



## **Orientación de Asistente Personal**

Tercera Edición  
Febrero 2002

©Progress Center for Independent Living  
7521 Madison Street  
Forest Park, IL 60130

708-209-1500 Voice

708-209-1826 TTY

708-209-1735 Fax

<b>Agenda</b>	<b>1</b>
1) <i>Introducciones</i>	1
2) <i>Servicios al Hogar vs. Asilos</i>	1
3) <i>Programa de Referidos de PA de Progress Center</i>	1
4) <i>Comentarios Finales</i>	1
<b>El Vivir Independiente y Deshabilidades</b>	<b>2</b>
<i>Progress Center for Independent Living</i>	2
<i>Sumario de Olmstead</i>	5
<b>Lista de Reconocimiento de Personas Famosas con Deshabilidades</b>	<b>7</b>
<b>Descripción de Trabajo del Asistente Personal (PA)</b>	<b>9</b>
<i>Asistencia Personal puede ayudar con:</i>	9
<i>Aseo del Hogar</i>	9
<i>Calificaciones para ser un Asistente Personal</i>	9
<i>¿Quien necesita un PA?</i>	9
<b>Derechos y Responsabilidades del Asistente Personal</b>	<b>10</b>
<i>Los Asistentes Personales tienen el derecho de:</i>	10
<i>Asistentes Personales tienen la responsabilidad de:</i>	10
<b>Derechos y Responsabilidades del Empleador</b>	<b>10</b>
<i>Empleadores tienen el derecho de:</i>	10
<i>Empleadores tienen la Responsabilidad de:</i>	10
<b>Mecánicas del Cuerpo</b>	<b>12</b>
<i>5 Reglas de Mecánicas del cuerpo:</i>	12
Mas mecánicos de cuerpo	13
Y hasta mas mecánicos de cuerpo	14
<b>Listas y Horarios</b>	<b>15</b>
Actividades de Cuidado Personal	16
Otras Actividades	17
Horario Semanal	18
Contrato de Empleo	19
Experiencia de Empleo	22
Aplicación del Asistente Personal	24
<b>Entrevistarse por un Trabajo como Asistente Personal</b>	<b>25</b>

<i>Entrevistarse por Teléfono</i>	25
<i>Entrevistarse en Persona</i>	25
<i>Si lo emplean</i>	25
<b>Formas y Justificantes</b>	<b>26</b>
<i>Muestra de Forma: Verificación de Empleo</i>	27
<i>Muestra de Forma: Lista de documentos aceptables</i>	28
<i>Muestra de Forma: Instrucciones de W4</i>	29
<i>Muestra de Forma: W4</i>	30
<i>Muestra de Forma: Pedido de Numero de Seguro Social</i>	31
<i>Muestra de Forma: Documentación de Servicios de Servicios de Hogar</i>	33
<i>Muestra de Forma: IDPA Waiver Program Provider</i>	34
<i>Muestra de Forma: Contrato de Consumidor / proveedor</i>	36
<i>Muestra de Forma: Personal Assistant Standards</i>	38

## **Agenda**

### **1) Introducciones**

- a) ¿Quiénes somos?
- b) ¿Porqué estamos aquí?
- c) Repaso de los Servicios de Progress Center

### **2) Servicios al Hogar vs. Asilos**

- a) Abogacía Legislativa de Desinstitucionalización
- b) Video
- c) Discusión de Grupo

### **3) Programa de Referidos de PA de Progress Center**

- a) Descripciones del Trabajo
- b) Admitir / Formas de Solicitud

### **4) Comentarios Finales**

- a) Preguntas y Respuestas
- b) ¡Gracias por Asistir!

## El Vivir Independiente y Deshabilidades

### Progress Center for Independent Living

Servicio para Vivir Independiente, Apoyo de Mentores y Abogacía en los Suburbios del Condado de Cook

Progress Center:

- tiene su base en la comunidad,
- sin fines de lucro,
- no residencial,
- organización de servicio y abogacía,
- dirigida,
- *para* personas con deshabilidades
- *por* personas con deshabilidades

### ***El vivir independiente. . .***

. . .es un modo de vida que incluye valores, actitudes y comportamientos.

. . .abarca la filosofía que la persona, a pesar de su deshabilidad, tiene el potencial de ejercitar una auto-determinación individual.

. . .es tener el *derecho y la oportunidad* de perseguir un curso de acción y es tener la libertad de fracasar – y de aprender de nuestros fracasos, tal como lo hace una persona sin deshabilidad.

. . . “quiere decir que exigimos las mismas *opciones y control* en nuestras vidas diarias que nuestros hermanos y hermanas, vecinos y amigos, sin deshabilidad tienen y no toman en cuenta. Nosotros queremos participar en nuestras familias, ir a la escuela del vecindario, y viajar en el mismo autobús como nuestros vecinos, desempeñar empleos que estén al nivel de nuestra educación y habilidades, tener nuestra propia familia. Tal como cualquier otro nosotros necesitamos encargarnos de nuestras vidas, pensar y hablar por nosotros mismos.” (A. Ratzka <http://www.independentliving.org>)

### ***Progress Center abarca aspectos diferentes en la cultura de la deshabilidad...***

. . .este término, que gente con deshabilidades está usando más y más, describe no solamente nuestro sentido de desarrollo de una historia compartida de opresión social, sino también nuestras estrategias para superar y prosperar, de nuestro floreciente arte y humor, nuestro sentido hacia la comunidad y una celebración casi deshafiante de nuestras diferencias. (*adaptado de C. Gill*)

### ***Servicios y Abogacía***

Progress Center asiste directamente a personas con deshabilidades a establecerse en la comunidad. Nosotros servimos y apoyamos a personas con

deshabilidades de todas las edades a aumentar su independencia. También asistimos a familias y a comunidades.

- **Información y Referido**—Tenemos información sobre cualquier tema relacionado a la deshabilidad y cuando es necesario buscamos otros recursos.
- **Abogacía** – Proveemos entrenamiento, apoyo y dirigimos acciones en ambos niveles individual y sistémico para construir y reforzar derechos de la deshabilidad.
- **Habilidades del Vivir Independiente**—Proveemos entrenamiento en el como saber vivir independientemente, desde como administrar su dinero hasta como viajar, desde como dirigir un asistente personal, hasta como buscar empleo y mas. Dinos tu lo que quieres aprender.
- **Apoyo de Mentores** -- Compartiendo y resolviendo problemas sobre asuntos diarios con personas quienes entienden como están las cosas: otras personas con deshabilidad.

### ***Mas Servicios y Abogacía***

- **Asistencia Personal**--Reclutamiento, entrenamiento y información sobre como usar los servicios de asistente personal.
- **Entrenamiento de Transportación** -- Entrenamiento en el uso de la transportación pública, bajo el contrato con la Autoridad Regional de Tránsito (Regional Transit Authority) (RTA).
- **Programa Para Liberar Personas de Asilos**-- Asistencia a personas quienes desean dejar los asilos y volver a su comunidad
- **Vivienda**--Asistir en cuestiones de vivienda, incluso hacer cumplir el Acta de Enmienda para una Vivienda Justa (Fair Housing Amendments Act) (FHAA).
- **Servicios Para Sordos**-- Todo nuestros servicios están hechos a la medida de la comunidad sorda/o o con dificultad auditiva, también como la distribución de TTY y entrenamiento.
- **Proyecto Latino Outreach**-- Todos nuestros servicios en Español o en Inglés, están hechos a la medida de la Comunidad Latina Con Deshabilidades.
- **Educación Comunitaria** -- Presentaciones a grupos de la comunidad sobre El Vivir Independiente, derechos de la deshabilidad y cultura de la deshabilidad.
- **Oportunidades Para Ser Voluntario**--La oportunidad de ampear horizontes y construir destrezas.
- **Centro Comunitario/ Acceso de Computadora** --Apoyo informal, biblioteca de recursos y acceso a las computadoras.

**¡NADA DE NOSOTROS SIN NOSOTROS!**

## Nacimiento del Movimiento de Vivir Independiente

El Vivir Independiente es la filosofía de autosuficiencia para las personas con deshabilitades. El concepto del Vivir Independiente nació en los primeros años de 1970 en Berkeley, California. Un grupo de estudiantes con deshabilitades en la ciudad universitaria de Cal- Berkley vieron la inaccesibilidad de la universidad y decidieron cambiar un mal por un bien o sea derechos, como los derechos de personas con deshabilitades. El primer Centro de Vida Independiente fue establecido en Berkeley y el Movimiento de Vivir Independiente ha crecido desde entonces. Existen 24 Centros de Vida Independiente en Illinois. Hay cientos a través de los Estados Unidos.

