



Estimado Padre de Crianza o Familia de Parentesco:

Gracias por su interés en recibir apoyo de respiro por parte de nuestra organización. ¡Esperamos conocerle a usted y sus niños! Como usted sabe, el Programa de Respiro de Crianza y Parentesco es patrocinado por el Condado de Ventura. CISS comenzó el contrato con el Condado efectivo el 10/1/10 y el servicio es GRATUITO para su familia (¡no hay un co-pago por hora para los servicios de respiro que recibe!)

Familias deben mantener el siguiente criterio mínimo para ser elegibles para recibir los servicios de respiro:

1. Actualmente tiene un niño viviendo en su hogar bajo un Acuerdo Entre Los Padres De Crianza Temporal y La Agencia
2. Un niño viviendo en su hogar que es menor de doce (16) años de edad.
Aprobación por escrito por Parte del Trabajador Social es requerido si todos los niños son mayores de doce años.

El cuidado de Respiro permite al guardián principal la oportunidad de tener un breve descanso del cuidado de sus niños usando un trabajador que esta certificado, investigado, y entrenado. ¡Los padres pueden salir como pareja, pasar un tiempo con amigos y otros familiares, tener tiempo individual de calidad con cada niño, hacer mandados, o hasta tener un tiempo de dormir! El Respiro le permite recargarse para que usted pueda continuar proveyendo el mejor cuidado disponible.

Por favor complete y someta la siguiente información a nuestra oficina para que pueda obtener el respire que necesita. Si tiene CUALQUIER pregunta sobre este proceso, por favor llámenos. Cuando hayamos recibido toda su información, nosotros le llamaremos para verificar cuando puede comenzar sus servicios. Usted puede referir alguien quien usted ya conoce y tiene confianza, o pregúntenos sobre nuestro proceso fácil para la familia para conocer uno de nuestros maravillosos Trabajadores de Respiro.

Paquete para la Familia de Admisión (4 hojas de doble cara) que incluye:

- Forma de Preferencia Familiar
- Acuerdo de Participación Familiar
- Forma de consentimiento de Participación y Autorización para compartir Información Confidencial

Paquete de Admisión para los Niños:

- Forma de Preferencia del Niño para TODOS los niños que serán supervisados por el programa de Respiro de CISS

Niños Colocados en su hogar requieren la Forma de Preferencia del Niño MÁS:

- Autorización para Cuidado Médico de Emergencia
- Copia del Acuerdo Entre Los Padres de Crianza Temporal y La Agencia

¡Gracias de nuevo y esperamos conocer a usted y su familia tan pronto sea posible!

Sinceramente,

Sharon M. Francis
Directora Ejecutiva
Sharon@IslandSocialServices.org



Respiro de Crianza y Parentesco – Forma de Preferencia Familiar

CISS cree en conectar a las familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro para permitir el más alto nivel de compatibilidad y éxito en el programa de respiro. Por favor complete la siguiente información. Solo será compartida con empleados de CISS que son requeridos de mantener la información de acuerdo con las prácticas relacionadas con HIPAA.

A. Información de Contacto Familiar

Nombre de Padres de Crianza: _____

Yo/Nosotros somos un Hogar de Crianza con Licencia con una máxima capacidad de _____ niños
(por favor adjunte una copia de la licencia)

Yo/Nosotros somos Cuidadores de Parentesco y somos de los niños _____
(Describa su relación a los niños)

Dirección del Hogar: _____
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Dirección de Correo (si es diferente): _____

Correo Electrónico: _____
(Correo electrónico se mantiene confidencial y solo se usa para comunicación infrecuente de la agencia, de la cual usted puede optar no recibir)

Teléfono Hogar: (____) _____ Primario # ?

Teléfono Celular: (____) _____ Primario # ?

