOLO se puede usar para lugares dentro de la comunidad local identificada del individuo. Un PSW DEBE usar su propio vehículo (alquilado o de su propiedad), tener una licencia de conducir actual de Oregon y un seguro de automóvil actualizado.