

Portafolio de Cuidados de Vida

Organizar la salud, la vida, el trabajo y documentación educativa para familias e individuos con



**Thompson Policy Institute
on Disability**



CalOptima Health

Gracias al Centro de Capacitación en Defensa de la Educación para Padres de Virginia por compartir los conceptos básicos de esta herramienta para el cuidado de la vida.



Créditos para...

- PEATC: Defensa educativa para padres de Virginia

Centro de entrenamiento

- Acuerdo de Asociación Local del Condado de Orange-Familia

Grupo de trabajo

Equipo de Trabajo Familiar de OCLPA:

- Melissa Cory | Padre
- Hilary Kershberg | Padre
- Hilda Sramek | Padre
- Shu-chuan Chen Hsu | Padre
- Brandi Pooley | Padre
- Judi Uttal | Padre
- Kaitlynn Truong | RCOC
- Arturo Cázares | RCOC
- Scarlett vonThenen | SCDD
- Richard Rosenberg | CUTPI
- Linda O'Neal | CUTPI y RCOC
- Yandel Salas | CUTPI
- Ivanna Tjitra | CUTPI

Portafolio de cuidados de vida

Direcciones

- Life Care Portfolio es un conjunto de herramientas personalizado destinado a proporcionar un enfoque organizado para compartir información con miembros de la familia/cuidadores primarios designados.
- Este portafolio fue diseñado para residentes de California; sin embargo, las personas que residen fuera de California pueden revisar específicos con su estado.
- Este portafolio fue diseñado para ser utilizado en formatos electrónicos y/o impresos.
- Puede eliminar o agregar secciones y/o información relacionada con el individuo. A medida que las situaciones cambien, por favor actualizar con nueva información.
- Este documento contiene información sensible y/o confidencial. Por favor tome precauciones al compartir este documento para promover la seguridad y la privacidad.
- Cada sección tiene una página de notas para información adicional

Descargo de responsabilidad

Tenga en cuenta que el uso y la confianza en esta plantilla de Life Care Portfolio es bajo su propio riesgo. Las plantillas de Life Care Portfolio están diseñadas para usarse como punto de partida a partir del cual creará su propio portafolio. Tenga en cuenta que es su responsabilidad garantizar que el contenido de cualquier documento que se genere basado en nuestra plantilla sea correcto y apropiado para sus necesidades y cumpla con las leyes pertinentes de su estado. Este Life Care Portfolio no hace reclamos, promesas ni garantías sobre la exactitud, integridad o adecuación de este documento.

No asumimos ninguna responsabilidad por las plantillas de portafolios o su contenido y excluimos y renunciamos expresamente a la responsabilidad por cualquier gasto perdido

Tabla de contenido

SECCIÓN I

| | |
|---|----|
| Descripción General del Individuo | 01 |
| Contactos de emergencia | 05 |
| Importante adicional Contactos..... | 07 |

SECCIÓN II

| | |
|-------------------------|----|
| Información Médica..... | 10 |
|-------------------------|----|

SECCIÓN III

| | |
|-----------------------------|----|
| Información Financiera..... | 22 |
|-----------------------------|----|

SECCIÓN IV

| | |
|----------------------------------|----|
| Información sobre vivienda | 30 |
| Transporte | 35 |

SECCIÓN V

| | |
|---|----|
| Documentación educativa..... | 37 |
| Empleo/Preparación para el empleo | 39 |

SECCIÓN VI

| | |
|------------------------------------|----|
| Centro Regional..... | 42 |
| Servicios para discapacitados..... | 43 |

SECCIÓN VII

| | |
|--|----|
| Legal Información y documentos importantes | 47 |
|--|----|

SECCIÓN VIII

| | |
|---------------|----|
| Recursos..... | 51 |
|---------------|----|

** Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Descripción general del individuo**

Nombre

Fecha de nacimiento (fecha de nacimiento)

Lugar de nacimiento

Número de Seguro Social (SSN)

Número de identificación estatal/licencia de conducir de CA**

Dirección física actual

Dirección postal actual

Número de teléfono celular del individuo

Actualmente vive con:

Comentarios

**Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Descripción general del individuo

Alertas médicas:

Altura y peso

Preferencia religiosa

Características del individuo: (características críticas, rasgos de personalidad, motivadores, desencadenantes, sugerencias para afrontar el estrés, preferencias alimentarias, etc.)