Empleador de la Madre: _____
Nombre de Compañía Teléfono de Trabajo

Empleador del Padre: _____
Nombre de Compañía Teléfono de Trabajo

Por favor identifique un contacto de emergencia abajo, otro que usted, si usted no es alcanzable por teléfono durante el cuidado de respiro:

Nombre de Contacto: _____ Relación: _____

Teléfono 1: (____) _____ Teléfono 2: (____) _____

B. Otros Parientes Viviendo en Nuestro Hogar: Por favor lista en orden de edad con él/la, más joven primero, nombre completo. FDN solo requerido para los niños. No enumere niños colocados abajo – lista en una forma separada titulada *Forma de Preferencia del Niño/a*

1. Nombre: _____ Relación a los Padres: _____ FDN: _____

2. Nombre: _____ Relación a los Padres: _____ FDN: _____

3. Nombre: _____ Relación a los Padres: _____ FDN: _____

4. Nombre: _____ Relación a los Padres: _____ FDN: _____

¿Alguno de los individuos arriba recibe servicios a través de TCRC? Si No y/o VCBH? Si No
Si lo es, su familia podría calificar para respiro adicional a través de estas organizaciones. CISS requiere información de diagnosis y tratamiento acerca cualquier niño/a en el hogar recibiendo supervisión en el hogar por parte del programa de respiro de CISS para compartir con su Trabajador de Respiro.

Adjunte una foto familiar para compartir con nosotros o envíe por correo electrónico a Sharon@IslandSocialServices.org

Esto es opcional y es usado para referencia interna solamente



Programa de Respiro de Crianza y Parentesco

Consentimiento de Participación y Autorización para Compartir Información Confidencial

Estoy de acuerdo en permitir a **Channel Islands Social Services (CISS)** para compartir información sobre mí con la División de Servicios para Niños y Familias de la Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura (VC-HSA). Esta información ayudará a VC- HSA aprender como el programa de respiro me ayuda en el apoyo a los niños colocados en mi casa. Entiendo que:

- El personal del programa me hará preguntas al comienzo y al final de este programa, o cada seis meses. El personal del programa también registrará las actividades del programa en las cuales participo
- El personal del programa me preguntara mi nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección actual, el lenguaje hablado, y otra información acerca de su participación en el Programa de Respiro de Crianza y Parentesco de VC- HSA.
- **No** se le preguntará sobre el uso de drogas o alcohol, o las detenciones o condenas penales que pueda tener. Este programa no tiene permiso de compartir esta información a menos que firme un formulario de consentimiento diferente.
- Sólo algunos miembros del personal del programa de CISS podrán ver mi información personal (como nombre, dirección y número de teléfono). Las personas que pueden ver mi información personal **no pueden** compartir con nadie la información, a menos que el personal del programa cree que puede estar en peligro de ser herido o ser un peligro a alguien más.
- Es muy importante para CISS y VC- HSA que mi información personal está segura. Es por eso que mi información estará protegida con los métodos avanzados y seguros máximos.
- Las leyes estatales y federales protegen la información personal de salud que comparto aunque la Regla de Privacidad Federal no lo hace.
- La participación en este programa y la evaluación semi-anual implica muy poco riesgo para mí.
- El personal del programa usar mi información para proporcionarme un mejor servicio. El personal de CISS usará mi información para saber qué actividades y programas son más útiles para los niños y las familias.
- Esta autorización es voluntaria, puedo optar por no firmarlo y todavía voy a recibir los servicios por parte del contratista, CISS.
- Siempre que puedo cambiar de opinión y pedir que mi información no sea compartida. Yo puedo hacer esto mediante el envío de una solicitud por escrito a la CISS en 4000 Calle Tecate, Suite 200, Camarillo CA, 93012
- La autorización para la divulgación de información expirará cuando haya una revisión o cuando mi participación en el programa llegue a su fin.

He leído, entendido y estar de acuerdo con la divulgación de la información.

He leído, entiendo, y no estoy de acuerdo con esta versión de la información.

Firma del Participante Adulto

Fecha

Nombre Impreso

Fecha de Nacimiento



Acuerdo de Participación Familiar- Familias de Crianza y Parentesco

Nombre del Padre Crianza/Parentesco: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección del Hogar: _____

Por favor revise, firme y regrese esta **forma de participación obligatoria** que describe los estándares del programa de Respiro de CISS. Por Favor firme abajo que está de acuerdo y que seguirá estas pólizas y procedimientos de la organización mientras recibe nuestro cuidado.

