DEPARTAMENTO DE LA
VIVIENDA
PROGRAMA CDBG-ESTATAL

GUÍA OPERACIONAL PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE AUXILIARES EN EL HOGAR

REVISADO ABRIL 2024

ENMIENDAS AL MANUAL

Este Manual está sujeto a cambio, de acuerdo con la reglamentación que publique el Departamento Federal de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés), para efectos del uso de los fondos CDBG del Estado, y las políticas que promulgue el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR), en virtud de estos. Las enmiendas al manual serán publicadas por el DVPR y se registrarán en la tabla que sigue.

NÚMERO DE VERSIÓN DEL MANUAL	FECHA	DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENMIENDA
Versión 1	**15-diciembre-2023**	**Versión original del manual.**
Versión 2	**26-abril-2024**	Se actualizó los aspectos a considerar en el reclutamiento de Auxiliares en el Hogar. Disminuir la edad a 60 años o más, para personas envejecientes.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION 1

OBJETIVOS GENERALES 2

PROYECTO DE SERVICIO DE AUXILIARES EN EL HOGAR 2

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EL MUNICIPIO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO 3

VERIFICACION Y DOCUMENTACION PROCEDIMIENTO DE ELEGIBILIDAD PARA EL BENEFICIARIO 6

INFORMACION PRESUPUESTARIA 8

FACTORES A CONSIDERAR EN LA ADMINISTRACION DEL PROYECTO 11

ANEJOS FORMULARIOS DEL PROGRAMA AUXILIARES EN EL HOGAR 17

- CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001) PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO 18
- SOLICITUD DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-AH-001) PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR 18
- CERTIFICACION MÉDICA (DV-AH-002) 23
- PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR 23
- CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-SP-004) 24
- CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPACION DEL SERVICIO (FORMULARIO DV-AH-003) PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR 27
- RESULTADO DE LA EVALUACION (FORMULARIO DV-AH-004-A) 28
- RESULTADO DE LA EVALUACION (FORMULARIO DV-AH-004-B) 29
- CONVENIO DE SERVICIOS CON EL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-AH-005) 30
- HOJA DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE AUXILIARES DEL HOGAR (FORMULARIO DV-AH-006) 31

INTRODUCCION

El Departamento de la Vivienda ha desarrollado el Manual Operacional para los proyectos de Servicio de Auxiliares en el Hogar, con el propósito de promover uniformidad a través de todos los municipios para un buen manejo de dicha actividad. Esta guía tiene como objetivo principal el ofrecer unos procedimientos específicos aplicables a todos los beneficiarios del servicio de auxiliares en el hogar para personas con impedimentos y ancianos en los municipios.

El proyecto de Auxiliares en el Hogar ofrece servicio a familias que tienen personas con limitaciones o ancianos que confrontan dificultades en su funcionamiento y se encuentran seriamente limitados para ejercer sus roles o cuidar de sí mismos. **Por lo cual, el objetivo principal del programa es proveer servicios de calidad a los beneficiarios y no la creación de empleo. Aunque como resultado, la administración municipal, pudiese determinar contratar personal, el parámetro de cumplimiento es el servicio al participante elegible.**

El Municipio documentará el cumplimiento de objetivo nacional de Clientela Limitada, a través de la presunción de IBM, **la cual** sirve exclusivamente a **una clientela,** ya sea envejecientes o discapacitados, que se presumen de ingresos bajos y moderados. En este sentido, si el municipio desea brindar servicio a ambas poblaciones, tiene que someter proyectos por separado para cada población. Entiéndase, un proyecto para envejecientes y otro aparte para discapacitados, con sus respectivos *matrix codes*.

Todo solicitante debe tener el derecho a que su caso sea evaluado y que se le informe oficialmente sobre su elegibilidad para el proyecto. A los fines de determinar la necesidad de este servicio será requisito evidenciar que la persona con impedimentos o anciano no puede valerse por sí mismo para su cuidado personal, supervisión y manejo del *hogar que carece de familiares* que puedan atender sus necesidades adecuadamente. Deberán cumplir con los requisitos de elegibilidad económica ofreciendo el beneficio a personas de ingresos bajos y moderados. El municipio no podrá discriminar por razones de raza,

sexo, nacimiento, origen o condición social, ideas políticas o religiosas o impedimento físico y/o mental.

Los servicios a prestarse deben ser por cuatro (4) horas diarias (sujeto a aprobación de más horas en casos especiales), por cinco (5) días a la semana y no menos de un término de tres (3) meses. En la determinación de distribución de horas y servicios a los beneficiarios, tiene que evaluarse la necesidad continua, recurrente, total o parcial, a base de la condición del solicitante, a los fines de brindar servicio de calidad y holístico.

OBJETIVOS GENERALES

La Guía Operacional que se presenta a continuación va dirigida a:

1. Proveer la información necesaria para su aplicación a los funcionarios encargados del proyecto.
2. Proveer una organización para que el desarrollo del proyecto sea uno rápido y eficaz.
3. Establecer criterios uniformes de competencia y selección que los beneficiarios deben conocer para la participación en el proyecto.
4. Establecer unos controles de calidad de servicios dirigidos a mejorar el proyecto.

PROYECTO DE SERVICIO DE AUXILIARES EN EL HOGAR

Definición del Servicio:

El Servicio de Auxiliares en el Hogar es un proyecto que puede desarrollarse con los fondos del Programa en Bloque de Desarrollo Comunal (CDBG, por sus siglas en inglés) dentro de la categoría de Servicio Público. Es un servicio social complementario en beneficio principal de personas de ingresos bajos o moderados. Bajo el cual, si la administración municipal no cuenta con personal, puede reclutar, adiestrar y supervisar a Auxiliares de Servicios en el Hogar, el cual se contrata por el Programa para prestar

servicios en el hogar cuando el participante no está en condiciones para atender sus necesidades debido a que está enfermo o existen otros factores que lo limitan.