Actividades recreativas, sociales y de acondicionamiento físico

Liga espiritual Olimpiadas Especiales Otro programa de recreación _____

Plan/rutina de acondicionamiento físico:

Descripción general del individuo

Miembros de la familia (consulte “Información de contacto” para obtener más información)

Padres

Hermanos

Abuelos

Preocupaciones/planes de seguridad

¿Está el individuo registrado ante las autoridades locales?

Registro Take Me Home (Departamento del Sheriff de OC, 24 ciudades)

Departamento de policía local

Información adicional:

Notas sobre la descripción general del individuo

Alergias adicionales que ponen en peligro la vida

Alergias potencialmente mortales

Condiciones diabéticas

Convulsiones

Información adicional

¿El individuo fuma?

Sí No

¿Bebe el individuo?

Sí No

Otras preocupaciones:

**Consulte la sección de Documentos para obtener copias de Acta de Nacimiento, Pasaporte, Tarjeta de Inmigración, Horario

Contactos de emergencia (en orden de importancia)

Los familiares más cercanos serán contactados en caso de emergencia.

Contacto de emergencia n.º 1

Nombre _____ Relación con el individuo _____
Telefonico _____ Correo electrónico _____
Dirección física _____

Contacto de emergencia n.º 2

Nombre _____ Relación con el individuo _____
Telefonico _____ Correo electrónico _____
Dirección física _____

Contacto de emergencia n.º 3

Nombre _____ Relación con el individuo _____
Telefonico _____ Correo electrónico _____
Dirección física _____

Contacto de emergencia n.º 4

Nombre _____ Relación con el individuo _____
Telefonico _____ Correo electrónico _____
Dirección física _____

Contactos Adicionales

Abogado

Nombre _____ Número de Teléfono _____
Correo electrónico _____ Tipo de abogado _____

Trabajador de cuidado de relevo

Nombre _____ Número de teléfono _____
Correo electrónico _____ Pago proporcionado por _____
Horario con individuo _____

Niñera

Nombre _____ Número de teléfono _____
Correo electrónico _____ Pago proporcionado por _____
Horario con individuo _____

Entrenador vital

Nombre _____ Número de teléfono _____
Correo electrónico _____ Pago proporcionado por _____
Horario con individuo _____

Contactos Adicionales

Otro personal de apoyo _____

Amigos

Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Información Médica

Documentación de Incapacidad**

Diagnóstico de discapacidad primaria

Diagnósticos secundarios

Registro de seguro **

Información del seguro médico (imagen de las tarjetas de seguro**)

Compañía de seguros primaria**

Número de póliza

Certificado/Número de grupo

Dueño de la póliza

Número de teléfono de la empresa

Número de teléfono del coordinador
de atención personal

Nombre(s) de la persona registrada en la empresa que puede hablar en nombre del individuo

Información Médica

Registro de seguro **

Compañía de seguros secundaria**

Número de póliza

Certificado/Número de grupo

Dueño de la póliza

Número de teléfono de la empresa

Número de teléfono del coordinador de atención personal

Nombre(s) de la persona registrada en la empresa que puede hablar en nombre del individuo

Compañía de seguros suplementarios**

Número de póliza

Certificado/Número de grupo

Dueño de la póliza

Número de teléfono de la empresa

Número de teléfono del coordinador de atención personal

Nombre(s) de la persona registrada en la empresa que puede hablar en nombre del individuo

Información Médica

Registros de vacunación**

Información sobre alergias (si corresponde)

