



## CONTRATO DEL CLIENTE: PROGRAMA DE RESPITE

Yo, (Nombre del cuidador/Cliente) \_\_\_\_\_, por la presente verifico que soy el cuidador primario del familiar menor que tengo a mi cargo. Entiendo que el Programa Kinship de YMCA es un programa voluntario y acuerdo voluntariamente con sus servicios. Doy permiso a Kinship de YMCA para que me brinde servicios a mí y a los siguientes:

(Nombres de los niños/miembros de la familia): \_\_\_\_\_

Por favor, lea lo siguiente y coloque sus iniciales:

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que la asistencia de Respite a través de Aging & Independence Services solo está disponible para familiares cuidadores en el Condado de San Diego que tienen 55 años o más, que brinden prueba de su edad.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que mi solicitud de Respite no será procesada si está incompleta (es decir, si le falta algún documento requerido, como una fotografía de un documento de identificación o el formulario de solicitud completado). Es mi responsabilidad confirmar que mi paquete de Respite está completo y que mi solicitud será procesada. Mi paquete se debe actualizar anualmente.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que el programa Kinship Respite tiene el derecho a aprobar o no aprobar el proveedor de Respite (es decir, campamento de YMCA, proveedor de cuidados infantiles, campamento que no sea de YMCA). Si el proveedor que solicito no es aprobado, entonces solicitaré proveedores alternativos de Respite.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que soy elegible para recibir hasta 120 horas de Respite por niño, por año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio). La cantidad de horas que reciba podrá ser menos de 120 por niño dependiendo de cuántas horas haya disponibles cuando solicite Respite. (Por ejemplo, si solicita Respite al final del año fiscal, es posible que no queden horas disponibles.) Entiendo que las solicitudes se consideran por orden de llegada.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que mis horas aprobadas de Respite aparecerán en el formulario de *Resumen de Respite Aprobado*, y solo se proveerá pago por estas horas. No estoy aprobado para ninguna hora que no se incluya en el formulario, y seré responsable de cualquier pago que vaya más allá de las horas aprobadas.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que mi hijo deberá asistir la duración del Respite aprobado (el programa completo cada día), o al menos la cantidad mínima de horas como se establece en el *Resumen de Respite Aprobado*. Todas las horas aprobadas, pero no usadas, se perderán.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que cualquier costo de registro o costo adicional más allá del servicio de Respite no quedará cubierto por el programa de Respite, y que yo seré responsable de dichos costos.

Iniciales \_\_\_\_\_ Soy consciente de que no es necesario que use este Proveedor de Respite. Entiendo que no voy a mantener a la YMCA del Condado de San Diego responsable por el cuidado de mi hijo/a mientras ellos están en el cuidado de un proveedor que no es un proveedor de la YMCA.

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que mi información personal de contacto solo se utilizará entre agencias de YMCA y proveedores/socios de AIS. Mi información personal sensible se almacenará en una base de datos segura. Los Límites de Confidencialidad me han sido divulgados (página 12) y entiendo en qué casos se violará la confidencialidad.

También existen ciertas situaciones en las que se requiere legalmente que el personal de Kinship viole la confidencialidad. Son:

- Si el personal tiene *sospecha razonable* de que el niño bajo los cuidados de un familiar cuidador es víctima de abuso infantil, sea físico o sexual, el personal debe reportar esa información a los Servicios de Protección Infantil. Esto también se aplica a sospechas de maltrato de ancianos, que se reportará a Servicios de Protección de Adultos.
- Si el personal llega a la conclusión de que el cuidador o el niño es un peligro para sí mismo o para los demás, el personal debe avisar a la policía, lo que puede resultar en mayores investigaciones, evaluaciones y una posible evaluación psiquiátrica involuntaria.
- Si el familiar cuidador o el niño amenaza dañar físicamente a otra persona, el personal está legalmente obligado a reportar la amenaza tanto a la policía como a la víctima de la amenaza.

Iniciales\_\_\_\_\_ Entiendo que no es necesario que use campamentos o proveedores de cuidados de día de YMCA. No responsabilizaré a YMCA del Condado de San Diego por los cuidados de mi niño/niños si no asisten a un campamento o programa de cuidados de día de YMCA.

Iniciales\_\_\_\_\_ Entiendo que, como persona que registra el cuidado de Respite, soy la única persona autorizada a hacer cambios a los servicios de Respite solicitados (por ejemplo, un cambio de fecha o cancelación del campamento).

Iniciales\_\_\_\_\_ Entiendo que los fondos disponibles para Respite son limitados, especialmente durante los meses de verano. La aprobación de Respite no está garantizada, incluso si ya he recibido Respite antes, y se deben hacer las solicitudes con suficiente anticipación: un mes de anticipación para las solicitudes que no sean de verano y de tres a cuatro meses para solicitudes de verano.

Iniciales\_\_\_\_\_ Entiendo que si me inscribo para un campamento u otra actividad de Respite antes de recibir la confirmación del Coordinador de Respite de que ha sido aprobada, se rechazará mi solicitud. Debo planificar con anticipación y enviar las solicitudes al menos un mes antes de cualquier registro o pago o incluso antes para las solicitudes de verano. No se aceptan los retro pagos.

Iniciales\_\_\_\_\_ Entiendo que el programa de Respite de Kinship no ofrece Respite de emergencias.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Por favor adjunte una prueba de su edad al paquete de Respite completo  
(fotocopia del documento de identidad, licencia de conducir, u otra manera  
de probar su edad)**

Office Use Only

Care Access Q Database # \_\_\_\_\_

Proof of age verified: \_\_\_\_\_