Yo/Nosotros entendemos que:

1. CISS es el empleador de record y el supervisor legal de los empleados que prestan ayuda en mi casa. CISS sólo puede contratar y despedir empleados, pero como el padre de crianza o cuidador de parentesco puedo negar recibir ayuda en cualquier momento de cualquier empleado de CISS. Yo puedo referir a personas para que sean empleados por CISS para ayudar a múltiples, y al mismo tiempo solicitar empleados adicionales para ayudar a mi familia. Entiendo que CISS hace todas las decisiones finales sobre que adecuado es el solicitante, y detalles en referencia a su empleo solo pueden ser compartidas con el solicitante.
2. Yo estoy de acuerdo en mantener la cuenta de mis horas de respiro y sólo coordinar horas con mi Trabajadora de Respiro hasta el número autorizado con un mínimo de dos horas usadas a la vez. Si dirijo a la trabajadora para trabajar sobre mis horas autorizadas, entiendo que he actuado como empleador de record para ese tiempo y que seré responsable de todos los asuntos relacionados con la nómina, retención de impuestos/reportar, y las cuestiones de compensación de trabajadores. Estoy de acuerdo en mantener mi propio registro exacto de horas usadas por cada Trabajador de Respiro que me ha ayudado cada día. Además, entiendo que uso excesivo de horas frecuentes, puede ser un motivo para la terminación de servicio.
3. Yo entiendo que los servicios de Respiro de Crianza y Parentesco son principalmente disponibles para familias elegibles en las cuales hay un niño/a de crianza menor de nueve años o mayor de nueve bajo exención del Trabajador Social debido a los requisitos de fondos. Yo estoy de acuerdo en notificar a la oficina de CISS dentro de veinticuatro (24) horas si mi licencia de hogar de crianza ha cambiada o revocada, o si hay un cambio. Yo entiendo que seré responsable para reembolsar directamente al Trabajador de Respiro o CISS si fallo en revelar estos cambios a CISS en tiempo oportuno.
4. Yo entiendo que la elegibilidad para el programa de respiro termina cuando adopto al niño/a de crianza o parentesco en mi hogar. Estoy de acuerdo en notificar a CISS de esto y entiendo que seré responsable para reembolsar directamente al Trabajador de Respiro o CISS si fallo en revelar estos cambios a CISS en tiempo oportuno.
5. Yo voy a firmar los registros de horas del Trabajador de Respiro al final de cada turno después de comprobar todas las horas mencionadas y millas. Mi firma en el registro de horas verifica la exactitud de la información reportada. Además, entiendo que un registro de horas es un documento legal y que cualquier falsificación se considera fraude es reportable a la policía y la agencia que provee los fondos con la suspensión inmediata de los servicios hasta que se resuelva la cuestión.
6. POLIZAS DE SOBRE TIEMPO (OVERTIME) – Yo entiendo que comenzando el 1 de enero del 2015, Trabajadores de Respiro (clasificados como Trabajadores Domésticos de Cuidado en Casa / Asistentes Personales por el gobierno Federal) son elegibles para pago de "overtime" por trabajar más de 40 horas por semana en total, y no por familia. Además entiendo que CISS hace cumplir una póliza por cual todo "overtime" debe ser pre-aprobado por escrito por la Directora Ejecutiva y que si dirijo a un Trabajador de Respiro (que solo apoya a mi familia) a trabajar más de 40horas/semana, yo le deberé directamente al Trabajador de Respiro TODO pago de "overtime." Las semanas de trabajo de CISS son Domingo 12:01am – Sábado 11:59pm
7. Estoy de acuerdo en comunicar oportunamente cualquier preocupación, queja, y lesión directamente al personal de Servicios Familiares de CISS, y mantener esta información confidencial. También voy a comunicar oportunamente cualquier cambio en el

medicamento, comportamiento, preferencia y / o cambios en el plan de comportamiento de mi niño de crianza a mis Trabajadores de Respirio y a CISS.