Reacción negativa o adversa
a los medicamentos

Alimentos

Látex

Centro de atención de urgencia que acepta seguro individual

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Información Médica (Lista de Personal Médico)

Atención Primaria

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registro/Documentos a cargar**

Acceso al portal Nombre de usuario

Contraseña

Psiquiatra

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal Nombre de usuario

Contraseña

Información Médica (Lista de Personal Médico)

Psicólogo

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal Nombre de usuario

Contraseña

Dentista

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal Nombre de usuario

Contraseña

Información Médica (Lista de Personal Médico)

Especialista en visión/oftalmólogo

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal/Nombre de usuario

Contraseña

Otros especialistas

Gastroenterólogo

Ortopédico

Neurólogo

Audiólogo

Otros especialistas

Información Médica (Lista de Personal Médico)

Farmacia

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal/Nombre de usuario

Contraseña

Farmacia 24 Horas (Nombre y Dirección)

Pruebas de laboratorio

Nombre/ Especialidad

Número de teléfono

Dirección

Dirección de correo electrónico

Frecuencia de visitas

Registros/Documentos a cargar**

Acceso al portal/Nombre de usuario

Contraseña

Información médica (equipo médico duradero)

Tipo de equipo

Información de contacto/servicio

Número de serie

Número de garantía**

Fecha de compra

Pago Por quién

Cuánto

¿Aún se debe dinero?

Sí Sin monto adeudado: _____

Tipo de equipo

Información de contacto/servicio

Número de serie

Número de garantía**

Fecha de compra

Pago por quien

Cuánto

¿Aún se debe dinero?

Sí Sin monto adeudado: _____

Información Médica

Notas adicionales Re: Información médica

Dificultades gastrointestinales

Tubo G

La discapacidad auditiva

Discapacidad visual

Cardíaco

Ortopédico

TDAH

Información médica

Notas adicionales Re: Información médica

Otro

Historial médico familiar a tener en cuenta

Historia médica pasada

Información Médica

Notas adicionales Re: Información médica

Problemas médicos crónicos

Enfermedades médicas pasadas

Hospitalizaciones pasadas

Cirugías Pasadas

Accidentes Pasados

Información Financiera

Cuenta de cheques

Nombre(s) en la cuenta

Número de cuenta

Numero de tarjeta de débito

Número de ruta

Autorización secundaria enviada a

Preguntas):

Respuesta(s):

Transacciones Automáticas

Retiros: fecha y monto

Depósito(s): fecha y monto

Contacto bancario (si es posible):

Sitio web del banco

Nombre de usuario**

Contraseña**

Dirección y número de teléfono

Información financiera

Cuenta de ahorros

Nombre(s) en la cuenta

Número de cuenta

Numero de tarjeta de débito

Número de ruta

Autorización secundaria enviada a

Preguntas):

Respuesta(s):

Transacciones Automáticas

Retiros: fecha y monto

Depósito(s): fecha y monto

Contacto bancario (si es posible):

Sitio web deal banco

Nombre de usuario**

Contraseña**

Dirección y número de teléfono

Información financiera

Nombre del banco

Dirección y número de teléfono

Contacto bancario (si está disponible):

Sitio web del banco

Nombre de usuario**

Contraseña**

Cuenta de beneficiario representante de la SSA

Nombre(s) en la cuenta

Autorización secundaria enviada a

Número de cuenta

Número de ruta

Transacciones Automáticas

Retiros: fecha y monto

Depósito(s): fecha y monto

Información financiera

Cuenta de inversión ABLE/CalABLE

Nombre(s) en la cuenta

Número de teléfono

Sitio web

Número de cuenta

Número de ruta

Estado donde se mantiene la cuenta

Autorización secundaria enviada a

Contraseña de seguridad

Preguntas de seguridad

Información financiera

Tarjeta de crédito

Emisor

Número de teléfono

Sitio web

Nombre(s) de usuarios autorizados

Número de cuenta

Autorización secundaria enviada a

Contraseña de seguridad

Preguntas de seguridad

Límite de crédito

Fecha de vencimiento del pago

Información Financiera (Pólizas de Seguros**)

Seguro de vida

Emisor de póliza

Dirección y número de teléfono

Número de póliza

Nombre en la póliza

Beneficiario

Sitio web

Nombre de usuario

Contraseña

Autorización secundaria enviada a:

Pago a cuenta

¿Qué cuenta bancaria se utiliza?