Uno de los productos secundarios de la filosofía del Vivir Independiente es el control del consumidor sobre los servicios. Lo que esto significa es que los consumidores tienen control directo sobre los servicios que ellos quieren elegir. Por ejemplo, un consumidor que emplea un asistente personal es el jefe en la relación entre empleador-empleado. Como en cualquier ambiente de trabajo, es la responsabilidad del empleador de dirigir a su empleado. El control del consumidor no solamente abarca los Servicios de un Asistente Personal, sino también cubre una variedad de servicios incluyendo: transportación, abogacía en vivienda, abogacía individual y de comunidad, y en actividades sociales y de recreación. Este es un concepto fresco, dado que la sociedad entera tiene una percepción falsa de que las personas con deshabilidad “necesitan ser cuidadas”.

Una cosa muy importante de tener presente es el lenguaje que usas. La manera correcta de referirse a una persona con deshabilidad es justamente eso: una persona con deshabilidad. La persona siempre se debe ver como una persona. La deshabilidad es simplemente algo que la persona tiene (Ejemplo: yo tengo el cabello café.) Cuando se pone una descripción enfrente de la palabra “persona”, la deshabilidad se ve primero y no la persona.

### Mitos y Actitudes

\*Mito: Personas con deshabilitades deben convivir solo con personas con deshabilitades. Una segregación forzada crea una barrera no real que hace a las personas que se sientan incómodas e indecisas de convivir con otras personas. La mejor manera de combatir cualquier forma de segregación es por medio de la educación. La gente teme lo que no entiende. La única manera de saber acerca de algo es tener el deseo de aprender y hacer preguntas. Esto empieza a una edad muy temprana. Se les debe inculcar a los niños a hacer preguntas. Los adultos deben de examinar su propio comportamiento y preguntarse si están dando un buen ejemplo a seguir para los niños.

## **Sumario de Olmstead**

*Imprimido de nuevo con el permiso de Barry C. Taylor y Equip for Equality*

### **Sumario de la Decisión de La Corte Suprema de los Estados Unidos en Olmstead v. L.C.**

**Barry C. Taylor, Director de Abogacía Legal Equip for Equality**

#### **A. El Mandato de Integración del ADA**

Cuando el Congreso paso el Acto de Americanos con Deshabilidad (Americans with Disabilities Act) (“ADA”), encontró que la aislación y segregación de las personas con deshabilidad es una forma de discriminación seria y pervasiva. Después que se paso el ADA, el Departamento de Justicia entrego regulaciones que requiere que los estado y los gobiernos administren sus programas en la **acomodación mas integrado** cuyo es apropiado para las necesidades de personas con deshabildades. Las regulaciones también requieren que entidades publicas hagan modificaciones razonables a sus programas.

#### **B. Los Hechos del Caso Olmstead**

Dos mujeres con retraso mental y enfermedad mental eran pacientes de un hospital operado por el estado en Georgia. Aunque profesionales del estado por el tratamiento de las dos mujeres los juzgaron apropiadas para acomodaciones con base en la comunidad, las dos aún se encuentran institucionalizadas. Ellas demandaron al Estado bajo el Titulo II del ADA diciendo que se les había violado el mandato de integración del ADA.

#### **C. La Decisión de La Corte Suprema**

##### **1. Institucionalización sin justificación va en contra del ADA:**

La Corte Suprema encontró que la institucionalización de personas con deshabilidad sin justificación es una forma de discriminación que es castigable bajo el ADA. La corte explico que segregación perpetua suposiciones injustas que personas institucionalizados son incapaz e indignos de participación en una vida comunitaria, y también encontró que el encerramiento institucional disminuya severamente las actividades de vida diaria del individuo, incluso relaciones familiares, contactos sociales, trabajo, avanzas educacionales, y enriquecimiento cultural.

##### **2. Tres Factores Requeridos para Acomodaciones en la Comunidad:**

La Corte decidio que el ADA requiere que los Estados sirvan a personas con deshabildades en acomodaciones dentro de la comunidad, envés de instituciones segregadas, cuando tres factores están presentes:

- profesionales de tratamiento han determinado que acomodaciones en la

- comunidad es apropiado;
- la persona no se opone a la acomodación en la comunidad, y
  - la acomodación se puede hacer razonablemente accesible tomando en cuenta los recursos disponibles al Estado y las necesidades de otras personas quienes reciben servicios apoyados por el Estado.

### **3. Las Obligaciones del Estado Bajo Olmstead:**

La Corte juzgo que un Estado puede cumplir sus obligaciones bajo Olmstead si tiene un plan que es comprensiva, y trabaja efectivamente en evaluar y situar ha personas con deshabilidades en un establecimiento menos restrictivo, y si tiene una lisita de espera que se mueve a un paso razonable y que no es controlado por los empeños del Estado de mantener sus instituciones poblados abasto. La Corte no exigió que los Estados asignaran mas dinero para cumplir con sus obligaciones. De hecho, la Corte dio énfasis de que desde 1981, Medicaid ha proveído fondos para hogares dirigidos por el estado y de cuidado con bases en la comunidad por medio de un programa de renuncia. Finalmente, el juzgado de la Corte incluye individuos quienes no han sido institucionalizados pero están a riesgo de ser institucionalizados por falta de servicios en la comunidad.

## Lista de Reconocimiento de Personas Famosas con Deshabilitades

<b>Artes:</b>	
Bud Abbott	Epilepsia
Sarah Bernhardt	Amputación
Chris Burke	Syndrome de Down
Richard Burton	Epilepsia
Cher	Dislexia
Gary Coleman	Enfermedad de Riñón
Bette Davis	Embolia
Sammy Davis, Jr.	Invidente
Patty Duke	Enfermedad Mental
Sandy Duncan	Invidente
Nanette Fabray	Impedimento de Audición
Lola Falana	Esclerosis Múltiple
Annette Funicello	Esclerosis Múltiple
Danny Glover	Epilepsia
Whoopi Goldberg	Deshabilidad de Aprendizaje
Margaux Hemingway	Epilepsia
Katharine Hepburn	Parkinson
Rock Hudson	SIDA
Ann Jillian	Cáncer
Vivien Leigh	Enfermedad Mental
Marlee Matlin	Sordo
Dudley Moore	Impedimento Físico
Mary Tyler Moore	Diabetis
Patricia Neal	Embolia
Anthony Perkins	SIDA
Richard Pryor	Esclerosis Múltiple
Dan Rowan	Diabetis
Rod Steiger	Depresión
Henry Winkler	Deshabilidad de Aprendizaje
Ludwig van Beethoven	Sordo
Ray Charles	Invidente

<b>Deportes:</b>	
Arthur Ashe	HIV Positivo
Jim Abbott	Impedimento Ortopédico
Muhammad Ali	Parkinson
Roy Campanella	Paraplejia
Terry Cummings	Condición Crónico de Corazón
Tom Dempsey	Impedimento Ortopédico
Terry Fox	Amputación
Lou Gehrig	ALS
Carl Hubbell	Impedimento Ortopédico
Bo Jackson	Impedimento Ortopédico
Bruce Jenner	Deshabilidad de Aprendizaje
Magic Johnson	HIV Positivo
Bobby Jones	Epilepsia
Hal Lanier	Epilepsia
Greg Louganis	Deshabilidad de Aprendizaje
Jimmy Piersall	Enfermedad Mental
Wilma Rudolph	Polio
Darryl Stingley	Quadraplegia
Darryl Strawberry	Abuso de Substancias Químicas
<b>Políticas &amp; Activismo:</b>	
Alexander the Great	Epilepsia
Napoleon Bonaparte	Epilepsia
James Brady	Injuria de Cabeza
W.E.B. Du Bois	Sordo
Julius Caesar	Epilepsia
Gob. Lawton Chiles (Fla.)	Depresión
Winston Churchill	Depresión
Rep. Tony Coelho (D-Cal.)	Epilepsia
Sen. Robert Dole (R-Kan.)	Impedimento Ortopédico
Sen. Mike Gravel (D-Ala.)	Deshabilidad de Aprendizaje

<b>Artes (continuado):</b>	
Jose Feliciano	Invidente
Roy Hamilton	Invidente
Walter Jackson	Polio
Elton John	Epilepsia
Oscar Levant	Enfermedad Mental
Freddie Mercury	SIDA
Teddy Pendergrass	Quadraplegia
Itzhak Perlman	Polio
Cole Porter	Amputación
Robert Schumann	Enfermedad Mental
Diane Schuur	Invidente
George Shearing	Invidente
Stevie Wonder	Invidente
Agatha Christie	Deshabilidad de Aprendizaje
Joan Didion	Esclerosis Múltiple
Feodor Dostoevski	Epilepsia
Ernest Hemingway	Depresión
James Joyce	Invidente
John Milton	Invidente
Eugene O'Neill	Enfermedad Mental
Sylvia Plath	Enfermedad Mental
Leo Tolstoy	Enfermedad Mental
Walt Whitman	Parálisis Parcial
Virginia Woolf	Enfermedad Mental
Christy Brown	Palsy Cerebral
Vincent Van Gogh	Enfermedad Mental
Francisco de Goya	Sordo
Henri Toulouse-Lautrec	Impedimento Físico
Robin Williams	Enfermedad Mental