8. He leído la descripción del trabajo de mi Trabajador de Respirio y estoy de acuerdo en solo solicitar ayuda dentro de la descripción de funciones. Si tengo alguna duda, llamare al personal de Servicios Familiares para su aclaración.
9. No voy a pedir que mis otros hijos naturales sean supervisados por la Trabajadora de Respirio hasta que la relación sea establecida y un nivel de seguridad de supervisión para todos los niños pueda ser mantenida. No voy a pedir ningún tipo de supervisión o transportación para miembros no familiares durante el cuidado de respirio (por ejemplo, los amigos de mis hijos, vecinos, etc....). Entiendo que CISS recibe fondos a través de un contrato con el Condado de Ventura para compensar el cuidado de respirio de mi familia. Estoy de acuerdo en negociar un acuerdo de compensación por separado directamente con la Trabajadora de Respirio para la supervisión de cuatro o más de mis hijos al mismo tiempo. También entiendo que podre pedir cuidado de dos Trabajadores de Respirio al mismo tiempo si las necesidades especiales requieren un nivel más alto de supervisión.
10. Voy a comunicarme con tiempo con mi Trabajadora de Respirio para asegurar que podamos coordinar mis necesidades de ayuda. Solicitudes de ayuda se hacen directamente con mi trabajadora de respirio, preferentemente con setenta y dos (72) horas de aviso. Entiendo que debo ponerme en contacto con CISS si mis necesidades de ayuda no pueden ser cumplidas con mi Trabajadora de Respirio existente para que una segunda trabajadora pueda ser referida, o cuando desee solicitar un cambio en mi trabajadora de respirio. Además, entiendo que frecuente y / o cancelaciones de última hora de mi parte, puede ser motivo para la terminación de servicio.
11. Estoy de acuerdo en estar siempre disponible por teléfono cuando he dejado a mis niños solo en el cuidado de la Trabajadora de Respirio y la persona necesita asesoramiento o una emergencia surge. Yo también estoy de acuerdo en notificar de inmediato si algún accidente o lesión ocurre a mis niños o Trabajadora de Respirio durante el tiempo de cuidado.
12. Las solicitudes de transportación de mis niños en la comunidad con la Trabajadora de Respirio no será un acontecimiento frecuente. Cada Trabajadora de Respirio determinara si cree que mi ser querido puede transportarse con seguridad a actividades locales. Además, es mi responsabilidad juzgar la seguridad del vehículo y la capacidad de la Trabajadora de Respirio para transportar con seguridad de mí ser querido antes de cada solicitud. Cuando asientos de seguridad son requeridos por ley, yo me asegurare que están instalados apropiadamente antes de cualquier episodio de transportación. Todos los traslados se efectuarán de conformidad con la Forma de Autorización de Transporte. Sólo los empleados CISS en la lista del conductor autorizado que sean mayores de veintiún (21) años pueden ser permitidos para transportar a los niños en su cuidado dentro de la comunidad local (dentro de cinco millas del hogar) con fines recreativos solamente.
13. Todos los Trabajadores de Respirio y personal Administrativo de CISS tiene el mandato de reportar sospechas de abuso y negligencia y, como tal, puede ponerse en contacto con las agencias de servicios de protección (CPS y APS) para documentar un reporte sin darme notificación previa, de acuerdo con la ley estatal. Como cuestión de póliza, el personal de CISS no verifica o niega las solicitudes de confirmación de tal reporte.
14. Si mi familia recibe servicios de respirio o fondos de cuidado de niños de otro programa del Condado o Estatal, yo entiendo que el cuidado solo debe ser pagado por un programa a la vez (por ejemplo, no cobrar por las mismas horas en dos programas). Estos programas incluyen pero no son limitados a: Centro Regional, Condado de Ventura, Apoyo en el Hogar (IHSS), y Respirio de la Salud de Servicios Mentales/Comportamiento del Condado de Ventura (VCBH).
15. Yo participaré en todas las reuniones de respirio o visitas al hogar solicitadas a un horario que sea mutuamente conveniente para mi familia y CISS. Yo estoy de acuerdo en participar en la encuesta de satisfacción anual requerida por el Condado de Ventura y de notificar a CISS inmediatamente por escrito de todas las preocupaciones relacionadas a mi cuidado de respirio.
16. Voy a mantener toda la información de contacto de emergencia actualizado con acceso inmediato en mi hogar para todos los Trabajadores de Respirio. Yo orientare a todos los Trabajadores de Respirio al local de esta información, y también a las provisiones de Primeros Auxilios antes de que cualquier cuidado pueda ser dado.