¿Con qué frecuencia se utiliza la póliza?

Método de Pago (Retiros Automáticos, Anual, Mensual, etc.)

Información financiera

Otras cuentas

Cantidad

Fecha de vencimiento

Pagado desde la cuenta

A nombre de

Cantidad

Fecha de vencimiento

Pagado desde la cuenta

A nombre de

Nombre de quien Declara Impuestos

Fecha de Declaracion

Forma en que se declara

Nombre de usuario y contraseña

Impuestos estatales**

Nombre de quien Declara Impuestos

Fecha de Declaracion

Forma en que se declara

Nombre de usuario y contraseña

Información financiera de vivienda

Ingreso mensual

Salarios _____

Seguridad Social _____

Otro _____

Gastos mensuales

Alquiler

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la cuenta _____

A nombre de _____

Cuenta # _____

Fecha de arrendamiento** _____

Utilidades: Gas

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la _____

A nombre de _____

cuenta Cuenta # _____

Servicios públicos: Eléctrico

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la _____

A nombre de _____

cuenta Cuenta # _____

Utilidades: Agua

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la _____

A nombre de _____

cuenta Cuenta # _____

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Información financiera de vivienda

Gastos mensuales (continuación)

Servicios públicos:

Alcantarillado de basura

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la cuenta _____

A nombre de _____

Cuenta # _____

Alimentos y abarrotes

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la _____

A nombre de _____

cuenta Cuenta # _____

Teléfono

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la cuenta _____

A nombre de _____

Cuenta # _____

Televisión por cable/Internet

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la cuenta _____

A nombre de _____

Cuenta # _____

Suscripciones mensuales (Netflix, Prime, etc.)

Cantidad _____

Fecha de vencimiento _____

Pagado desde la cuenta _____

A nombre de _____

Cuenta # _____

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Información de vivienda

El seguro para inquilinos

Emisor de póliza: _____

Número de teléfono

DIRECCIÓN

Número de póliza

Nombre en la póliza

Dirección del Asegurado en póliza

Sitio web: _____

Nombre de usuario

Contraseña

Autorización secundaria enviada a

Pago a cuenta

¿Qué cuenta bancaria se utiliza?

¿Con qué frecuencia se paga la póliza?

Cómo se paga (retiro automático, anual, mensual, etc.)

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Información de vivienda

¿Está el individuo en alguna lista de vivienda?

Autoridad de Vivienda Pública (HUD/Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8)

DIRECCIÓN

Número de teléfono de la oficina principal

Sitio web

Sección 8 Fecha de solicitud de la lista de espera

Sección 8 Fecha de aprobación

Vivienda subsidiada a través de
Nombre

Número de teléfono

Fecha de re-evaluación anual

Detalles adicionales de la vivienda: (HUD, Irvine Land Trust, etc.)

Especialista en ocupación/arrendamiento

Información del contacto

Fecha de revisión anual

información adicional

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Transporte

Transporte público

Modo de transporte: _____

Fuente de financiación del pase de autobús

Número de pasajero de acceso

Número para programar viajes

Última Evaluación de Accesibilidad al Acceso

Rutas regulares de autobús

Plan de transporte relacionado con el trabajo

Otros métodos de transporte (Uber, Lyft o Family...)

Información del automóvil

Modelo y tipo de coche

Placa

Mensualidad

¿Qué cuenta bancaria se utiliza?

Cómo se paga (retiro automático, anual, mensual, etc.)