<b>Políticos &amp; Activismo (continuado):</b>	
Sen. Dan Inouye (D-Hawaii)	Amputación
Rep. Barbara Jordan (D-Tex.)	Esclerosis Múltiple
Sen. Bob Kerry (D-Neb.)	Amputación
Sen. Charles Percy (R-Ill.)	Impedimento de Audición
Pres. Ronald Reagan	Impedimento de Audición
Pres. Franklin Roosevelt	Polio
Sen. Paul Simon (D-Ill.)	Impedimento de Audición
Sen. Paul Tsongas (D-Mass.)	Cáncer
Harriet Tubman	Injuria de Oír
Gov. George Wallace	Paraplejia
Rep. Larry Wynn (R-Kan.)	Amputación

<b>Ciencia:</b>	
Alexander Graham Bell	Impedimento de Audición
Leonardo da Vinci	Epilepsia
Thomas Edison	Sordera Tarde
Albert Einstein	Deshabilidad de Aprendizaje
Stephen Hawking	ALS
Alfred Nobel	Epilepsia
Isaac Newton	Enfermedad Mental
Louis Pasteur	Parálisis
Sócrates	Epilepsia

## Descripción de Trabajo del Asistente Personal (PA)

La Asistencia Personal puede ser uno de los servicios más importantes de vivir independiente para personas con deshabilidad. Les permite que reciban asistencia con actividades de vida diaria en sus hogares. No al igual que agencias de salud al hogar, asistentes personales son empleados y entrenados por el consumidor (persona con deshabilidad).

### Asistencia Personal puede ayudar con:

#### Cuidado Personal

Bañar  
Cuidado de vejiga / entrañas  
Vestir  
Comer  
Peinar  
Administración de Medicinas con Permiso  
Ayudar con Ejercicios Terapéuticos  
Transferir a la persona

Y/o

#### Aseo del Hogar

Cosinar/Lavar Trastes  
Quitar Polvo  
Compras De Mandado  
Planchar  
Lavar Ropa  
Mínimas Tareas de Secretaria  
  
Trapear y Aspirar Alfombras

También hacer Encargos y Asistir con Transportación

### Calificaciones para ser un Asistente Personal

- Mantener un higiene limpia.
- Debe tener comunicación excelente y habilidades de escuchar.
- Debe tener transportación confiable.
- Ser responsable y puntual.
- Debe tener una actitud positiva y una actitud de tener interés en ayudar
- Debe ser honesto.

### ¿Quien necesita un PA?

Existen muchas razones por la cual alguien puede necesitar un asistente personal. Puede suceder que una persona se HAGA DESHABILITADA por causa de una injuria o enfermedad. La edad no juega una parte en quien usa un Asistente Personal. Cada persona que tiene una deshabilidad tiene necesidades diferentes. Usted aprenderá las específicas sobre deshabilidades por medio de las personas por quien usted trabaja.

## **Derechos y Responsabilidades del Asistente Personal**

### **Los Asistentes Personales tienen el derecho de:**

- Ser tratados con respeto.
- Expresar alguna duda respecto a las condiciones de trabajo.
- Expresar sus sentimientos acerca de las exigencias del trabajo.
- Ser pagado un sueldo por sus servicios.

### **Asistentes Personales tienen la responsabilidad de:**

- Tener seriedad y formalidad con relación al trabajo.
- Pedir aclaración de cualquier cosa que no entienda.
- Comunicar claramente y honestamente sus sentimientos.
- Realizar el trabajo completamente y de una manera humanitaria.
- Respetar la propiedad del empleador (ejemplos: teléfono, comida).
- Tratar toda información de una manera confidencial.
- No hablar sobre su empleador fuera del trabajo.
- Checar con el empleador antes de contestar cualquier pregunta sobre el / ella – incluso preguntas hechas por la familia. Contestar de una manera cortés a la persona que esta preguntando, “No puedo contestar tu pregunta, pero le diré a mi empleador que se comunique contigo.”
- Informar al empleador, al coordinador o al especialista de asistencia personal si tu ya no quieres trabajar como asistente personal.
- Regresar las llamadas de empleadores prospectivos, aunque ya estés trabajando. Es cortesía común y le permite al empleador que busque otro PA.
- Guardar tu trayectoria de trabajo y reportar tus ingresos al Internal Revenue Service en la forma 1040 de impuestos.

## **Derechos y Responsabilidades del Empleador**

### **Empleadores tienen el derecho de:**

- Tener tiempo para si mismo.
- Hacer sus propias decisiones.
- Tener sus necesidades básicas cumplidas.
- Determinar su propio estilo de vida y reglas de su casa.

### **Empleadores tienen la Responsabilidad de:**

- Respetar a su Asistente Personal.
- Comunicar claramente y honestamente sus sentimientos, necesidades, y expectativas.
- Explicar las rutinas y fijar horarios.
- Explicar la hoja de horarios, cualquier trabajo escrito, y fechas de pago.
- Tener seriedad con su relación de trabajo.

## LAVADO DE MANOS

Lavarse las manos es la mejor manera de no contraer gérmenes que causan infecciones. Lavarse las manos ayuda a prevenir infecciones de el Asistente Personal al empleador y del empleador al Asistente Personal.

Para lavarse las manos bien, use bastante jabón (un jabón antibacterial como Dial o Safeguard es lo mejor). Enjabónese bien las manos y tállese las manos juntas. Tenga cuidado de lavar la área entera, especialmente entre los dedos, alrededor y bajo de las uñas. Necesita tallar con espuma por menos de 30 segundos. Cuente despacito mientras que se lave si lo necesita hacer. Enjuáguese las manos bien. Séquese las manos cuidadosamente con una toalla de papel. No deje el cutis mojado porque se puede rozar o causar pequeñas cortaduras en la piel y es donde pueden crecer los gérmenes.

Siempre use guantes de plástico si existe la posibilidad que valla a tocar cualquier liquido del cuerpo humano como:

- Sangre
- Urina
- Saliva
- Vómito
- Mucoso
- Pus
- Excremento
- Cortaduras en la piel

\*Guantes de Latex o plásticos son muy caros y por eso muchos consumidores no los tienen a la mano. Una alternativa buena es comprar guantes de goma que pueda usar una y otra vez. Muchas tiendas venden estos guantes por menos de \$2. Debe cuidar de desinfectarlos después de cada uso con vinagre o cloro.

Siempre lávese las manos:

1. Después de usar el baño
2. Antes de comer o tocar comida
3. Inmediatamente después de tocar líquidos del cuerpo accidentalmente
4. Después de quitarse los guantes.

Los dos cargadores de infección mas comunes son:

**La mano izquierda**  
**y**  
**La mano derecha**

## **Mecánicos del Cuerpo**

Mecánicos del Cuerpo quiere decir la mejor manera para mover y usar su cuerpo para reducir estrés y esfuerzo del cuerpo.

### **5 Reglas de Mecánicos del cuerpo:**

1. Levante con los músculos de las piernas, nunca con el espinazo.
2. Doble y empareje las rodillas cuando levante y baje objetos pesados.
3. Siempre mantenga su espalda enderezada lo mas posible para que no la use para levantar objetos pesados.
4. Mantenga el objeto cercas de su cuerpo (como un abrazo de oso) para mas fuerza y estabilidad.
5. Use un base de apoyo ancho poniendo sus pies al mismo ancho de sus hombros para permitir mas balance y fuerza.
6. Use los dos lados de su cuerpo igualmente cuando este parado, alcanzando, y levantando. Esto hace sus movimientos mas seguros y fáciles.
7. Haga solamente una moción a la vez.
  - a. Levante primero y luego voltee su cuerpo entero por medio de mover los pies. Levantar y torcer el cuerpo a la misma ves puede esforzar los músculos.
  - b. Asegúrese tener su balance y amplio lugar para moverse.

