



Acuerdo con la familia para Servicios de Habilitación Intensiva (IHS)
Intensive Habilitation Services (IHS) Family Agreement

NOMBRE DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/JOVEN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ADSA	FECHA DEL ACUERDO
PADRE / MADRE / TUTOR	PADRE / MADRE / TUTOR		
<p>El programa de Servicios de Habilitación Intensiva (IHS, por sus siglas en inglés) presta servicios de estabilización a niños y jóvenes de 20 años de edad o menos.</p> <p>El programa IHS presta servicios de habilitación a corto plazo que se basan en las conductas objetivo más notables del cliente, identificadas por la familia del cliente en colaboración con el gestor del caso. El personal del programa IHS está capacitado en los principios de apoyo conductual positivo y en técnicas de desintensificación para ayudar al cliente a adquirir, retener y mejorar sus habilidades de autoayuda, socialización y adaptación. Los resultados exitosos se logran cuando se aplica una estrategia constante para satisfacer las necesidades de apoyo del cliente y los padres participan activamente para aprender nuevas estrategias para apoyar a su hijo o hija.</p> <p>Entiendo que mi función es participar activamente en los servicios de mi hijo(a) mientras forme parte del programa IHS. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contactos semanales con mi hijo o hija (presenciales o mediante una plataforma virtual); • Participar en las reuniones de equipo individualizadas de mi hijo(a); • Esforzarme por aprender a entender e implementar eficazmente las estrategias identificadas en el plan de habilitación; y • Colaborar con el personal de IHS durante la transición de mi hijo(a) para regresar al hogar familiar, entendiendo que la fecha del alta depende del progreso de mi hijo(a) hacia alcanzar las metas identificadas por la familia. <p>Entiendo que el programa IHS funciona mejor si todas las personas que apoyan a mi hijo(a) trabajan juntas. Entiendo que obtener acceso a este servicio es voluntario y que dicho acceso no afecta mis derechos y responsabilidades legales como padre, madre o tutor legal de mi hijo(a). La Administración de Discapacidades del Desarrollo me presta un servicio de Medicaid, que depende de mi consentimiento.</p> <p>Como tutor legal, conservo las facultades para tomar todas las decisiones legales y autorizar toda la atención médica para mi hijo(a).</p>			
FIRMA(S) DEL PADRE / MADRE / TUTOR		FECHA	
FIRMA(S) DEL PADRE / MADRE / TUTOR		FECHA	
FIRMA DEL GESTOR DEL CASO/DE RECURSOS		FECHA DE RECEPCIÓN DEL ACUERDO	

cc: Personal del programa IHS