Propósito del Servicio:

1. Retener al participante del programa en su propio hogar.
2. Evitar hasta donde sea posible el ingreso a una institución al envejeciente o adulto impedido que vive solo, si médicamente es recomendado.
3. Reducir las hospitalizaciones de enfermos crónicos.
4. Propiciar el que la familia permanezca en la fuerza trabajadora mientras el auxiliar en el hogar del envejeciente o incapacitado, cuida de éste.
5. Ayudar al participante del servicio en su higiene personal, la de su vivienda y asistirlo en las citas que sean requeridas.
6. Colaborar en la rehabilitación del participante en su propio hogar.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EL MUNICIPIO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Pasos a Seguir

1. Divulgación efectiva, para la cual debe mantener evidencia en el expediente del cumplimiento de este proceso. Debe contener la siguiente información:
   a) Propósito del proyecto
   b) Días, sitio y horas para solicitar
   c) Criterios de elegibilidad
   d) Fecha límite para solicitar

   El Municipio podrá hacer la divulgación a través de radio, televisión, hojas sueltas, tablones de edictos y/o periódico de mayor o menor circulación (locales). Mediante el **Formulario DV-AH-001**, el Alcalde certificará el cumplimiento con los requisitos establecidos en el Manual Operacional para el Proyecto de Auxiliares en el Hogar.

2. Deberán designar un Coordinador de Servicios quien evaluará las solicitudes tomando en consideración el cumplimiento con los requisitos, la necesidad del servicio y los recursos económicos para determinar elegibilidad. Además, será responsable de la coordinación de los servicios a ofrecerse y de la administración del proyecto.
3. El Coordinador de Servicios efectuará una entrevista con el solicitante en la Oficina de Programas Federales para explicarle el programa en detalles e informarle de los documentos requeridos para procesar la solicitud. Se radicará una solicitud **(Formulario DV-AH-002)** en la Oficina de Programas Federales del Municipio, la cual requerirá los siguientes datos:
   a) Identificación del solicitante incluyendo datos como: nombre, dirección, teléfonos, número de seguro social. **(Cumplirán con lo establecido en la Ley Núm. 243 de 10 de noviembre de 2006. Por lo que luego de verificar la tarjeta del seguro social, solo se incluirá en la solicitud los últimos cuatro (4) dígitos del número del Seguro Social y se devolverá la tarjeta al solicitante).**
   b) Razón por la cual solicita el servicio.
      - **Persona Envejeciente (Edad Avanzada)** - Persona de 60 años o más de edad, que requiere asistencia en el Hogar, según definido en el Manual de Procedimientos para Administrar el Programa de Servicios Públicos, vigente. Para cumplimiento con Objetivo Nacional, solamente se requiere el certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad o
      - **Persona con Impedimento Severos (Discapacitada)** - Persona que tiene un impedimento físico o mental el cual limita sustancialmente una o más de sus actividades vitales, y tiene historial de ese impedimento y/o es reconocida como impedida, según definido en el Manual de Procedimientos para Administrar el Programa de Servicios Públicos, vigente, solamente se requiere la certificación de discapacidad **(Formulario DV-SP-004)** o copia de la carta de discapacidad del Seguro Social.

c) Cualquier otro dato que se considere necesario para la evaluación de la solicitud.
d) Autorización del Participante para divulgación de información.
e) Firma de la solicitud por el solicitante o representante autorizado con la inclusión de la fecha de radicación.

4. Se asignará un número oficial en forma consecutiva a todas las solicitudes recibidas para determinar el orden de llegada y el turno asignado a cada una para el procedimiento correspondiente. Ej. Año, mes, día, turno (18-09-30-001).
5. Toda solicitud será evaluada en el término de **treinta (30) días** a partir de la fecha de radicación. Para aquellos casos que sea necesario información y/o evidencia para completar la solicitud, el municipio deberá emitir una comunicación escrita al solicitante.
6. Una vez obtenida toda la información requerida en el **Formulario DV-AH-002** por el solicitante y haber cumplido con los documentos requeridos, se procederá a evaluar la solicitud para determinar la elegibilidad utilizando los criterios establecidos en el **Formulario DV-AH-003**.
7. Se procederá a notificar al solicitante el resultado de la evaluación de la solicitud de participación en el proyecto mediante uno de estos formularios:
   a) Solicitud Aprobada **(Formulario DV-AH-004-A)**
   b) Solicitud Denegada **(Formulario DV-AH-004-B)**
8. En los casos aprobados se firmará un Contrato de Participación **(Formulario DV-AH-005)** estableciendo el plan de servicio que ofrecerá el programa.
9. Será responsabilidad del Coordinador de Servicios, el que se efectúe por lo menos **una (1) visita al mes** a la residencia del participante para asegurar que se está ofreciendo un servicio de calidad al beneficiario. Evaluar la labor realizada por el auxiliar del hogar mediante la utilización del **Formulario DV-AH-006**.

   Los casos serán revisados cada tres (3) meses, a menos que el municipio advenga en conocimiento antes de dicho término de que han variado los criterios y condiciones que hicieron elegible al participante para recibir el servicio.