Mas mecánicos de cuerpo

Incorrecto

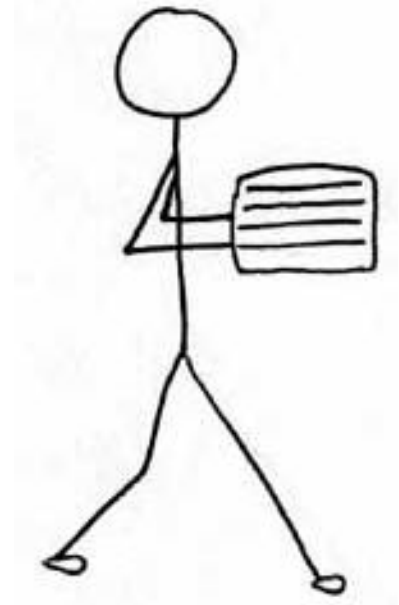


Levantando Objetos Pesados

Correcto



Cargando Objetos

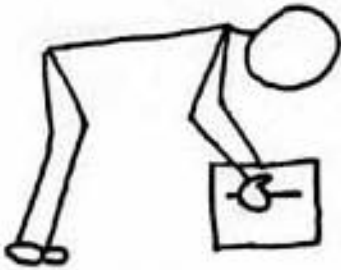


Y hasta mas mecánicos de cuerpo

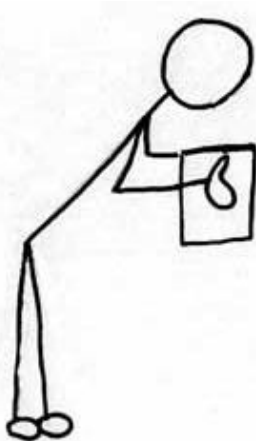
Incorrecto

Correcto

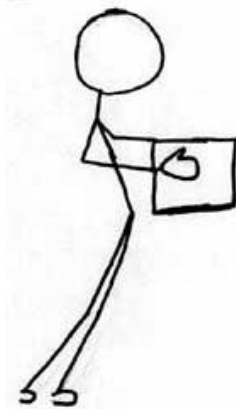
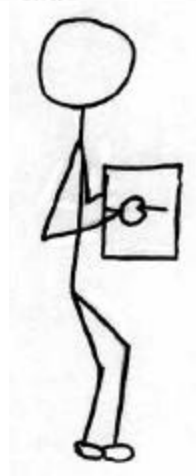
Levantando un objeto del piso



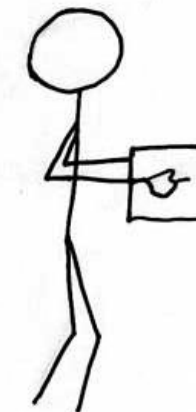
1.



2.



3.



## **Listas y Horarios**

Su empleador querrá preguntarle que le ayude llenar una lista. Es mejor que en actualidad haga la actividad mientras que llena esta lista. Algunas cosas puede tomar mas o menos tiempo para hacer de lo que piense. En hacer esto, determinara cuanto tiempo toma cada actividad y cuantas veces se hace cada uno. Posiblemente la lista parece como la lista que sigue:

### Actividades de Cuidado Personal

	¿Quién lo hará? Y=Yo F=Familia PA=PA	¿Cuanto tiempo se toma para hacerlo? Cuando: Por la				Diario (D) o día de la semana que se hará
		Mañana	Medio Día	Tarde	Noche	
		Ma	Me	T	N	
<b>Cepillar Dientes</b>						
Afeitarse						
Aplicar Cosméticos						
Vestir						
Transferir:						
Cama						
Silla de ruedas						
Baño/ Regadera						
Voltear en Cama						
Medicaciones						
Comer						
Ejercicio						
Bañar						
Programa de Entrañas						
Programa de Vejiga						
Desvestirse						
Preparación para Dormir						

### Otras Actividades

	¿Quién lo hará? Y=Yo F=Familia PA=PA	¿Cuanto tiempo se toma en hacerlo?				Diario (D) o día de semana en que se hará
		Quando: De <u>Mañana</u> <u>Medio Día</u> <u>Tarde</u> <u>Noche</u>	Ma	Me	T	
<b>Recreación (diversión!)</b>						
Detalles del Hogar (Cobros, Listas de Comida, etc.)						
Lavado de ropa						
Compras						
Preparación de Comida:						
Desayuno						
Almuerzo						
Sena						
Limpieza después de Comida:						
Desayuno						
Almuerzo						
Sena						
Limpieza:						
Recamara						
Baño						
Cocina						
Pisos						
Quitar polvo						
Trapear						
Escuela, Trabajo, Etc.						
Manejar/Mobilidad						

### Horario Semanal

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>De Mañana</b> Despertar a las 8:00 Bañar Desayuno 9:30	Quitar polvo y Aspirar	Bañar  Lavar Ropa	Despertar 7:00 Ir a Clases 9:00  Recogerme a las 11:30	Despertar 8:00 Bañar Desayunar 9:30  Quitar polvo y Aspirar		Despertar 7:30  Ir a la Iglesia 9:15
<b>Mediodía</b> Almuerzo 12:30	Asistir con el Correo	Regar Matas	Trapear piso de la Cocina	Al Mall Hacer Pagos	Comida	
<b>Tarde</b> Sena 6:00  Arreglar merienda para juego de football en TV Preparar para dormir 9:00	Biblioteca 7:00			Sena 5:00 Practica de Coro 7:00-9:00 Recogerme a las 9:15	Ir a Cenar Fuera 7:15 Ir 6:30 Baño  Preparar para dormir 9:00	Cenar 6:00

## Contrato de Empleo

### Contrato de Empleo Entre:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Empleador)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Asistente Personal)

### Horario de Trabajo: (Escoja los días apropiados)

Lun

Mar

Mier

Juev

Vier

Sab

Dom

### Horas que se trabajaran:

Desde:

Ha:

Desde:

Ha:

### Salario:

Por Hora

Por Semana

Por Mes

Al Contado

Cheque

Detener Impuestos: (Si o No)

### Beneficios Laborales Entregados al PA:

Cuarto:

Si

No

Comidas:

Si

No

Lavado de Ropa (Para PA viviendo en hogar):

Si

No

Utilidades incluidos (para PA viviendo en hogar):

Si

No

Utilidades que el PA tiene que pagar:

Uso de Propiedad Personal: (i.e. vehículo solo cuando el empleador quiere que se use):

Beneficios laborales: (Empleador pagara para que PA lo acompañe a el o ella ha el teatro, restaurante, viaje, entretenimiento:

---

### **Comportamiento Aceptable entre Sociedad:**

Echar Maldiciones: Si No  
Fumar: Si No  
Drogas: Si No  
Tomar: Si No  
Huéspedes de Noche: Si No

### **Responsabilidades del Empleador:**

- Empleador no esperara que el PA se quede después del tiempo que se concordó (Con el excepción de situaciones de emergencia).
- Empleador estará listo para que el PA trabaje al llegar.
- Empleador mantendrá archivos del desempeño del PA.
- Empleador respetara al asistente personal.

### **Responsabilidades del Asistente Personal:**

- El Asistente Personal será puntual.
- El Asistente Personal hará su trabajo como se le es pedido por el empleador.
- El Asistente Personal cumplirá su trabajo al tiempo que se concordó.
- El Asistente Personal respetara la confidencialidad del empleador.
- El Asistente Personal respetara la propiedad personal de empleador.
- El Asistente Personal respetara el empleador.

### **Ausencias:**

El empleador y asistente personal debe dar noticias a lo menos de \_\_\_\_ días en avanzado de un interrupción al horario. En casos de una emergencia, el empleador y el asistente personal deben notificarse mutuamente lo mas antes posible.

### **Terminación:**

\_\_\_\_\_ numero de días de ausencia resultara en terminación.

\_\_\_\_\_ numero de días de tardanza resultara en terminación.

Al Asistente Personal se le acordara \_\_\_\_\_ veces de comportamiento inaceptable antes de ser terminado. Si el comportamiento del PA pone en peligro la salud o bienestar del empleador, el PA será terminado sin notificación.

### **Notificación de Terminación:**

Cada persona dará \_\_\_\_\_ semanas de notificación antes de terminación a excepción de extremas circunstancias como se mencionó anteriormente.

Yo, \_\_\_\_\_ he concordado trabajar bajo el empleo de, \_\_\_\_\_ como asistente personal.

Obligaciones bajo este contrato consistirán de lo siguiente:

**Cuidado Personal**

Bañar  
Lavado de Pelo  
Vestir  
Programa de Vejiga  
Cepillar Dientes  
Peinar  
Transferir a la persona  
Re-posicionar  
Ayudar con Ejercicios Terapéuticos  
Cuidado de Cutis  
Limpieza de Equipo / Mantenimiento  
(incluye silla de ruedas, cómoda,  
cama)  
Asistencia con uso de Oxigeno

**Aseo de Hogar**

Cocinar  
Aspirar  
Barrer  
Trapear Pisos  
Limpiar Baños  
Limpiar Cocina  
Lavar Trastes  
Quitar Polvo  
Dar Brillo a los Muebles  
Compras de Mandado  
Lavado de Ropa  
(incluye planchar)  
  
Regar Matas  
Remover Basura Diariamente  
Manejar

Mi empleo será por el máximo de \_\_\_\_\_ horas aprobadas por semana. Horas que se trabajaran serán \_\_\_\_\_ y estoy de acuerdo a trabajar \_\_\_\_\_ días por semana por \$\_\_\_\_\_ por hora. Yo he recibido y entiendo completamente la lista de normas y los seguiré a lo mejor de mi habilidad. Además yo entiendo que cualquier o todos de los términos de este contrato pueden ser sujetos a renovación o cambio dentro de un acuerdo.