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Transporte

Seguro de automóvil

Emisor de póliza:

DIRECCIÓN

Número de teléfono

Número de póliza

Nombre en la póliza

Dirección del Asegurado en póliza

Información del vehículo en la póliza

Placa de matrícula y número VIN

Dirección donde se guarda el vehiculo

Sitio web:

Nombre de usuario

Contraseña

Autorización secundaria enviada a

Pago a cuenta

¿Qué cuenta bancaria se utiliza?

¿Con qué frecuencia se paga la póliza?

Cómo se paga (retiro automático, anual, mensual, etc.)

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Documentación educativa

Estado educativo primario actual

Inscrito en: _____

DIRECCIÓN

Número de teléfono

Maestro

Informe de progreso/boletas de calificaciones**

Plan IEP e ITP/IFSP/504**

Informe Psicoeducativo** (Más Reciente)

Plan impulsado por la persona (PDP)**

Transcripción**

Adaptaciones académicas**

Resumen de desempeño (SOP)**

Ejemplos de trabajo de estudiantes**

Graduado de la escuela/distrito: _____ Año: _____

Recibió: Certificado de finalización Diploma de escuela secundaria

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Documentación educativa

Educación post secundaria

Actualmente inscrito en: _____

DIRECCIÓN

Número de teléfono

Consejero o mejor persona de contacto

Programación (sin crédito, clases de crédito, especialización, certificados, etc.)**

Calificaciones/Transcripción**

Plan postsecundario**(SSP, ISP y/o Plan de Servicios para Discapacitados)

Adaptaciones académicas**

Plan Individual de Empleo (IPE)

Adaptaciones en el lugar de trabajo**

Inscripción en servicios para discapacitados
Información/Contrato**

Apoyo financiado por (DOR y/o Centro Regional)

Enumere todas las escuelas PSE anteriores (educación para adultos, colegio comunitario y/o universidad donde la persona estuvo inscrita en el pasado).

Notas adicionales sobre la documentación educativa

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Empleo/preparación para el empleo

Empleo/preparación para el empleo

Patrón actual: _____

Número de teléfono y dirección del empleo

Fecha de inicio del empleo

Salario inicial

Salario actual

Cómo se paga (es decir, depósito automático todos los jueves)

Pagado con qué frecuencia

Horario actual

Agencia de Servicio de Empleo

Alojamiento proporcionado: Sí No

¿Con qué frecuencia se reevalúa?

Se proporciono Sí No
entrenador laboral?:

cuantas horas/
semana

Proporcionado por

Número de teléfono y nombre del supervisor para la capacitación laboral (consulte la sección de Servicios para discapacitados)

Empleo/preparación para el empleo

Empleo/Preparación para el Empleo (Continuación)

Formulario para enviar al Seguro Social sobre coaching laboral/incentivo laboral**

Quién envía recibos de pago y formularios al Seguro Social (consulte la sección de información de SSI/SSDI)

Otro

Empleo

Resumen

Plan impulsado por la persona (PDP) **

DOR (Departamento de
Rehabilitación) Plan Individual
de Empleo (IPE)

Adaptaciones en el lugar de trabajo**

Requisitos de planificación de
beneficios públicos (Informes
de salarios y otros)

Incentivos laborales de la SSA, es decir, capacitación
laboral, ciertos tipos de transporte, equipos relacionados con
el trabajo, plan PASS,
exclusión de ingresos del trabajo de estudiantes (SEIE), etc.)

Agencia proveedora de servicios de
capacitación laboral

Experiencia laboral remunerada

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Empleo/preparación para el empleo

Aprendizaje basado en el trabajo (WBL)

Resumen

Enumere toda la capacitación laboral remunerada y no remunerada

Trabajo voluntario

Identificar los programas de desarrollo de la fuerza laboral en los que participó y en los que actualmente esta inscrito...