10. La duración del servicio al participante deberá ser **no menor de tres (3) meses**, a menos que ocurra cualquiera de las condiciones mencionadas a continuación:
    a) Cuando el plan de servicios se ha logrado.
    b) Si se ha vencido el término por el cual se autorizó el servicio.
    c) Si la razones que justificaron la prestación del servicio ya no existen.
    d) El beneficiario declina continuar recibiendo el servicio.
    e) Cuando el beneficiario establece residencia fuera del municipio donde se le ofrece el servicio.
    f) Cuando el paciente fallece.
    g) Es recluido en una institución y/u hospital.
    h) A la disponibilidad de los fondos del Programa.

VERIFICACION Y DOCUMENTACION PROCEDIMIENTO DE ELEGIBILIDAD PARA EL BENEFICIARIO

Antes de determinar la elegibilidad o continuación del servicio la Oficina de Programas Federales verificará los datos ofrecidos por el solicitante mediante información que establezca su autenticidad. Los expedientes deberán contener la documentación necesaria para sustentar las determinaciones de elegibilidad.

Se considerarán como **verificaciones mandatarios** las siguientes:

1. Identidad, número de seguro social y edad del beneficiario
2. Evidencia de edad, en el caso de que el programa esté dirigido a envejecientes.
3. Condiciones de incapacidad del beneficiario, en el caso de estar dirigido a personas con incapacidad o impedimentos severos. **Debe referirse al punto #4 de la siguiente sección para determinar la incapacidad.**
4. Residencia del beneficiario.

No obstante, copia de los documentos personales como el Seguro Social, por razones de seguridad, no debe permanecer en el expediente. **Solo se incluirá los últimos cuatro (4) dígitos del número de su seguro social.**

Para verificar la información ofrecida por el beneficiario o su representante autorizado, se utilizarán los siguientes métodos:

1. La identidad del beneficiario podrá ser verificada mediante la presentación de uno de los siguientes documentos:
   a) Licencia de conducir.
   b) Tarjeta electoral
   c) Tarjeta de identificación del trabajo
   d) Pasaporte

   Si el beneficiario no puede presentar evidencia alguna sobre su identidad, se procederá a entrevistar alguna persona de la comunidad que pueda verificar la misma.
2. El número de seguro social será verificado mediante la presentación de la tarjeta oficial expedida por la Oficina del Seguro Social Federal e inmediatamente se entregará al solicitante. **No se retendrá copia de la misma.**
3. La edad del beneficiario será verificada mediante la presentación del certificado de nacimiento, acta de bautismo o cualquier otro documento que acredite razonablemente la misma.
4. El estado de salud o condición de incapacidad del beneficiario será verificado mediante el **Formulario de HUD 90102 Certificación de Discapacidad** y la presentación de certificado expedido por un médico autorizado, conforme a la Ley HIPPA. Dicha verificación será renovada cada seis meses. **Es importante mantener copia de estos documentos como parte del expediente.**
5. La residencia será verificada mediante visita al hogar del beneficiario.

Toda información relacionada con el proyecto de Servicio de Auxiliares en el Hogar se mantendrá en un archivo. Se mantendrá un expediente de todos los casos con todos los documentos requeridos**. La información deberá estar disponible para ser inspeccionada en cualquier momento por funcionarios federales, y/o cualquier otro funcionario autorizado, incluyendo personal del DV y la Oficina del Contralor.** Como política pública se declara la naturaleza confidencial de los expedientes

relacionados con la prestación del servicio de auxiliares en el hogar, según las normas establecidas por la Ley HIPPA. Se prohíbe a cualquier persona o empleado del municipio divulgar directa o indirectamente la información obtenida durante el desempeño de sus deberes, exceptuando cuando esta información sea de carácter general a saber: los gastos en que incurra el proyecto, el número de solicitantes o beneficiarios, la clasificación de éstos por tipo de servicio que soliciten o reciben, las características de los beneficiarios y otra información estadística o de carácter social.

El Evaluador del Municipio tiene que completar la Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (Formulario DV-AH-007) y archivarla en el expediente del participante.

INFORMACION PRESUPUESTARIA

Las actividades relacionadas con el proyecto de Servicio de Auxiliares en el Hogar podrán ser sufragados con fondos aprobados bajo el Programa en Bloque de Desarrollo Comunal (CDBG) para pequeñas ciudades. Para requisar los fondos del DV para este proyecto, el municipio deberá seguir el mismo procedimiento establecido para los otros proyectos bajo el Programa CDBG. La Administración Municipal, pudiese solicitar el reembolso por los servicios prestados de un auxiliar de servicios, distribuido en partidas correspondientes a distintos años programas, en los cuales tengan el programa aprobado.

La duración del servicio está condicionada a la disponibilidad de fondos según se establezca en el presupuesto incluido en la propuesta, tomando en consideración que **los servicios a prestarse tienen que ser por, un máximo de cuatro (4) horas diarias (sujeto a aprobación de más horas en casos especiales), por cinco (5) días a la semana y no menos de un término de tres (3) meses**. Para que no se vea afectado el servicio que ofrecerán los auxiliares del hogar, durante la etapa de planificación del presupuesto de este proyecto deberán considerar lo siguiente:

1. Tiempo de duración del proyecto (tiempo mínimo de duración de tres (3) meses).
2. Salario mínimo de **$8.80 por hora**, para el Programa de Auxiliares en el Hogar.
3. Incentivo, para **NUEVO** reclutamiento de auxiliares en el hogar, por un monto de **cien dólares ($100.00), por persona**. **No aplica al personal ya reclutado bajo el programa.**
4. Aportación del patrono, para el Seguro Social **(7.65%)**
5. Aportación del patrono, para Fondo del Seguro del Estado **(Código 9518-353 - , Empleados Municipales- Servicios de Ama de Llaves a Personas Insolventes, según el Manual de Clasificaciones de Oficios e Industrias y Tipos de Seguros, de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado de PR, vigente).**
6. SINOT – Opcional

Referirse al MC-2022-05 "Enmienda al Memorando Circular Núm. 2021-10, Directrices para el Pago de Salarios y Beneficios Marginales Programa CDBG".