Firma del Padre de Crianza o Cuidador de Parentesco

Fecha

Por favor firme y someta este acuerdo a CISS para que sus servicios de respirio puedan comenzar. Fax (805) 384-0986 o correo Electrónico a Sharon@IslandSocialServices.org

Sí tiene alguna pregunta, llámenos al (805) 384-0983

C. Calendario General de Respiro: Horas son consistentes Horas varían Podría usar ___ x semana

Por favor marque abajo los días y horas en las que generalmente podría usar el cuidado de respiro

(Recordatorio: min. 2 horas por visita)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A						
M						
P						
M						

¿Típicamente cuantos van a requerir supervisión durante el cuidado de respiro? _____

¡Por favor anote! Cada Trabajador de Respiro podría tener preferencia personal sobre el número y edades de los niños que sienten que pueden supervisar sin problemas. CISS permite la supervisión por un Trabajador de Respiro de hasta cuatro (4) niños a la vez; pero esto depende de las edades y diagnosis de los niños. Cualquier pregunta debe ser dirigida al Gerente de Servicios Familiares o CEO de CISS, y no al Trabajador de Respiro. Trabajadores de CISS son reembolsados un salario por hora para cuidado general de hasta tres (3) niños a la vez. La familia y Trabajador de Respiro deberán hacer un arreglo privado de pago para niños adicionales, a la discreción de ambas partes. El Programa de Respiro de CISS no recoge honorarios de las familias para usar el programa de respiro.

D. Preferencia de Trabajador: Por favor marque uno o dos opciones abajo que aplican a su familia. CISS hará un esfuerzo para hacer la mejor conexión posible, pero la familia hace la última decisión sobre cuando la conexión es hecha.

Nosotros preferimos recibir alguna ayuda en reclutar un trabajador para entrevistar.

Nosotros estamos refiriendo _____ para ser empleados para nuestro respiro. Hemos conocido a la persona, confirmado su estado de empleo activo con CISS y creemos que puede ayudar con las necesidades de nuestra familia.

Lenguaje principal que prefiere hablar en casa: _____

La familia prefiere recibir cuidado de: No Preferencia de Genero Hombre Mujer

Preferimos que el trabajador sea entre _____ años hasta _____ años de edad No Preferencia de Edad

Preferimos recibir cuidado de alguien con experiencia en las siguientes áreas: _____

E. Ambiente del Hogar: Por favor identifique los siguientes factores que también han sido comprobados en ser importantes en hacer buenas conexiones y proteger la salud de nuestros trabajadores: (Marque todo lo aplicable)

¿Alguien en su familia fuma dentro del hogar? Si No Solamente Afuera

¿Tiene algún animal domestico? Si No ¿Si tiene, cuantos y que tipo? _____

Acto de Información, Portabilidad y Contabilidad de Salud (HIPAA) y Autorización de Servicios de Emergencia

Al firmar este documento, estoy de acuerdo en dar la siguiente información a Channel Islands Social Services (CISS) y sus empleados para el solo propósito de asegurar la calidad de provisión de cuidado de respiro, que incluye el reclutamiento del trabajador y poner al corriente el archivo interno y confidencial de mi familia. También autorizo a CISS a aprobar cuidado médico de emergencia y asistencia de vida que ha sido juzgado como necesario por un profesional médico de emergencia para mi hijo/a en el evento de que cuando este proveyendo cuidado no se pueden comunicar conmigo por teléfono o en persona. También comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Adicionalmente, tal autorización se dará como revocada inmediatamente al recibir en escrito la cancelación de servicios.

Firma de TODOS los Padres de Crianza en la Licencia o Cuidador de Parentesco en el Hogar

Fecha

Por favor regrese esta forma en el sobre incluido o al (805) 384-0986. ¡Gracias!



