



Escogiendo Mi Vía:

Entendiendo las Responsabilidades del Participante - Anual

Yo, _____

Nombre del Participante (Letra de molde)

escojo participar en Mi Vía, los Servicios Auto Dirigidos de Nuevo México de las Exenciones Basadas en el Hogar y la Comunidad. Entiendo que mi participación en Mi Vía es voluntaria y viene con ciertas responsabilidades, de acuerdo con las regulaciones del programa. Entiendo que se espera que cumpla con estas responsabilidades, con la ayuda de mi consultor y otros, de ser necesario.

Como participante y/o guardián legal de un participante en el programa de Exención Mi Vía:

- Yo/nosotros seguiremos las reglas y regulaciones que gobiernan el programa Mi Vía.
- Yo/nosotros completaremos mi Nivel de Atención (LOC) anual al reunirnos con el Evaluador Externo (TPA) durante la evaluación anual en el hogar, además de trabajar con mi doctor para completar el Resumen de Evaluación de Atención a Largo Plazo (LTCAA) y un historial anual y físico. Someteré al TPA una copia de la LTCAA y del historial anual y físico. De ser necesario, buscaré la asistencia de mi consultor, para completar este proceso.
- Yo/nosotros completaremos la documentación necesaria para demostrar la elegibilidad médica y financiera, como parte del proceso de recertificación anual con la División de Apoyo de Ingresos (ISD). De ser necesario, buscaré la asistencia de mi consultor, para completar este proceso.
- Yo/nosotros trabajaremos con mi consultor en el desarrollo de un Plan de Apoyo y Servicio (SSP), que aborda todas mis necesidades de salud y seguridad, y que está en línea con mi presupuesto y las regulaciones del programa Mi Vía.
- Yo/nosotros crearemos y actualizaremos un Plan de Emergencia y Respaldo en mi SSP.
- Yo/nosotros hablaremos mensualmente y reuniremos en persona trimestralmente, además de una reunión al año en mi hogar con mi consultor.
- Yo/nosotros tendremos acceso a los servicios de apoyo dirigido o consultores basados en las necesidades identificadas, para llevar a cabo el SSP.
- Yo/nosotros le notificaremos a mi consultor si mis necesidades cambian, para que mi consultor me ayude a revisar mi SSP.
- Yo/nosotros escogeremos quién ofrecer mis servicios y apoyo. Entiendo que todos los empleados, proveedores y vendedores tienen que estar registrados con la Agencia de Manejo Fiscal (FMA) antes de que me ofrezcan cualquier servicio o bienes.
- Yo/nosotros entendemos que el proveedor que paga no puede estar en una relación romántica con el/la participante (novio/novia). Según NMAC 7.1.14.1 AA, 'La conducta sexual realizada por un empleado con una persona a la que está brindando cuidado o servicios se considera abuso sexual per se.'
- Yo/nosotros identificaremos individuos quienes me apoyarán/asistirán en el proceso según sea necesario.
- Yo/nosotros utilizaremos fondos estatales apropiadamente, solamente solicitando y comprando bienes y servicios cubiertos por el programa Mi Vía e identificados en mi SSP aprobado.
- Yo/nosotros reportaremos al consultor o designado del Departamento de Salud o del Departamento de Servicios Humanos preocupaciones o problemas con cualquier parte del programa Mi Vía.
- Yo/nosotros mantendremos seguimiento de todos los gastos del presupuesto y no sobrepasaremos mi presupuesto anual.
- Yo/nosotros mantendremos seguimiento de todos los gastos del presupuesto y no sobrepasaremos mi presupuesto anual.

Iniciales del Participante/Guardián _____ Fecha _____

- Yo/nosotros trabajaremos con mi consultor para documentar apropiadamente la entrega de servicios y mantendremos dichos documentos por seis (6) años (facturas de los vendedores y/o copia de horarios, millaje, y copias firmadas de los acuerdos entre el empleado y vendedores, recibos de bienes comprados, notas diarias de progreso, hojas de asistencia), como evidencia de servicios recibidos.
- Yo/nosotros ofreceremos documentación e información, según solicitada, de mi consultor, FMA, y TPA, dentro de los límites de tiempo requeridos (p.ej. órdenes de tutela, Poder Legal, cartas del médico, División de Rehabilitación Vocacional (DVR), etc.).
- Yo/nosotros reportaremos a la División de Apoyo a los Ingresos (ISD) dentro de 10 días, cualquier cambio en las circunstancias, incluyendo cambios en la dirección, la que puede afectar mi elegibilidad en el programa. Estoy también de acuerdo en reportar los cambios en mi dirección u otra información de contacto a mi consultor dentro de diez (10) días.
- Yo/nosotros someteremos al FMS todos los documentos requeridos que cumplen con las responsabilidades relacionadas con el empleador. Esto incluye, pero no está limitado a, documentos para pagos a empleados y vendedores, y pagos de impuestos y otras obligaciones financieras, dentro del tiempo requerido.
- Yo/nosotros contrataremos, manejaremos y despediremos mis empleados o designaremos un EOR para asistir con estas responsabilidades.
- Yo/nosotros o el EOR designado entienden que es nuestra responsabilidad supervisar los servicios prestados por parte de los empleados y vendedores.
- Yo/nosotros o el EOR designado entendemos que el FMA asistirá con el pago a los trabajadores contratados y descontará los impuestos de la nómina de mis empleados.
- Yo/nosotros o el EOR designado mantendremos los archivos y documentación por lo menos por seis años desde la primera fecha de servicio y en adelante, de acuerdo con NMAC 8.314.6.14.c(5).
- Yo/nosotros o el EOR designado reportaremos cualquier incidente de abuso, negligencia, o explotación a la División del Mejoramiento de la Salud - Oficina del Manejo de Incidentes al 1-866-654-3219 y también a mi consultor.
- Yo/nosotros o el EOR designado entendemos que el no cumplir con estas responsabilidades u otras reglas y regulaciones del programa pueden resultar en terminación involuntaria del programa.

-

Iniciales del Participante/Guardián _____ Fecha _____



**Escogiendo Mi Vía:
Entendiendo las Responsabilidades del Participante - Anual**

He leído y entendido mis responsabilidades como un participante en la Exención Mi Vía y tengo una copia de este documento para mis archivos.

Firma del Participante/Fecha

Si aplicable, Representante Legal o
Guardián/Tutor/Fecha

Nombre del Participante (Letra de Molde)

Nombre (Letra de Molde) – Representante Legal o
Guardián/Tutor

Si aplicable, Firma del Empleador de Archivos Designado/Fecha

Nombre del Empleador de Archivos Designado (En letra de molde)

Firma del Empleado HCA/DDSD/Fecha

Nombre HCA/DDSD (En letra de molde)

**LAS RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE están ampliamente descritas en el
Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 8.314.6.14 y en el Manual y
Estándares de Servicio del Programa de Exención Mi Vía.**

Iniciales del Participante/Guardián_____Fecha_____