No obstante, recabamos que las restantes disposiciones del Memorando Circular 2021-10, que no fueron afectadas, continúan vigentes. De considerar el municipio, una aportación municipal para incrementar el servicio, deberá así indicarlo en la descripción del proyecto, indicando en qué consiste la aportación. También deberá detallar los servicios, como parte del presupuesto.

A continuación, se ofrece **un ejemplo** para determinar un presupuesto para diez (10) auxiliares del hogar, como parte del proceso de planificación:

Ejemplo:

Presupuesto para diez (10) Auxiliares en el Hogar por 13 semanas. (Revisar de acuerdo a lo presentado en propuesta):

Salario por hora	$8.80
Horas diarias	x 4
Salario diario	$35.20
Días de trabajo	x 5
Salario Semanal	$176.00
Tiempo de duración (13 semanas)	x 13
Total de Salario x Auxiliar del Hogar	$2,288.00
Aportación Seguro Social ($2,288 x .0765) = $ 175.03	$175.03
Aportación FSE (según aplique) ($2,288 x .035) = $ 80.08	$80.08
SINOT ($2,288 x .0035) = $ 8.01	$8.01
Total de Beneficios	$263.12
Total por Empleados (Sueldo + Beneficios)	$2,551.12
Total de Empleados	x 10
Total para diez (10) Auxiliares del Hogar	$25,511.20

De considerar una aportación municipal, debe incluir, por separado, en que consiste la misma. El mismo debe reflejarse en el Estimado de Costos, del Perfil de Servicio Público, así como en la Tabla Presupuestaria, según aplique.

También deben considerar como parte del presupuesto para el proyecto una partida para materiales a utilizarse en el cuidado del participante tales como, sin limitarse: pañales desechables, guantes, mascarillas, gaza y líquidos desinfectantes, de así ser necesario y otros esenciales al servicio.

Además, deben considerar si nombrarán un Coordinador de Servicios para administrar el proyecto de Auxiliares en el Hogar.

Referirse al MC-2022-05 "Enmienda al Memorando Circular Núm. 2021-10, Directrices para el Pago de Salarios y Beneficios Marginales Programa CDBG".

FACTORES A CONSIDERAR EN LA ADMINISTRACION DEL PROYECTO

A. Requisitos para Reclutamiento de Auxiliares en el Hogar

El Auxiliar del Hogar que presta servicios al anciano o adulto impedido deberá cumplir ciertos requisitos básicos que le permitan comprender y atender al participante en forma adecuada. Entre los requisitos básicos están los siguientes:

1. Edad – Debe ser una mujer o un hombre mayor de 18 años.
2. Instrucción – Debe saber leer y escribir. Es importante, además, que tenga disposición suficiente, como para aprender a través de la supervisión y beneficiarse de adiestramientos que se le brinden.
3. Experiencia – El candidato debe tener alguna experiencia en el manejo y cuidado de personas adultas y ancianos con algún tipo de impedimento. Igualmente deberán ser personas con alguna experiencia en el manejo del hogar.
4. Condición de Salud – Debe gozar de buena salud y presentar Certificado Salud; el cual debe ser renovado anualmente.
5. Habilidades y otras Condiciones Especiales – La persona que sirva de Auxiliar del Hogar deberá estar emocionalmente balanceada; es decir que tenga madurez. Deberá tener habilidad para establecer relaciones, para comprender las distintas situaciones, manejar el hogar, tener deseo de ayudar a la persona necesitada y saber respetar la dignidad humana.
6. Ser residentes del municipio.

Para considerar su reclutamiento deberá someter los siguientes documentos:

1. Solicitud de empleo cumplimentada
2. Certificado de Salud Vigente
3. Certificado de Nacimiento Original / Fe de Bautismo / Pasaporte / Forma 214 (vet.)
4. Tarjeta de Seguro Social (Solo para verificar la Información)

5. Certificación Ley 300-1999, según enmendada, "Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud".
6. Cualquier otra documentación requerida, según leyes federales, estatales y municipales.

Se mantendrá, en el expediente. copia a colores de cada documento y se devolverá el original al solicitante, excepto la tarjeta de Seguro Social, la cual solo se utilizará para verificar la Información del número y no se mantendrá copia en el expediente. De la identificación no tener una foto, tiene que proveer una en tamaño 2x2 reciente.

Luego del nombramiento, se le solicitará licencia de conducir o tarjeta electoral para asegurar que es el solicitante.

Como regla general, **NO** se nombrarán auxiliares en el hogar para brindar servicio a sus familiares dentro de los niveles de parentesco según se definen en la Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico, la Ley 107 conocida como "Código Municipal de Puerto Rico" y/o cualquier reglamentación estatal o federal aplicable a los fondos CDBG-State Program, vigente. La restricción aplicará también a familiares de empleados, funcionarios, consultores y/o asesores. Casos excepcionales serán considerados vía dispensa previa consulta y autorización del Departamento de la Vivienda (DV).

Referirse al MC-2023-12 Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensas para los Fondos CDBG y sus Variantes.

B. Requisitos para Solicitantes de Servicio

1. Solicitud de servicio cumplimentada
2. Certificación médica explicando condición de salud del solicitante
3. Evidencia de gastos médicos o equipos utilizados para su condición de salud

C. Evaluación de Casos

Los casos se clasifican de acuerdo a la fecha de solicitud y a la condición de salud de los solicitantes del servicio.