DOR (Departamento de Rehabilitación)

Centro Regional del Condado de Orange

Distrito escolar

Colegio comunitario

Adaptaciones en el lugar de trabajo**

Plan impulsado por la persona/Plan de acción (PDP) **

Documentos de evaluación de WBL

Notas adicionales sobre el aprendizaje y el empleo en el trabajo

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Centro Regional

Servicios de discapacidad estatales/federales/proveedores** (centro regional)

Centro Regional del Condado de Orange (RCOC)

Dirección del RCOC

Número de teléfono de la oficina (714)796-5100

Coordinador de Servicios

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Nombre de usuario (para abrir correos electrónicos)

Contraseña (para abrir correos electrónicos)

#UCI

Plan de programa individual**

Programa de Autodeterminación/PDP**

Ubicación de documentación anterior del RCOC

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Servicios para discapacitados**

¿Qué beneficio recibe el individuo de la Administración del Seguro Social?

- SSI
- SSDI
- Beneficios por incapacidad infantil
- (CDB) Otro: _____

www.myssa.gov

Nombre de usuario

Contraseña

Autorización secundaria enviada a

Informe mensual de salarios para el beneficiario de SSI/SSDI:

Enviado por correo

Reportado en myssa.gov

Enviado con cheques de pago (incentivos laborales de la SSA, como capacitación laboral, paratransito, etc.)

Fecha de la última revisión del estado de SSDI/ CDB o SSI

Beneficios que actualmente recibe (Cuenta bancaria asociada a Beneficios de Seguro Social)

Carta de verificación/ adjudicación del Seguro Social**

Ubicación de Documentación Pasada del Seguro Social

Beneficiario representante de la SSA

Servicios para discapacitados**

Servicios de discapacidad estatales/federales/proveedores**

Servicios de vida con apoyo/Habilidades para la vida independiente (SLS/ILS)

¿El individuo recibe? Sí No

cuantas horas/semana

Empresa proveedora

Número de teléfono de contacto del cuidador

Correo electrónico de contacto del cuidador

Proveedor #

Información sobre proveedores del centro regional

Apoyos de capacitación laboral

Agencia que proporciona: _____

Número de teléfono

DIRECCIÓN

Persona de contacto en la agencia: _____

Número de teléfono

DIRECCIÓN

Descripción de los servicios prestados

Porcentaje de coaching laboral

Servicios financiados por

Servicios para discapacitados**

Servicios de discapacidad estatales/federales/proveedores**

Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

Número de teléfono de la oficina

Nombre y número de teléfono del trabajador social

Fecha de Renovación anual

Número de identificación del destinatario

Nombre del proveedor de servicios y
número de identificación

Horas mensuales autorizadas

Dirección del sitio web de la hoja de horas: <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov/login>

Entrada de la hoja de horas completada por el proveedor los días 15 y 30 del mes (en el sitio web)

Nombre de usuario

Contraseña

Firma/aprobación de la hoja de horas

Nombre de usuario

Contraseña

Notas adicionales

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Servicios para discapacitados**

Otros programas de beneficios

cal fresca

Número de cuenta

Contraseña

Monto mensual de EBT

Departamento de Rehabilitación

¿Es el individuo un
cliente actual del DOR? Sí No

Dirección de la oficina local del DOR

Número de teléfono de la oficina del DOR

Nombre del consejero del DOR

IPE (Plan Individual de Empleo)

Descripción de los servicios prestados por DOR

Información legal

Tutela limitada**

El individuo se conserva: Sí No

Áreas donde el tribunal otorgó la tutela:

(Marque todo lo que corresponda...
derechos otorgados por el tribunal)

Para determinar la residencia

Tener acceso a registros confidenciales

Para casarse

Para celebrar contratos

Para dar consentimiento para tratamiento médico. Controlar los

contactos sociales y sexuales.

Para tomar decisiones educativas

conservadores

Documentos importantes

La siguiente lista no incluye todo, individualice según necesidades específicas.