\_\_\_\_\_  
(Asistente Personal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Empleador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Experiencia de Empleo**

---

Empleador:

---

Domicilio:

Teléfono:

---

Posición:

Supervisor:

---

Fecha de Empleo:

Desde:

Hasta:

---

Razón por Dejar Empleo:

---

\*\*\*\*\*

---

Empleador:

---

Domicilio:

Teléfono:

---

Posición:

Supervisor:

---

Fecha de Empleo:

Desde:

Hasta:

---

Razón por Dejar Empleo:

---

\*\*\*\*\*

---

Empleador:

---

Domicilio:

Teléfono:

---

Posición:

Supervisor:

---

Fecha de Empleo:

Desde:

Hasta:

---

Razón por Dejar Empleo:

---

**Declaración del Apicante**

Esta certificación que se provee es verdadera de lo mejor de mi conocimiento.

---

(Firma del Apicante)

---

(Fecha)

## Aplicación del Asistente Personal

---

Fecha:

---

Nombre:

S.S. #

---

Domicilio:

Cuidado:

---

Teléfono:

Teléfono  
Alternativo:

---

Transportación:

---

días Disponibles: L( ) MA( ) MI( ) J( ) V( ) S( ) D( )

---

Horarios Disponibles: AM( ) PM( ) Por la Noche: Si( ) No( )

---

Disponible si me necesitan para Emergencia Si( ) No( )

---

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Entrevistarse por un Trabajo como Asistente Personal**

Como Asistente Personal, su nombre será puesto en una lista de referencia y se mandara a todos los consumidores del Centro.

### **Entrevistarse por Teléfono**

Muchas personas lo querrán entrevistar por teléfono primero. Prepárese con referencias de empleo puesto que el empleador querrá chequearlos. Probablemente el consumidor le preguntara muchas preguntas. Sea honesto y de frente. Si ellos necesitan que trabaje horas y días que usted sabe que no podrá trabajar, se lo necesita decir. Si usted no quiere hacer ciertos trabajos que se les pide (como levantar cosas pesadas o programas de entrañas), dígalos. Para asegurar que no pierda el tiempo del consumidor y el suyo, este seguro que cubra cosas como “¿Fuma la persona?” “¿Tiene la persona un gato?”

### **Entrevistarse en Persona**

- Asegúrese de que su apariencia este limpia y ordenado.
- Sea puntual. Su empleador necesita alguien confiable. A veces, sus vidas literalmente dependen de eso.
- Prepárese con referencias.
- Prepárese para contestar preguntas.

Recuerde que el empleador no lo conoce y esta tomando un riesgo grande en permitir un extraño en su casa. Es posible que muchas personas han tenido malas experiencias con previos Asistentes Personales como alguien que robo, ser abusado, no venir a trabajar o no venir a tiempo, etc. Si se le da este empleo, probablemente se tomara un tiempo antes que gane la confianza de su empleador. Usted puede comenzar por ser honesto y respetuoso.

Usted querrá preguntar que es lo que se espera de usted. Usted querrá saber cuales serán sus deberes y que horario trabajara.

### **Si lo emplean**

Si lo emplean, querrá mantener un archivo de las fechas y tiempos que trabajo. Un calendario se recomienda fuertemente para que nunca existan discrepancias sobre cuando trabajo. Acuerde que usted será responsable por reportar sus ingresos al IRS para el Income Tax.

## **Formas y Justificantes**

Muchos de ustedes trabajaron por personas quienes reciben sus fondos para pagarle por medio del estado. Este programa se llama el Office of Rehabilitation (ORS) Home Services Program. ORS es parte del Department of Human Services. Es la responsabilidad de el empleador de llenar estas formas con usted. Usted puede proveer referencias y una copia de su licencia/ID y tarjeta de Seguro Social. El papelaje debe ser llenado completamente y correctamente. Existen 3 copias de cada forma. La copia de arriba siempre va a ORS. Una de las formas va a usted y una a su empleador. Las formas siempre deben ser firmados por los dos.

Usted usara un archivo de justificante por las horas que debe entregar. Junto con la primera justificante, el papelaje se debe entregar también. Usted debe recibir su cheque a su domicilio en aproximadamente 3 semanas después que entrega esta información. ORS es una agencia separado de Progress Center for Independent Living. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con su oficina local de ORS.

En las siguientes paginas, usted encontrara ejemplos de justificantes y formas.

# Muestra de Forma: Verificación de Empleo

**U.S. Department of Justice**  
 Immigration and Naturalization Service

OMB No. 1555-0136  
**Employment Eligibility Verification**

Please read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form. **ANTI-DISCRIMINATION NOTICE.** It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because of a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

**Section 1. Employee Information and Verification.** To be completed and signed by employee at the time employment begins

Print Name: Last	First	Middle Initial	Maiden Name:
Address (Street Name and Number)		Apt. #	Date of Birth (month/day/year)
City	State	Zip Code	Social Security #

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following):

- A citizen or national of the United States
- A Lawful Permanent Resident (Alien # A \_\_\_\_\_)
- An alien authorized to work until \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Alien # or Admision # \_\_\_\_\_)

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date (month/day/year) \_\_\_\_\_

**Preparer and/or Translator Certification.** (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Preparer's/Translator's Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
 Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) \_\_\_\_\_ Date (month/day/year) \_\_\_\_\_

**Section 2. Employer Review and Verification.** To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C on the reverse of this form and record the title, number and expiration date, if any, of the document(s).

List A	List B	AND	List C
Document title: _____	_____	_____	_____
Issuing authority: _____	_____	_____	_____
Document #: _____	_____	_____	_____
Expiration Date (if any): ____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Document #: _____	_____	_____	_____
Expiration Date (if any): ____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

**CERTIFICATION -** I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment).

Signature of Employer or Authorized Representative \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
 Business or Organization Name \_\_\_\_\_ Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) \_\_\_\_\_ Date (month/day/year) \_\_\_\_\_

**Section 3. Updating and Reverification.** To be completed and signed by employer

A. New name (if applicable) \_\_\_\_\_ B. Date of rehire (month/day/year) (if applicable) \_\_\_\_\_

C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment eligibility.  
 Document Title: \_\_\_\_\_ Document #: \_\_\_\_\_ Expiration Date (if any) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is eligible to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative \_\_\_\_\_ Date (month/day/year) \_\_\_\_\_

Form I-9 (Rev. 11-21-91) N

## Muestra de Forma: Lista de documentos aceptables

<b>LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS</b>				
LIST A	OR	LIST B	AND	LIST C
<b>Documents that Establish Both Identity and Employment Eligibility</b>		<b>Documents that Establish Identity</b>		<b>Documents that Establish Employment Eligibility</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. Passport (unexpired or expired)</li> <li>2. Certificate of U.S. Citizenship (<i>INS Form N-560 or N-561</i>)</li> <li>3. Certificate of Naturalization (<i>INS Form N-550 or N-570</i>)</li> <li>4. Unexpired foreign passport, with <i>I-551</i> stamp or attached <i>INS Form I-94</i> indicating unexpired employment authorization</li> <li>5. Alien Registration Receipt Card with photograph (<i>INS Form I-151 or I-551</i>)</li> <li>6. Unexpired Temporary Resident Card (<i>INS Form I-688</i>)</li> <li>7. Unexpired Employment Authorization Card (<i>INS Form I-688A</i>)</li> <li>8. Unexpired Reentry Permit (<i>INS Form I-327</i>)</li> <li>9. Unexpired Refugee Travel Document (<i>INS Form I-571</i>)</li> <li>10. Unexpired Employment Authorization Document issued by the INS which contains a photograph (<i>INS Form I-688B</i>)</li> </ol>	OR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Driver's license or ID card issued by a state or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address</li> <li>2. ID card issued by federal, state, or local government agencies or entities provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address</li> <li>3. School ID card with a photograph</li> <li>4. Voter's registration card</li> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> <li>6. Military dependent's ID card</li> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> <li>8. Native American tribal document</li> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. School record or report card</li> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol>	AND	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. social security card issued by the Social Security Administration (other than a card stating it is not valid for employment)</li> <li>2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (<i>Form FS-545 or Form FS-546-1350</i>)</li> <li>3. Original or certified copy of a birth certificate issued by a state, county, municipal authority or outlying possession of the United States bearing an official seal</li> <li>4. Native American tribal document</li> <li>5. U.S. Citizen ID Card (<i>INS Form I-197</i>)</li> <li>6. ID Card for use of Resident Citizen in the United States (<i>INS Form I-179</i>)</li> <li>7. Unexpired employment authorization document issued by the INS (other than those listed under List A)</li> </ol>
<p><b>Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274)</b></p>				
<p>Form I-9 (Rev. 11-21-91) N</p>				

# Muestra de Forma: Instrucciones de W4

## Instructions for Form IL-W-4, Employee's Illinois Withholding Allowance Certificate

**Who must file?** You must complete this form so your employer can withhold the correct amount of Illinois income tax from your pay. The amount withheld from your pay will depend in part on the number of allowances you claim on this form.