1. Estudio de evaluación de criterios de elegibilidad al solicitante del servicio:
   a. Cumplimiento con Objetivo Nacional a través de:
      - Persona Envejeciente (Edad Avanzada) (60 años o más)
      - Persona con Impedimento Severos (Discapacitada)
   b. Condición del participante
2. Visita de Pre-Evaluación al hogar del solicitante del servicio.

D. Visitas de Seguimiento y Evaluación

Una vez se recluta el Auxiliar de Servicios en el Hogar, se le presenta al participante del programa que necesita servicios. Se realizan por lo menos **una (1) visita al mes** por cada caso estando presente el participante y el auxiliar de servicio en el hogar. Esto es importante para corroborar si el auxiliar está realizando su jornada de trabajo según establecido.

Por otro lado, se realiza otra visita de seguimiento, pero solamente con el participante para que tenga la libertad de poder manifestar algún problema con el auxiliar o alguna irregularidad para así corregirla a tiempo.

En dichas visitas se evalúan, además, otras cosas tales como problemas de maltrato, de salud, entre otras. Entendemos que estas visitas son claves para la evaluación efectiva del desarrollo del Programa de Auxiliares de Servicio en el Hogar.

E. Tareas que Puede Desempeñar el Auxiliar en el Hogar

1. En relación con el participante del Programa

a. Ofrecer servicios de ayuda en el hogar a envejecientes y personas con impedimentos relacionados con la alimentación, higiene, vestimenta y la atención de los problemas de salud que éstos confrontan.
b. Confeccionar los alimentos y en caso de que el participante lo amerite le administrará los mismos.
c. Colaborar con el envejeciente o impedido en su aseo e higiene personal.
d. Mantener la habitación del participante en condiciones higiénicas.
e. Acompañar al participante a consultas o tratamiento médico cuando la situación lo amerite.
f. Ayudar al participante a mantener una atmósfera apropiada en su hogar de modo que haya armonía necesaria para conseguir la rehabilitación de éste.
g. De ser posible, ayudarlo a salir del hogar a tomar sol y aire, por el tiempo convenido.
h. Realizar otras tareas afines dirigidas a ofrecer servicios de excelencia al participante.
i. La única persona autorizada a entrar en la residencia donde se presta el servicio será el auxiliar del hogar. No puede ir acompañado de familiares ni amigos.

2. En relación con el Programa
   a. Trabajar en horario convenido diario de lunes a viernes, o en el horario adaptado que determine la administración municipal, en beneficio del participante.
   b. Mantener una conducta intachable en todas sus acciones para con el participante.
   c. Traer semanalmente la nómina firmada.
   d. Firmar el contrato cada tres meses, según convenido.
   e. Las ausencias serán notificadas y/o coordinadas, **siempre**, con el Coordinador de Servicios y con el Participante del Programa. En caso de situaciones imprevistas, se excusará con el Coordinador.
   f. Asistir a cualquier reunión que sea citado.
   g. Estar presente en las entrevistas de seguimiento que sea notificado.

h. Realizar las tareas según convenido.
i. Compartir sus observaciones y experiencias en el desempeño de sus tareas con el Coordinador del Programa de Auxiliares de Servicios en el Hogar.

F. Renuncias

Todo Auxiliar de Servicio en el Hogar podrá renunciar a su puesto libremente mediante notificación escrita a la Coordinadora del Programa de Auxiliares de Servicios en el Hogar con quince (15) días de antelación a la fecha en que suspenderá sus labores.

G. Cesantías

Si el municipio tuviese que prescindir de los servicios de la Auxiliar de Servicio en el Hogar, se le notificará con diez (10) días de antelación y la razón de la cesantía.

H. Jornada de Trabajo, Asistencia y Forma de Pago

La jornada regular de trabajo debe ser por un máximo de cuatro (4) horas diarias (sujeto a aprobación de más horas en casos especiales), veinte (20) horas semanales, sobre la base de cinco (5) días laborables. La Hoja de Asistencia será entregada semanalmente, debidamente firmada por el Auxiliar de Servicio en el Hogar y el recipiente del servicio a la Oficina de Programas Federales para el trámite correspondiente.

La nómina deberá ser procesada quincenalmente luego de verificar las hojas de asistencia de las Auxiliares de Servicio en el Hogar. Se le entregará a la Oficina de Recursos Humanos un informe de procesamiento de nómina, así como de los originales de las hojas de asistencia para el trámite correspondiente.

La Oficina de Programas Federales deberá mantener copia de todo lo relacionado a nombramientos, extensiones de contratos, pagos y trámite de nóminas lo que garantizará un sano control interno.

ANEJOS FORMULARIOS DEL PROGRAMA AUXILIARES EN EL HOGAR

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001) PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO

PROYECTO Número de Proyecto

CERTIFICACIÓN

Certifico que, el Municipio de Nombre del Municipio cumplirá con todas las normas y regulaciones establecidas en el **Manual Operacional para el Programa de Servicios de Auxiliares en el Hogar**, del Programa CDBG y mantendrá los expedientes que validen, en procesos de monitoria, el cumplimiento de los requisitos establecidos en las siguientes guías:

En testimonio de lo cual, y para que así conste, firmo esta certificación, en Pueblo, Puerto Rico, el día de mes de año.

Click or tap here to enter text.