- Identificación estatal o licencia de conducir
- Pasaporte estadounidense
- Tarjeta de inmigración
- Documentación de Incapacidad
- Registro de vacunación
- Registro de medicamentos
- Tarjeta(s) de seguro médico
- Directivas de salud
- Fideicomiso para necesidades especiales
- Trámites de tutela
- Trámites de poder notarial
- Trámites de toma de decisiones respaldados
- Arrendamiento de vivienda/información (si corresponde)
- Seguro para inquilinos (si corresponde)
- Información de recertificación de vivienda (si corresponde)
- Registro de automóvil (si corresponde)
- Seguro de automóvil (si corresponde)
- Plan impulsado por la persona (si corresponde)
- Carta de concesión del Seguro Social (si corresponde)
- Contraseña, nombre de usuario y autorización de terceros (si corresponde) Aviso
- de acción sobre horas aprobadas por IHSS
- Documentos de Autodeterminación (Plan de Gastos y Presupuesto
- Certificado) Horario diario, semanal y/o mensual (incluir copia actualizada/actual)

información adicional

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Recursos

Sección de Recursos

- Departamento de Rehabilitación (DOR)
- Autoridades de Vivienda en el Condado de Orange
- Opciones de alojamiento
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)
- Programas de seguridad para las fuerzas del orden
- Centro Regional del Condado de Orange (RCOC)

Departamento de Rehabilitación (DOR)

<https://www.dor.ca.gov/>

El Departamento de Rehabilitación de California es un departamento del estado de California que administra servicios de rehabilitación vocacional. Proporciona servicios de rehabilitación vocacional y defensa desde más de 100 ubicaciones en todo California que buscan empleo, independencia e igualdad para personas con discapacidades.

Dirección de la oficina local:

Número de teléfono local y nombre de la persona a contactar:

Número de teléfono general: 1-800-772-1213

Autoridades de Vivienda

Las Autoridades de Vivienda administran programas financiados con fondos federales para brindar asistencia de alquiler a inquilinos calificados en viviendas de alquiler de propiedad privada. El programa más grande de este tipo se conoce como Programa de Vales de Elección de Vivienda.

Los participantes que reciben un vale de vivienda pueden utilizar esta asistencia de alquiler en una variedad de viviendas y ubicaciones de

alquiler con casi cualquier propietario que esté dispuesto a participar en el programa. Las familias califican para subsidios de alquiler en función de

Debido a una larga lista de espera, la Autoridad de Vivienda acepta nuevas solicitudes para el programa sólo periódicamente. Se realiza un anuncio público cuando el programa está abierto a nuevos solicitantes.

GGHA (Autoridad de Vivienda de Garden Grove)

- Dirección: 11277 Garden Grove Blvd., Suite 100,
Garden Grove, CA 92843
- Teléfono: (714) 741-5150

(Los recursos de las Autoridades de Vivienda continúan en la página siguiente)

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Recursos

Autoridades de Vivienda (Continuación)

OCHA (Autoridad de Vivienda del Condado de Orange)

- Dirección: 1501 E St Andrew Pl, Santa Ana, CA 92705
- Teléfono: (714) 480-2700
- SAHA (Autoridad de Vivienda de Santa Ana)

Dirección: 20 Civic Center Plaza, Santa Ana, CA 92701

Teléfono: (714) 667-2284

Opciones de alojamiento

- Vivir en casa familiar o con parientes
- Vivir en su propio apartamento (vivienda independiente o con apoyo) con o sin compañeros de cuarto
 - Apartamento subvencionado por la Autoridad de Vivienda Pública (o)
- Agencia de Hogares Familiares para Adultos (AFHA)
- Hogar grupal/instalación residencial para adultos

Servicios de soporte a domicilio (IHSS)

<https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-services/home-supportive-services>

El propósito del programa IHSS es brindar servicios de apoyo a personas mayores, ciegas o discapacitadas, que tienen una capacidad limitada para cuidar de sí mismas y no pueden vivir en casa de manera segura sin ayuda. Esto incluye a las personas que podrían regresar a sus hogares desde hospitales, residencias de ancianos o residencias de ancianos si contaran con ayuda en casa.