If you claimed exemption from withholding on your federal Form W-4, U.S. Employee's Withholding Allowance Certificate, you may be required to have Illinois income tax withheld from your pay even though you are not subject to withholding for federal tax.

If the amount withheld from your compensation is not enough to cover your tax liability for the year, (i.e., you have nonwage income, such as interest or dividends), you may request that your employer withhold an additional amount from your pay. Otherwise, you may find that you owe additional tax at the end of the year which may result in a penalty for underpayment of estimated tax.

Complete this worksheet below to figure the correct number of allowances you are entitled to claim. Your completed Form IL-W-4 must be given to your employer. You may keep the worksheet for your records.

**What if I underpay my tax?** If you are required to make estimated tax payments and failed to do so, or failed to make your payments on time, you may owe a late payment penalty. 1

penalty is 15 percent of the underpayment and is figured separately for each quarter.

You may owe this penalty if

- your Illinois income tax exceeds the total tax withheld or credited for the tax year by more than \$250 (even if your previous year's tax liability was less than \$250), or
- your estimated tax is underpaid for any quarter. You may be penalized even though you are receiving a refund on your Form IL-1040.

**100** You may still owe this penalty for an earlier quarter, even if you pay enough tax later to make up the underpayment from a previous quarter.

Additional penalties may be imposed for supplying false information regarding your withholding allowance.

**100** When must I file? You must file Form IL-W-4 when the compensation that you receive as an employee from an employer is subject to Illinois withholding. You may file a new IL-W-4 any time that your withholding allowances increase. If the number of your previously claimed allowances increases, you must file a new IL-W-4 within 10 days. However, the death of a spouse or a dependent does not affect your withholding allowances until the next tax year.

**How do I figure my allowance?** If you are employed, you are entitled to an exemption unless you are claimed as an exemption on another's return. If you are married, you may claim additional exemptions for your spouse and any dependent that you are entitled to claim for federal income tax purposes. You may also claim additional allowances, if you or your spouse are age 65 or over, or legally blind. Complete the worksheet below to figure your correct withholding allowance.

**100** If you have more than one job or if your spouse works, you may claim all of your allowances on one job or you may claim some on each job, but you may not claim the same allowances more than once. Your withholding will usually be more accurate if you claim all your allowances on the IL-W-4 for the job with the largest wages and claim zero on all other IL-W-4's.

**Where do I get help?** If you need help, please call our Springfield office at 1 800 732-5569, 217 782-3336, or our TDD-telecommunication device for the deaf at 1 800 544-5304. Our office hours are 8 a.m. to 5 p.m. weekdays. If you prefer, you may write to us at the following address:

ILLINOIS DEPARTMENT OF REVENUE  
PO BOX 15044  
SPRINGFIELD IL 62784-9044

### Illinois Withholding Allowance Worksheet

Complete the following to figure your total withholding allowances.

Check all that apply:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> no one else can claim you as a dependent | <input type="checkbox"/> you can claim your spouse as a dependent |
| <input type="checkbox"/> you are 65 or over                       | <input type="checkbox"/> your spouse is 65 or over                |
| <input type="checkbox"/> you are legally blind                    | <input type="checkbox"/> your spouse is legally blind             |

1 Write the total number of boxes you checked.

**100** If you have more than one job, figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs. Divide among all jobs. If you have a working spouse, you may choose not to claim your spouse as a dependent (this may help avoid having too little withheld).

2 Write the number of dependents (other than your spouse or yourself) who you will claim on your tax return. 1 \_\_\_\_\_

3 Add Lines 1 and 2. Write the result. This is your total personal exemptions. 2 \_\_\_\_\_

4 Write any amount you reported on Line 4 of the Deductions and Adjustments Worksheet for federal Form W-4. 3 \_\_\_\_\_

5 Divide Line 4 by \$1,000 and round the result to the nearest whole number. 4 \_\_\_\_\_

6 Add Lines 3 and 5. Write the result on Line 6. This is the total number of allowances you are entitled to claim. 5 \_\_\_\_\_

**100** You may choose to reduce the number of your Illinois allowances for purposes of withholding additional Illinois income tax from your pay.

7 Write the total number of allowances you elect to claim here and on Form IL-W-4, Line 1. 6 \_\_\_\_\_  
7 \_\_\_\_\_

Cut here and give the certificate to your employer. Keep the top portion for your records.

### Illinois Department of Revenue IL-W-4 Employee's Illinois Withholding Allowance Certificate

Social Security number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Street address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

State \_\_\_\_\_

ZIP \_\_\_\_\_

1 Write the total number of allowances you are claiming (from Line 7 of the worksheet). \_\_\_\_\_

2 Write the amount of additional withholding you want deducted from each pay. \$ \_\_\_\_\_

I certify that I am entitled to the number of withholding allowances claimed on this certificate.

Your signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

This form is authorized as required by the Illinois Income Tax Act. Disclosure of this information is REQUIRED. Failure to provide information could result in a penalty. This form has been approved by the Public Management Center. IL-487-0039

IL-W-4 (9-12-93) 80% RECYCLED PAPER

Employer: Keep this certificate with your records. If you have referred the employee's federal certificate to IRS and the IRS has notified you to disregard it, you may also be required to disregard this certificate. Furthermore, even if you are not required to refer the employee's federal certificate to IRS, you may still be required to refer this certificate to the Illinois Department of Revenue for inspection. See Illinois Income Tax Regulations 88 Ill. Adm. Code 150.7112.

Muestra de Forma: W4

Form W-4 (1997)

**Want More Money In Your Paycheck?**  
If you expect to be able to take the earned income credit for 1997 and a child lives with you, you may be able to have part of the credit added to your take home pay. For details, get Form W-5 from your employer.

**Purpose.** Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct amount of Federal income tax from your pay. Form W-4 may be completed electronically, if your employer has an electronic system. Because your tax situation may change, you may want to refigure your withholding each year.

**Exemption From Withholding.** Check line 7 of the certificate below to see if you can claim exempt status. If exempt, only employer fees 1, 2, 3, 4, 7, and 8 on the form will reduce your pay. Your exemption expires February 17, 1998.

**Note.** You cannot claim exemption from withholding if (1) your income exceeds \$500 and includes unearned income (e.g., interest and dividends) and (2) another person can claim you as a dependent on their tax return.

**Basic Instructions.** If you are not exempt, complete the Personal Allowances Worksheet. Additional worksheets are on page 2 so you can adjust your withholding allowances based on dependents, deductions, adjustments to income, or two-earner/two-job situations. Complete all worksheets that apply to your situation. The worksheets will help you figure the number of withholding allowances you are entitled to claim. However, you may claim fewer allowances than this.

**Head of Household.** Generally, you may claim head of household filing status on your tax return only if you are unmarried and pay more than 50% of the costs of keeping up a home for yourself and your dependent(s) or other qualifying individual(s).

**Marriage Income.** If you have a large amount of marriage income, such as interest or dividends, you should consider making

estimated tax payments using Form 1042-Es. Otherwise, you may find that you owe additional tax at the end of the year.

**Two Earners/Two Jobs.** If you have a working spouse or more than one job, figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using worksheets from only one W-4. This total should be divided among all jobs. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the W-4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

**Check Your Withholding.** After your W-4 takes effect, use Pub. 919, Is My Withholding Correct for 1997?, to see how the dollar amount you are having withheld compares to your estimated total annual tax. Get Pub. 919, especially if you used the Two-Earner/Two-Job Worksheet and your earnings exceed \$150,000 (single) or \$200,000 (married). To order Pub. 919, call 1-800-625-3676. Check your telephone directory for the IRS assistance number for further help.

**Sign This Form.** Form W-4 is not considered valid unless you sign it.

Personal Allowances Worksheet

A Enter "1" for yourself if no one else can claim you as a dependent . . . . . A

B Enter "1" if:   
 • You are single and have only one job; or   
 • You are married, have only one job, and your spouse does not work; or   
 • Your wages from a second job or your spouse's wages for a total of both are \$1,000 or less. . . . . B

C Enter "1" for your spouse. But, you may choose to enter "-0-" if you are married and have either a working spouse or more than one job (this may help you avoid having too little tax withheld). . . . . C

D Enter number of dependents (other than your spouse or yourself) you will claim on your tax return . . . . . D

E Enter "1" if you will file as head of household on your tax return (see conditions under Head of Household above) . . . . . E

F Enter "1" if you have at least \$1,500 of child or dependent care expenses for which you plan to claim a credit . . . . . F

G Add lines A through F and enter total here. **Note:** This total may be different from the number of exemptions you claim on your return.   
 • If you plan to itemize deductions, adjustments to income and want to reduce your withholding, see the Deductions and Adjustments Worksheet on page 2.   
 • If you are single and have more than one job and your combined earnings from all jobs exceed \$32,000 OR if you are married and have a working spouse or more than one job, and the combined earnings from all jobs exceed \$55,000, see the Two-Earner/Two-Job Worksheet on page 2 if you want to avoid having too little tax withheld.   
 • If neither of the above situations applies, stop here and enter the number from line G on line 5 of Form W-4 below.