Respiro de Crianza y Parentesco – Forma de Preferencia del Niño/a

CISS cree en conectar a las familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro para permitir el más alto nivel de compatibilidad y éxito en el programa de respiro. Por favor complete la siguiente información. Solo será compartida con empleados de CISS que son requeridos de mantener la información de acuerdo con las prácticas relacionadas con HIPAA.

Por favor llene una forma para cada niño/a que estará recibiendo cuidado durante el tiempo de respiro. Para niños que están colocados en su hogar, las siguientes formas también son requeridas antes de que los servicios de respire puedan comenzar:

Acuerdo Entre Los Padres De Crianza Temporal y La Agencia Autorización para Cuidado Médico de Emergencia

Nombre de Padres de Crianza: _____

Yo/Nosotros tenemos ____ niños colocados con nosotros, y ____ otros niños en nuestro hogar desde _____ (fecha).

La información abajo es Nueva Una Actualización (*¡Reporte todos los cambios en colocación a CISS por teléfono dentro de 24 horas!*)

Nombre Completo del Niño: _____ **FDN:** _____ **Edad:** ____ **Genero:** M F

1. Cosas que nuestro hijo quiere que el Trabajador de Respiro sepa sobre él (gustos, disgustos, aficiones, sensibilidades):

2. Cosas que queremos dejarle saber a nuestro Trabajador de Respiro sobre nuestro hijo (consideraciones de seguridad, rutinas, información histórica):

3. Crianza Parentesco Otro _____ Este niño tiene ____ hermanos/as y ____ están en nuestro hogar (lista detrás)

Este niño ha vivido en nuestro hogar desde: _____ Se espera que vivirá en nuestro hogar hasta: _____

4. Lenguaje Principal Del Niño/a: Español Inglés No-verbal Otro: _____

5. Nombre de la Escuela del Niño y Nivel Escolar: _____

6. Niño requiere asistencia con (marque todo lo aplicable): Higiene Bañar Usar el Baño Pañales Usa Silla de Ruedas

7. Niño tiene un diagnóstico de las siguientes condiciones: _____

8. Alergias y/o Medicamento Actual: _____

¿Es la expectativa que el Trabajador de Respiro de CISS dispensara el medicamento después de que usted le entrene? Si No

9. Lista cualquier dieta especial o preferencias de comida: _____

10. Nombre del Doctor del Niño (Nombre/Teléfono) _____ Medi-Cal# _____

Nombre del Dentista del Niño (Nombre/Teléfono) _____

Firma del Padre de Crianza con Licencia o Cuidador de Parentesco

Fecha



county of ventura

Agencia de Servicios Humanos

Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia Acerca de Channel Islands Social Services Contrato de Cuidado de Respirio

Con respecto a: _____ (Niño/a): Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACION DE LA CORTE:

La ORDEN DE PUBLICACION DE INFORMACION PRIVILEGIADA Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO de la Corte Superior del Condado de Ventura autoriza a padres o parientes de crianza a asegurar cuidado médico, dental, o quirúrgico al niño/a de crianza mencionado en el párrafo anterior, el cual es de naturaleza rutinaria o requiere atención inmediata (emergencia).

COMUNICACIÓN CON EL SERVICIO DE NIÑOS Y FAMILIA:

Es entendido que se debe de hacer un esfuerzo concienzudo para notificar a la Agencia de Servicios Humanos Niños y Familia antes que dicha acción sea tomada. Sin embargo, las necesidades médicas de emergencia del niño/a son prioridad. El siguiente número de teléfono, (805) **654-3200** para comunicarse con el Servicio de Niños y Familia está disponible las 24 horas.

El trabajador/a social de la Agencia de Niños y Familia es _____
(nombre).

El número de teléfono del trabajador/a social es: _____.

CONDICIONES Y NECESIDADES DEL NIÑO/A (POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE):

Indique alergias, condiciones médicas y necesidades:

Indique medicinas, dosis y la frecuencia en que son suministradas:

Nombres y números de teléfono del médico de cabecera del niño/a:

(Firma del padre/madre/ pariente de crianza) Fecha: _____

En caso e emergencia me pueden llamar al: _____
(Teléfono)