Nombre del(de la) Alcalde(sa)

Firma del(de la) Alcalde(sa)

SELLO DEL MUNICIPIO

SOLICITUD DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-AH-001)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

Por favor complete la solicitud siguiente para efectos de poder evaluar su elegibilidad para el Programa y cumplir con otros informes federales. La misma deberá ser completada por el(la) solicitante del servicio. La información de esta solicitud es estrictamente confidencial y no se divulgará de manera individual a personas fuera del programa en el Municipio o el Administrador de los Fondos (DVPR) sin el consentimiento escrito del solicitante.

Información del solicitante:

Nombre: Click or tap here to enter text.

Dirección física: Click or tap here to enter text.

Últimos cuatro dígitos de seguro social: Click or tap here to enter text.

Número de teléfono: Click or tap here to enter text.

Correo electrónico: Click or tap here to enter text.

Razón de la solicitud: Click or tap here to enter text.

☐ Persona Envejeciente (60 años o más) , que requiere asistencia en el hogar

☐ Persona con Impedimento Severos (Discapacitada), que requiere asistencia en el hogar

Las siguientes tres preguntas, solo se utilizan para efectos de informes y análisis del desempeño del Programa. Las mismas no se utilizan para determinar la elegibilidad de los participantes.

1. **Indique su género:**

☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Transgénero (Masculino/Femenino)
☐ Transgénero Femenino/Masculino)
☐ No se identifica como masculino, femenino o transgénero

2. ¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más razas, pero para propósitos de reporte de datos se reportará como "Multi-racial" a aquellas personas que se identifiquen con varias razas)

☐ Blanco
☐ Negro o afroamericano
☐ Multi-racial
☐ Nativo de Alaska o indio americano asiático
☐ Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico
☐ Otra, indique: _____
☐ No sabe/Rehusó

Necesidad del Servicio:

4. Descripción del impedimento o condición:

_____

_____

5. Situación por la que solicita el servicio:

_____

_____

Información del hogar:

6. ¿Cuáles era el ingreso bruto de su hogar?

Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

Ingreso bruto familiar anual $ _____

7. ¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted? _____

8. Por favor indique la información siguiente para todos los miembros que componen su unidad familiar.

Nombre y Apellidos	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Últimos cuatro (4) dígitos del Seguro Social
	Jefe				

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG-CV y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que, de acuerdo con el Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU., si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Solicitante
o su Representante Autorizado

Fecha

Firma del Solicitante
o su Representante Autorizado

PARA USO OFICIAL DEL MUNICIPIO

DETERMINACIÓN FINAL DE ELEGIBILIDAD: Marque con una (x) lo que aplique en cada caso.	
☐ Elegible	☐ No es elegible por _____

CERTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

Bajo pena de cargos por incumplimiento de deberes y/o posible acción judicial, certifico que se siguieron los procedimientos necesarios para documentar los ingresos del solicitante incluidos en este documento. Certifico, además, que no hay ningún interés personal en el caso, solo el de realizar cabalmente mis funciones y cumplir con las leyes de igualdad de derechos y de confidencialidad.

Nombre del Evaluador	**Puesto**
Firma del Evaluador	**Fecha**

CERTIFICACION MÉDICA (DV-AH-002)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

PROYECTO: _____

CERTIFICO, que el paciente Click or tap here to enter text.. Récord Médico Número Click or tap here to enter text., Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa, ☐ estuvo bajo o ☐ está bajo tratamiento, desde dd/mm/aaaa hasta dd/mm/aaa.

DETALLE LAS CONDICIONES QUE JUSTIFIQUE LOS SERVICIOS DEL AUXILIAR DEL HOGAR:

_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTOS:

_____

_____

_____

_____

COMENTARIOS:

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Nombre y Firma del Médico	**Núm. Licencia**	**Fecha**

CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-SP-004) PARA USO EN TODOS LOS PROGRAMAS DEL COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)

DEVUELVA ESTE DOCUMENTO A LA PERSONA QUE VA DIRIGIDA LA CERTIFICACIÓN, DE MANERA CONFIDENCIAL.

Fecha: Click or tap here to enter text.

Dirigido: Nombre de la tercera persona a la cual se le solicita la verificación de esta información
Dirección de la tercera persona a la cual se le solicita la verificación de esta información

De: Nombre de la persona que solicita la información
Título de la persona que solicita la información
Nombre del proyecto de servicio público
Dirección de la persona que solicita la información

Asunto: Certificación de Discapacidad

Nombre del Participante: Click or tap here to enter text.
Dirección: Click or tap here to enter text.

Esta persona ha solicitado asistencia del Programa de Servicio Público del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HUD requiere a los recipientes de fondos verificar toda la información utilizada al determinar si una persona es elegible para un programa o para determinar su nivel de beneficios.

Le pedimos su cooperación para que nos provea la siguiente información y que además la devuelva a la persona y dirección que solicita esta hoja. La pronta devolución de esta información ayudará a que la solicitud de ayuda se procese en un término de tiempo adecuado. En esta certificación se incluye un sobre pre-dirigido para este propósito. La persona solicitante de la ayuda ha consentido a la divulgación de la información como se demuestra en la última página.

INFORMACIÓN SOLICITADA

Para cada pregunta a continuación, marque con una "X" en el encasillado correspondiente que describe con precisión la persona que aparece arriba.

Verificación de Discapacidad

Nombre del Participante: Click or tap here to enter text.