Cut here and give the certificate to your employer. Keep the top portion for your records.

**Form W-4** **Employee's Withholding Allowance Certificate** **OMB No. 1545-0010**  
 Department of the Treasury **1997**  
 Internal Revenue Service **For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see reverse.**

1 Type or print your first name and last name **Last name** 2 Your social security number

Home address (number and street or rural route) 3  Single  Married  Married, but withhold at higher Single rate.   
Note: If married, but legally separated or spouse is a nonresident alien, check the Single box.

City or town, state, and ZIP code 4 If your last name differs from that on your social security card, check here and call 1-800-772-1213 for a new card

5 Total number of allowances you are claiming (from line G above or from the worksheets on page 2 if they apply) **5**

6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck **5**

7 I claim exemption from withholding for 1997, and I certify that I meet BOTH of the following conditions for exemption:  
 • Last year I had a right to a refund of ALL Federal income tax withheld because I had NO tax liability; AND  
 • This year I expect a refund of ALL Federal income tax withheld because I expect to have NO tax liability.  
 If you meet both conditions, enter "EXEMPT" here **EXEMPT**

Under penalty of perjury, I certify that I am entitled to the number of withholding allowances claimed on this certificate or entitled to claim exempt status.


Employee's signature **Date** **19**

8 Employer's name and address (Employer: Complete 8 and 10 only if sending to the IRS) 9 Office code (optional) 10 Employer identification number

OMB No. 1545-0010

Muestra de Forma: Pedido de Numero de Seguro Social

10/19856521735 P.02



**State of Illinois**  
**Illinois Department of Human Services**

**Office of Rehabilitation Services**  
**REQUEST FOR SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) OR FEDERAL EMPLOYER**  
**IDENTIFICATION NUMBER (FEIN)**

THE FOLLOWING INFORMATION MUST BE PROVIDED. PLEASE PRINT IN INK OR TYPE. (Please refer to NOTE on next page.)

1. SSN \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
OR \_\_\_\_\_  
FEIN \_\_\_\_\_  
month day year  
(Home Services Program  
Personal Assistants and  
Home Health Aides Only)

2. Enter the name of the individual or entity which holds the SSN or FEIN exactly as it appears on the SSN card or as the FEIN is registered.  
\_\_\_\_\_

3. Enter the exact address of where payment is to be sent.  
ADDRESS: \_\_\_\_\_  
CITY: \_\_\_\_\_  
STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_  
ATTN: \_\_\_\_\_

4. If you are/will be a Personal Assistant through the Home Services Program, enter your telephone number.  
TELEPHONE: \_\_\_\_\_

5. If you have one, enter your License Number from the Illinois Department of Professional Regulation or other licensing body, as appropriate. Do not enter your Drivers License or automobile license plate number.  
LICENSE NUMBER: \_\_\_\_\_ EXPIRATION: \_\_\_\_\_

I certify the information provided above is correct.

Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

RETURN COMPLETED FORM TO: DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
OFFICE OF REHABILITATION SERVICES

(OVER)

IL488-1583 (R-8-99)

Under Section 6109 of the Internal Revenue Code, any person who earns money must give his/her SSN or FEIN to the payer of the earnings. The payer must then report the individual's earnings to the Internal Revenue Service for identification and tax purposes.

Even if you will not be required to file an income tax return, according to the law you must give DHS-ORS your correct SSN or FEIN. If you do not provide DHS-ORS with this number, payment cannot be processed. Further, if you provide an incorrect number, 31% of the payment may be withheld for taxes.

NOTE: To ensure that you are providing the proper number, use the following guidelines:

1. Any individual or sole proprietorship must provide a correct SSN;
2. any organization, business, trust, estate, corporation, partnership or tax-exempt organization must provide its FEIN, even if it has no employees.

TO BE COMPLETED BY THE DHS-ORS DISTRICT OFFICE

CASE # \_\_\_\_\_ INSTRUCT # \_\_\_\_\_

FOR HSP PAS, ENTER START DATE: \_\_\_\_\_

TRANSACTION TYPE (CHECK ONE)

NEW VENDOR  NAME CHANGE  ADDRESS CHANGE  SSN CHANGE

INDICATE VENDOR TYPE \_\_\_\_\_ PRIVATE (Enter "Y") \_\_\_\_\_ PUBLIC (Enter "N")

DHS CENTRAL OFFICE USE ONLY

CLASS \_\_\_\_\_ CODE \_\_\_\_\_

Muestra de Forma: Documentación de Servicios de Servicios de Hogar



State of Illinois  
Department of Human Services

Case #: \_\_\_\_\_

**HOME SERVICES DOCUMENTATION OF SERVICES**

Customer Name: \_\_\_\_\_ Worker Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
(include St./Apt.#) (include St./Apt. #)

City/Zip Code: \_\_\_\_\_ City/Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_  
(Please print) (Please print)

Check here if either address changed Worker SSN: \_\_\_\_\_ (Please print)

NOTE: Check will be mailed to worker at the address above. If check is not to be mailed to worker's address, but rather to the worker in care of the customer, please indicate a % symbol preceding the customer's name.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

FROM THE 1ST THROUGH THE 15TH OF \_\_\_\_\_ I WORKED \_\_\_\_\_ HOURS AT \_\_\_\_\_ PER HOUR.

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

FROM THE 16TH THROUGH THE END OF \_\_\_\_\_ I WORKED \_\_\_\_\_ HOURS AT \_\_\_\_\_ PER HOUR.

I CERTIFY THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND THAT THE CUSTOMER WAS IN HIS/HER HOME AT THE TIME SERVICES WERE RENDERED (NO HOSPITALIZATION, IN HOSPITAL, IN NURSING HOME, ETC.). NOTE: THE WORKER AND THE CUSTOMER MUST SIGN AND DATE THIS FORM ON OR AFTER THE LAST DATE OF SERVICE.

WORKER SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

**CUSTOMER CERTIFICATION FOR SERVICES RECEIVED**

The information listed above is to my knowledge true, accurate and complete, and the services described therein were received by me. I hereby designate DHS-ORS posting payment to my employee (named on this document under "Worker:") an agent pursuant to Section 3504 of the Internal Revenue Code for the purpose of withholding FICA. This designation is not applicable if the payee is a private firm or agency employee. Certification also signifies full compliance with Title VI Civil Rights Act of 1964, Title V of the Rehabilitation Act of 1973, as amended, and Americans with Disabilities Act (42 U.S.C. 12101) which forbid discrimination on the basis of sex, religion, race, color, national origin and disability.

The intentional falsification of any information submitted on this form could lead to criminal prosecution.

CUSTOMER SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

..... FOR OFFICE USE ONLY .....

DHS Payment Approval \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Authorization No. \_\_\_\_\_

IL488-2251 (R-1-99)

Gross \_\_\_\_\_

Muestra de Forma: IDPA Waiver Program Provider



Illinois Department of Public Aid

WAIVER PROGRAM PROVIDER AGREEMENT FOR PARTICIPATION IN THE ILLINOIS MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM

WHEREAS, \_\_\_\_\_ (IDPA Provider Number, if applicable) hereinafter referred to as "the Provider", is enrolled with the Illinois Department of Public Aid hereinafter referred to as "DPA", as an eligible provider in the Medical Assistance Program; and

WHEREAS, the Provider is enrolled with \_\_\_\_\_ (hereinafter referred to as "Waiver Agency") as a provider in the \_\_\_\_\_; and

WHEREAS, the Provider wishes to submit claims for services rendered to eligible Public Aid clients:

NOW THEREFORE, the Parties agree as follows:

- 1. The Provider agrees, on a continuing basis, to comply with current and future program policy provisions as set forth in any applicable Program handbooks/agreements with the appropriate administering Waiver Agency. The DPA or Waiver Agency, as appropriate, shall notify the Provider of changes in policy 30 days before the effective date of the change unless there is an emergency, as defined in the Administrative Procedure Act, or the change is to comply with State or Federal law or regulation.
2. The Provider agrees, on a continuing basis, to comply with applicable licensing or certification standards as contained in State laws or regulations.
3. The Provider agrees to comply with Title VI of the Civil Rights Act of 1964, the Rehabilitation Act of 1973, the Americans with Disabilities Act of 1990, and regulations promulgated thereunder which prohibit discrimination on the grounds of sex, race, color, national origin or handicap.
4. The Provider agrees, on a continuing basis, to comply with Federal standards specified in Title XIX of the Social Security Act, and also with all applicable Federal and State laws and regulations.
5. Provider agrees that DPA payments for Medicaid services rendered by the Provider shall be voluntarily assigned to the administering Waiver Agency which will then arrange for payment to the Provider as outlined in 1902 (a) (27) and (a) (32).
6. Payments to the Provider under this agreement shall constitute payment in full. Any payments received by the Provider from other sources shall be shown as a credit and deducted from the Provider's charges.
7. The Provider agrees to be fully liable for the truth, accuracy and completeness of all claims submitted electronically or on hard copy for payment. Furthermore, the Provider agrees to review, affix an original signature, and retain in their files the billing certification. Any submittals of false or fraudulent claim or claims or any concealment of a material fact may be prosecuted under applicable Federal and State laws.
8. The Provider agrees to maintain all records necessary to disclose fully the nature and extent of services provided to individuals under Articles V, VI, and VII of the Public Aid Code. The Provider shall maintain said records for not less than three (3) years from the date of service or as required by applicable Federal and State laws, whichever is longer, and shall furnish these records upon demand when so requested by the DPA, Waiver Agency or their designees. If a DPA or Waiver Agency audit is initiated the Provider shall retain all original records until the audit is completed and every audit issue has been resolved, even if the retention period extends beyond the required period.