IHSS

**1505 East Warner Ave Santa Ana, CA 92705 (714)
825-3000**

Recursos

Take me home

Estos programas están diseñados para ayudar a los oficiales a localizar personas perdidas o ayudar a personas encontradas en la comunidad, perdidas o confundidas. Una base de datos con capacidad de búsqueda proporciona información/herramientas vitales al personal encargado de hacer cumplir la ley para ayudar en el regreso con la familia. Esto brinda la oportunidad de indicar necesidades especiales de apoyo conductual en una base de datos con capacidad de búsqueda.

Si es necesario, consulte con su ciudad local para determinar si este servicio está disponible en su área. Registro Take Me Home (Departamento del Sheriff de OC-24 ciudades)

Registro de regreso a casa/Departamento de policía de Irvine

<https://www.ocsheriff.gov/community/take-me-home-program>

Centro Regional del Condado de Orange

<https://www.rcocdd.com/>

El RCOC colabora con personas con discapacidades del desarrollo, sus familias y la comunidad para asegurar servicios y apoyos individualizados que mejoren la calidad de vida de las personas a las que servimos y les ayuden a alcanzar su máximo potencial. El centro regional es la primera parada para personas y familias que buscan obtener servicios y apoyos locales para ayudarlos a vivir de manera segura y digna en la comunidad.

Actualmente, el RCOC presta servicios a más de 23,000 niños y adultos con discapacidades del desarrollo del Condado de Orange y a sus familias. Las discapacidades del desarrollo incluyen autismo, epilepsia, parálisis cerebral y discapacidad intelectual.

Si necesita ayuda del personal del RCOC durante las noches o los fines de semana, llame al (714) 796-5100 y pregunte por el "Individual de guardia" y alguien lo ayudará.

RCOC
1525 North Tustin
Santa Ana, CA 92705

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.

Recursos

Administración del Seguro Social (SSA)

<https://www.ssa.gov/>

Puede solicitar SSDI o SSI en cualquier oficina del Seguro Social.

Dirección de la oficina local:

Número de teléfono local y nombre de la persona a contactar: Número de teléfono general-1-800-772-1213

Ingreso de seguridad suplementario

- SSI significa Ingreso de Seguridad Suplementario. El Seguro Social administra este programa. Pagamos beneficios mensuales a personas con ingresos y recursos limitados que son ciegas, tienen 65 años o más o tienen una discapacidad que califica. Los niños con discapacidades o

ciegos también pueden recibir SSI.

Ingreso por discapacidad del Seguro Social

- Si cree que ya no puede trabajar por razones físicas y/o mentales, puede ser elegible para recibir pagos por discapacidad del Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o del Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI). Para ser considerado discapacitado, debe ser incapaz de realizar cualquier trabajo sustancial debido a una condición física y/o mental, que haya durado o pueda esperarse que dure al menos 12 meses o que pueda resultar en la muerte.
- La elegibilidad para SSDI se basa en contribuciones anteriores al Seguro Social y la elegibilidad para SSI se basa en su nivel de ingresos. Si se determina que es elegible para recibir pagos de SSI, también puede calificar para pagos suplementarios estatales (SSP).

Programas de desarrollo de la fuerza laboral

- WorkAbility I/WAI (distritos escolares, programas MS, HS y ATP)
- Programa de Asociación de Transición/TPP (DOR)
- Educación de Carrera Técnica/CTE (distritos escolares y colegios comunitarios)
- Servicios Estudiantiles (DOR)
- De la universidad a la carrera/C2C (DOR y colegios comunitarios)
- Workability II (DOR y Programas de Ocupación Regionales)
- Trabajabilidad III (DOR y Community College)
- Viabilidad IV (DOR y Universidades)
- CSP (Programa Integrado de Salario Submínimo para Empleo Competitivo)

**

Consulte las secciones de documentos para ver las copias importantes necesarias.