1. ☐ Sí ☐ No Tiene una discapacidad física, mental o emocional, que se espera sea de una duración larga o indefinida, la cual impide sustancialmente su habilidad de vivir de manera independiente.
2. ☐ Sí ☐ No Es una persona con una discapacidad de desarrollo, según definida en la Sección 102(7) de la Ley de Asistencia y Carta de Derechos de Discapacidades de Desarrollo (42 U.S.C. 6001(8)), por ejemplo, una enfermedad crónica y severa que:
   a. Sea atribuible a una condición física o mental o una combinación de ambos;
   b. Se manifiesta antes de que la persona tenga 22 años;
   c. Posiblemente continúe de manera indefinida;
   d. Resulte en una limitación funcional sustancial en tres o más de las siguientes áreas de mayor actividad:

      i. Independencia en su cuidado
      ii. Receptivo o expresivo en el lenguaje,
      iii. Aprendizaje,
      iv. Movilidad,
      v. Autodirección,
      vi. Capacidad para vida independiente,
      vii. Independencia económica, y
      viii. Refleja que la persona tiene la necesidad de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o atención genérica, tratamiento u otros servicios que son de toda la vida o duración extendida y se planifican y coordinan de forma individual.
3. ☐ Sí ☐ No Es una persona con una enfermedad mental crónica, por ejemplo, una enfermedad mental severa y persistente o un impedimento emocional que limita seriamente su habilidad de vivir de manera independiente, y la cual podría mejorar si viviera en condiciones adecuadas.
4. ☐ Sí ☐ No Es una persona la cual su única discapacidad consiste en la adicción a drogas o alcohol.

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que, de acuerdo al Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU., si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Médico	**Firma**
# de Licencia	**Fecha**

La carga pública de divulgación de esta información se estima en unos 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la totalidad de la información. Esta información, necesaria para obtener beneficios, es voluntaria. HUD no puede recopilar esta información, y usted no está obligado a completar este formulario, a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Los Propietarios o gerentes deberán obtener la verificación por terceros de que un individuo discapacitado cumple con la definición de las personas con discapacidad para el programa que regula la vivienda en donde la persona está solicitando para vivir. Las definiciones de las personas con discapacidad para los programas cubiertos por la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937, se encuentran en el 24 CFR 403. Para la Sección 202 y la Sección 811 de Viviendas de Apoyo para las Personas Mayores y con Discapacidad, se encuentran en el 24 CFR 891.305 y 891.505. No se proporciona ninguna garantía de confidencialidad.

HUD está autorizado a recopilar información a través de la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937, según enmendada (42 U.S.C. 1437 et. seq.); la Ley de Recuperación de Vivienda Urbana y Rural de 1983 (P.L.98-181); las enmiendas técnicas al Desarrollo de Vivienda y Comunidades de 1984 (P.L. 98-479); y, por la Ley de Desarrollo de Vivienda y Comunidades de 1987 (42 U.S.C. 3543).

RELEVO

Por la presente autorizo la entrega de la información solicitada. La información obtenida en virtud de este consentimiento se limita a la información que no tenga más de 12 meses. Hay circunstancias que requerirían que se verifique información que podría tener hasta 5 años de existencia, lo cual sería autorizado por mí en una hoja de consentimiento independiente, unido a una copia de este consentimiento.

Nombre del Solicitante o su Representante Autorizado	**Fecha**
Firma del Solicitante o su Representante Autorizado	

***Nota al solicitante del servicio público: Usted no tiene que firmar este formulario si el encasillado donde se identifica al municipio que solicita la información está en blanco.**

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPACION DEL SERVICIO (FORMULARIO DV-AH-003)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

PROYECTO: _____

A. Cumplimiento con Objetivo Nacional a través de:

☐ Persona Envejeciente (60 años o más)

☐ Persona con Impedimento Severos (Discapacitada)

B. Detalle de la condición

1. Descripción del impedimento o condición:
   Click or tap here to enter text.

2. Necesidad que le da prioridad al caso:
   Click or tap here to enter text.

3. Información Médica:
   Click or tap here to enter text.

   a) Médico: Click or tap here to enter text.
   b) Dirección: Click or tap here to enter text.
   c) Recomendación Médica: Click or tap here to enter text.

C. Comentarios:
Click or tap here to enter text.

_____ _____

Nombre y Firma del Coordinador de Servicios | **Fecha**

RESULTADO DE LA EVALUACION (FORMULARIO DV-AH-004-A)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

PROYECTO: _____

Estimado(a) señor(a) Click or tap here to enter text.:

Después de evaluar su solicitud de participación para el Proyecto de Servicio de Auxiliares en el Hogar, nos place informarle que la misma ha sido aceptada.

Favor de pasar por la Oficina de Programas Federales, localizada en dirección, el dd/mm/aaaa ,a las hora.

Cordialmente,

Hon. Nombre del (la) Alcalde(sa)
Alcalde(sa)

RESULTADO DE LA EVALUACION (FORMULARIO DV-AH-004-B)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

PROYECTO: _____

Estimado(a) señor(a) _____

Luego de evaluar su solicitud de participación, para el Proyecto de Servicio de Auxiliares en el Hogar, le informamos que la misma ha sido:

☐ Denegada, por no someter la información adicional solicitada en nuestra comunicación del dd/mm/aaaa.

☐ Denegada, por Indicar la razón por la cual fue denegada de acuerdo a la evaluación de su caso.

De no estar de acuerdo con la evaluación antes indicada, favor de pasar por la Oficina de Programas Federales, localizada en dirección, en o antes de quince (15) días laborables a partir de la fecha de esta comunicación.

Cordialmente,

Hon. Nombre del (la) Alcalde(sa)
Alcalde(sa)

CONVENIO DE SERVICIOS CON EL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-AH-005)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

PROYECTO: _____

Este acuerdo de servicio se estable entre Click or tap here to enter text., mayor de edad, soltero o casado y residente del Municipio de Click or tap here to enter text. y el Municipio de Click or tap here to enter text., representado por Click or tap here to enter text., Alcalde.