9. The Provider, if not a practitioner, agrees to comply with the Federal regulations requiring ownership and control disclosure found at 42 CFR Part 455, Subpart B.
10. The Provider agrees to exhaust all other sources of reimbursement as required by Medical Assistance Program policy prior to seeking reimbursement.
11. Provider agrees to be fully liable to the DPA and Waiver Agency for any overpayments which may result from the Provider's submittal of billings to the DPA and Waiver Agency. The Provider shall be responsible for promptly notifying the DPA and Waiver Agency of any overpayments of which the Provider becomes aware. The DPA and Waiver Agency shall recover any overpayments by setoff, crediting against future billings or by requiring direct repayment to the DPA and Waiver Agency.
12. The Provider (if a hospital, nursing facility, hospice or provider of home health care or personal care services) agrees to comply with Federal requirements, found at 42 CFR Part 489, Subpart I, related to maintaining written policies and providing written information to patients regarding advance directives.
13. The provider certifies that there has not been a prohibitive transfer of ownership interest to or in the provider by a relative who is terminated or barred from participation in the Medical Assistance Program pursuant to 305 ILCS 5/12 - 4.5.
14. The provider certifies the following owners/stock holders own 1% or more of the stock/shares. If additional space is needed, please use separate page. If there is no information to disclose, write NONE.

Name	Social Security Number	% of ownership

15. The Provider agrees and understands that knowingly falsifying or willfully withholding information on the Provider Enrollment Application and/or the Agreement for Participation may be cause for termination of participation in the Illinois Medical Assistance Program.

This agreement becomes effective        /        /       , which is the earliest date that services were provided to an Illinois Medical Assistance Program client. The Provider certifies that all services rendered on or after such date were rendered in compliance with and subject to the terms and conditions of this agreement.

**PROVIDER:**

**WAIVER AGENCY:**

by: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_  
 (Provider Signature) Authorized Agency Signature Date  
 \_\_\_\_\_  
 (Provider FEIN Number) Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ **DEPARTMENT OF PUBLIC AID:**

by: \_\_\_\_\_  
 Assistant Administrator Date  
 Division of Medical Programs

Muestra de Forma: Contrato de Consumidor / proveedor

State of Illinois  
Department of Rehabilitation Services  
HOME SERVICES PROGRAM  
CUSTOMER/PROVIDER AGREEMENT

Customer Name: \_\_\_\_\_ Case #: \_\_\_\_\_

Personal  
Assistant Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

The customer and the Personal Assistant (hereinafter called "provider") understand and agree to the following program provisions governing delivery of services and receipt of payment through the Home Services Program. Compliance with the program provisions described herein is required for participation in the Home Services Program, as they are necessary to ensure implementation of the service plan and proper use of state and federal funds.

1. Customer and provider agree to provide all information and documentation necessary to develop a service plan and to authorize services, assuring that such information is complete and accurate, and that all information learned or heard or contained in the service plan shall be held as confidential by the provider.
2. Customer agrees to receive and provider agrees to provide such services in accordance with the attached SERVICE PLAN (IL 488-1049 or IL 488-1050).
3. Customer and provider agree to keep a record of hours worked and wages earned each month and to submit a signed statement bi-monthly detailing the number of hours of service received and wages earned (HOME SERVICES DOCUMENTATION OF SERVICES (IL 488-2251)). The customer is required by law to obtain for all individual providers the Employment Eligibility Verification (I-9 Form). These records must be available to DORS and to others whom DORS give permission (e.g., Health Care Financing Administration or Illinois Department of Public Aid). Services for more hours than authorized shall only be paid for by the Department of Rehabilitation Services (DORS) if the customer receives prior approval from the DORS counselor.
4. As the consumer of Personal Assistant Services, the customer is responsible for locating, choosing, supervising, training, and disciplining, if necessary, the provider. The State of Illinois does not provide paid vacation, holiday, or sick leave. Arrangements for schedules for time off are between the customer and provider, but need to be reported to DORS per the HOME SERVICES DOCUMENTATION OF SERVICES (IL 488-2251) only for the purposes of processing payment. DORS reports its payments to the provider to the Illinois Department of Employment Security ("DES") and a provider may choose to apply for unemployment benefits, but DES, not DORS.

determines if the provider will receive benefits. The provider may apply for workers' compensation benefits, through DORS, and some customers may have workers' compensation insurance; however, DORS maintains it is not the provider's employer for purposes of workers' compensation.

5. Provider can have federal and state income taxes withheld if the provider completes and returns to DORS two separate W-4 forms. No money will be withheld for any other purpose, except in accordance with any administrative or judicial orders (e.g., court ordered child support or garnishment of wages). Social Security payment (FICA) will be withheld by DORS on behalf of the customer.
6. Customer and provider agree that services will only be provided while the customer resides in the home. If the customer moves from his/her home for any reason or is hospitalized or institutionalized, services shall not be billed to DORS. Any period of time during which the customer is not in the home shall be reported by the customer and the provider on the HOME SERVICES DOCUMENTATION OF SERVICES (IL 488-2251). Customer and provider also agree that the DORS counselor shall be notified by phone immediately when services are interrupted, no longer needed, or in any other circumstance which results in a change in providers or in the services needed.
7. Provider agrees that services shall not be subcontracted to anyone else. Customers who have more than one provider shall submit all needed information, a provider agreement, and proper bi-monthly statement (HOME SERVICES DOCUMENTATION OF SERVICES (IL 488-2251)) for each provider.
8. DORS agrees to refigure customers cost share amount taking into account any FICA payments and workers' compensation insurance premiums that customer makes as disability related expenses.

\_\_\_\_\_  
Customer Signature/Date

\_\_\_\_\_  
Provider Signature/Date

\*\*Federal and State income taxes will be withheld upon completion of an Employee's Withholding Allowance Certificate by the Provider. (State: Illinois Department of Revenue Form IL-W-4/Federal: Internal Revenue Service Form W-4)

**Muestra de Forma: Personal Assistant Standards**

State of Illinois  
Department of Rehabilitation Services  
HOME SERVICES PROGRAM  
PERSONAL ASSISTANT STANDARDS

Dear Client,

As you should already be aware, you have been determined eligible to receive services through the Home Services Program (HSP).

As part of the eligibility determination, it has been decided that you are capable of supervising a Personal Assistant (PA) to assist you in your home.

As you will be the consumer of PA services, you are required to collect and certify the following information on each PA you use.

Failure on your part to complete and submit this form to your HSP counselor prior to the PA's first voucher being paid may result in non-payment to the PA and your ineligibility for further services.

Complete ALL information on this form to your HSP counselor.

1. PA's Name: \_\_\_\_\_
2. Legal Address (where PA actually lives): \_\_\_\_\_
3. Address where PA will receive his/her check (if different than above): \_\_\_\_\_
4. The PA has provided DORS with a copy of his/her social security card or other documentation verifying this information.  
 Yes       No (Please note: no authorization can or will be made until this information is received by DORS.)
5. The PA is: (check appropriate category)
  - a. \_\_\_\_\_ 16 years of age and not employed by me during school hours;
  - b. \_\_\_\_\_ 17 years of age and a high school graduate; or
  - c.  18 years of age or older.

6. The PA has provided me with: (check one and fill in appropriate blanks)

a. written (attach copies) or verbal recommendations from two current and/or former employers.

Yes  No

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

b. a recommendation from a Center for Independent Living (CIL).

Yes  No

CIL: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

c. if never employed, two written (attach copies) or verbal personal references from non-family members.

Yes  No

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

7. The previous experience and/or training of the PA is adequate and consistent with the specific tasks performed for me in my home as identified below.

Task	Experience/Training
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



