**ACUERDO DE SERVICIOS AL CLIENTE**

**DEL PROGRAMA DE ESPECIALISTAS EN BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD**

**DISABILITY BENEFIT SPECIALIST PROGRAM CLIENT SERVICES AGREEMENT**

El programa de especialistas en beneficios por discapacidad (Disability Benefit Specialist - DBS) proporciona información, ayuda y defensa con respecto a los programas de beneficios públicos y privados a personas entre las edades de 18 y 59 años que se identifican con una discapacidad física, intelectual o del desarrollo, trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias. Un especialista en beneficios por discapacidad o DBS puede proporcionar servicios de asesoramiento sobre beneficios a los jóvenes que pasan de los servicios para niños a los servicios para adultos a partir de los 17 años y seis meses. Un DBS puede asesorar a las personas con respecto a la elegibilidad para los programas de beneficios y puede proporcionar ayuda en los procedimientos de solicitud y / o apelación para estos beneficios.

**Sección 1: Alcance de los servicios (servicios proporcionados)**

El DBS del Aging and Disability Resource Center (ADRC) de

está autorizado a proporcionar los siguientes servicios a       ,

como se indica mediante la(s) casilla(s) marcada(s) a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actualizado: | |  | |  | |
|  |  | | Información sobre los beneficios y los servicios. | |
|  |  | | Ayuda con la presentación de la(s) solicitud(es) para: | |
|  |  | | Ayuda con la presentación de apelaciones para: | |
|  |  | | Servicios de defensa, que pueden incluir la recopilación y revisión de documentación médica y vocacional de respaldo para ayudar a acceder a los beneficios y servicios. | |
|  |  | | Actuar como representante designado para fines de solicitud o apelación de beneficios.  Un representante designado es una persona que ha sido autorizada para actuar en nombre de una persona con el propósito de acceder a los beneficios públicos, por ejemplo, con la Social Security Administration o un consorcio de mantenimiento de ingresos.  Se debe llenar un acuerdo de representante designado ([Appointed Representative Agreement](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-02863.htm)) cuando el DBS proporciona representación en la(s) solicitud(es) o apelaciones de los beneficios de la Social Security Administration.  **A menos que el DBS haya acordado formalmente actuar como representante designado por el cliente, el cliente es responsable de presentar todas las solicitudes, apelaciones y otros documentos relevantes.** | |
|  |  | | Representación en apelación de denegación de: | |
|  |  | | Referencia a un abogado privado o del programa para una posible representación legal. | |
|  |  | | Otro: | |

El alcance de los servicios puede cambiarse mediante un acuerdo verbal o escrito entre el DBS y el cliente. Un cambio en el alcance de los servicios se indica con la inicial y la fecha junto a las casillas correspondientes anteriores por el DBS después de consultar con el cliente.

**Sección 2: Confidencialidad**

Los servicios del DBS son confidenciales. El DBS no divulgará información sobre un cliente sin el consentimiento informado del cliente, a menos que lo permita el Wis. Admin Code § DHS 10.23(2)(d)2.

|  |  |
| --- | --- |
|  | El ADRC de       emplea a más de un DBS. Al firmar este documento, el cliente comprende que todos los DBS de este ADRC tienen acceso a la información del cliente. |

Al firmar este documento, el cliente comprende que parte de recibir los servicios por parte del DBS implica el intercambio de información entre los DBS y su supervisor local, proveedor de ayuda técnica y el gerente del programa de DBS del Department of Health Services de Wisconsin para fines de supervisión de casos, informes de datos, y garantía de calidad. El supervisor local, el proveedor de ayuda técnica y el gerente del programa de DBS están sujetos a la confidencialidad y no comparten la información del cliente con nadie más que con el DBS sin el consentimiento informado del cliente.

El DBS obtendrá todas las divulgaciones de información necesarias para promover los objetivos de promoción acordados. Además, el cliente da permiso para que el DBS comparta información con las siguientes personas según sea necesario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relación** | **Propósito de la divulgación** |
|  | Personal del centro de recursos |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sección 3: Responsabilidades del DBS y el cliente**

Responsabilidades del DBS ante el cliente

* Mantener la confidencialidad del cliente como se explicó anteriormente.
* Informar al cliente de las acciones tomadas por el DBS en el caso del cliente, de manera oportuna.
* Devolver las llamadas telefónicas de manera oportuna.
* Poner la documentación recopilada por el DBS a disposición del cliente cuando la solicite.
* Proporcionar una copia del contrato de servicios firmado al cliente.
* Proporcionar información sobre el procedimiento de quejas para los servicios del DBS.

Responsabilidades del cliente ante el DBS

* Informar al DBS de los cambios en la información de contacto, el estado de salud y otros asuntos.
* Proporcionar al DBS copias de los documentos pertinentes cuando se solicite.
* Proporcionar al DBS información sobre cualquier fecha límite de presentación y apelación relevante y fechas de audiencia.
* Informar al DBS de la recepción de documentos como formularios y cartas de las agencias de beneficios.
* Mantener el contacto con el DBS y cooperar con el DBS para avanzar en los objetivos acordados.

Responsabilidades del cliente, o representante autorizado, ante el Social Security Administration (SSA)

* Informar al SSA por completo sobre toda la información que el cliente conozca relacionada con el reclamo por discapacidad.
* Proporcionar al SSA todas las pruebas que el cliente haya recibido en relación con el reclamo por discapacidad.

**Sección 4: Firma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del cliente (en letra de molde o a máquina) | **FIRMA** – Cliente | Fecha de la firma |
|  |  |  |
| Tutor legal (letra de molde o a máquina) | **FIRMA** – Tutor legal | Fecha de la firma |
|  |  |  |
| Nombre del DBS (letra de molde o a máquina) | **FIRMA** – DBS | Fecha de la firma |
|  |  |  |