Las partes acuerdan lo siguiente:

1. El participante recibirá servicio de Auxiliares en el Hogar, auspiciado por el Programa CDBG del Estado, del Año Programa **20??**, por un término de 00 hrs. diarias, de lunes a viernes por un término de 00 semanas.

2. La fecha de prestación de servicios será del dd/mm/aaaa al dd/mm/aaaa, para ofrecer servicio de ayuda en el hogar relacionado con la alimentación, higiene, vestimenta y atención de los problemas de salud que confronta o que los servicios no sean requeridos.

3. Los servicios pueden ser prescindidos por las siguientes razones:
   a) Servicios no sean necesarios luego de evaluación de seguimiento.
   b) Disponibilidad de los fondos.
   c) Uso inapropiado de los servicios.

4. El Coordinador de Servicios del proyecto realizará por lo menos **una (1) visita mensual** al hogar del participante, para asegurar el cumplimiento de la jornada de trabajo y evaluar la calidad del servicio.

Nombre del Participante o su Representante Autorizado	**Nombre del (de la) Alcalde(sa)**
Firma del Participante o su Representante Autorizado	**Firma del (de la) Alcalde(sa)**
Fecha	**Fecha**

HOJA DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE AUXILIARES DEL HOGAR
(FORMULARIO DV-AH-006)
PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR

MUNICIPIO DE _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

DIRECCIÓN DEL PARTICIPANTE: _____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

PROYECTO: _____

NOMBRE DEL AUXILIAR DEL HOGAR _____

Utilice signo de cotejo en la columna que aplique.

Claves:
E = Excelente S = Satisfactorio D = Deficiente N/A = No Aplica

SERVICIOS DE AUXILIARES EN EL HOGAR	E	S	D	N/A
RELACIONES CON EL PARTICIPANTE:				
1. Acepta y respeta las personas a quienes sirve.	☐	☐	☐	☐
2. Contribuye a crear atmósfera de armonía.	☐	☐	☐	☐
CUIDADO Y ATENCION DEL PARTICIPANTE:				
1. Cuida su aseo personal.	☐	☐	☐	☐
2. Le da sus alimentos a tiempo.	☐	☐	☐	☐
3. Lo acompaña a hacer sus diligencias.	☐	☐	☐	☐
4. Propicia su participación en actividades recreativas.	☐	☐	☐	☐
5. Le ayuda a salir de paseo.	☐	☐	☐	☐
6. Hace arreglos para visitas al médico y lo acompaña.	☐	☐	☐	☐
7. Lo estimula a valerse por sí mismo, de acuerdo a sus capacidades y le supervisa en estas áreas.	☐	☐	☐	☐
8. Ayuda en su readiestramiento y rehabilitación.	☐	☐	☐	☐
9. Capacidad para manejar situaciones de emergencia.	☐	☐	☐	☐
MANEJO DEL HOGAR				
1. Mantiene limpio el hogar.	☐	☐	☐	☐
2. Cambia la ropa de cama con la frecuencia necesaria.	☐	☐	☐	☐
3. Planea la dieta, hace la compra y prepara los alimentos.	☐	☐	☐	☐
OTRAS AREAS SIGNIFICATIVAS (ESPECIFIQUE):				
Click or tap here to enter text.	☐	☐	☐	☐

FORMULARIO DV-AH-006
PAGINA 2

SERVICIOS DE AUXILIARES EN EL HOGAR	E	S	D	N/A
RELACIONES CON EL PROGRAMA:				
1. Asiste con puntualidad a su trabajo.	☐	☐	☐	☐
2. Cumple con el horario estipulado.	☐	☐	☐	☐
3. Comparte observaciones y dificultades con el Coordinador de Servicios.	☐	☐	☐	☐
4. Solicita orientación cuando lo necesita.	☐	☐	☐	☐
5. Sigue las recomendaciones que se le ofrecen.	☐	☐	☐	☐
6. Participa en actividades de adiestramiento.	☐	☐	☐	☐

DETERMINACIÓN

☐ Que el Auxiliar de Servicios, continúe prestando servicios a esta familia. Las siguientes áreas serán enfatizadas en la supervisión del Auxiliar del Hogar:

_____

☐ Que el Auxiliar del Hogar sea considerada para prestar servicios a otra(s) familia(s) porque:

_____

☐ La familia que atiende no necesita más el servicio. Explique:

_____

☐ Que se descontinúe el Auxiliar del Hogar porque su labor ha sido deficiente. Explique:

_____

☐ Otra razón; especifique:

_____

_____ _____

Nombre y Firma del Coordinador de Servicios

Fecha

HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-AH-007)

PARA USO EN TODOS LOS PROGRAMAS DEL COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)

Por la presente, certifico que:

1. El participante Click or tap here to enter text., ha sido evaluado y cualifica, a través del Programa de Servicio Público, para el **Programa de Asistencia en el Hogar para Personas ☐ Envejecientes o con ☐ Impedimento Severos,** sufragados con fondos asignados por Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR), bajo el **Proyecto _____,** para estos propósitos.

2. El participante:

   ☐ Si es empleado del Municipio y tiene la dispensa de DVPR**,** conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4), la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como “Ley de Ética Gubernamental” y el Memorando Circular sobre Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensas para los Fondos CDBG y sus Variantes, vigente.

   ☐ No es empleado del Municipio

3. El participante:

   ☐ Si es un familiar de un empleado del Municipio y tiene la dispensa de DVPR**,** conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4), la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como “Ley de Ética Gubernamental” y el Memorando Circular sobre Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensas para los Fondos CDBG y sus Variantes, vigente.☐ No es familiar de un empleado del municipio.

Nombre del Evaluador	**Puesto**
Firma	**Fecha**