



Rhode Island

Guía de pensamiento centrada en la persona

Paul V. Sherlock Center on Disabilities, Rhode Island College
Rhode Island Division of Developmental Disabilities

Mayo, 2018

Colaboradores

:

Tony Antosh	Donna Martin
Susan Birch	Peg McGee
Luke Brissette	Andrew McQuaide
Christine Brunt	Carrie Miranda
Crystal Cerullo	Kevin Nerney
Maya Colantuono	Kie O'Donnell
Mary Beth Cournoyer	Mike Purcell
Vincent DeJesus	Claire Rosenbaum
Kelly Donovan	Dianne Ross
Sue Donovan	Kate Sherlock
Kim Einloth	John Susa
Deanne Gagne	Eileen Vieira
Jackie Gendron	Kerry Walker
Scott Hopkins	Andrew Whalen
Deb Kney	Jessica Wilcox
Karen Flynn	Keith Wilcox
Karen Keohan	Mike Wilson
Mary Madden	Christine Yankee
Alicia Matthews	

Propósito de esta guía

El propósito de la *Guía de pensamiento centrado en la persona* es ayudar a las personas, sus familias y amigos, las personas que los apoyan y todos los miembros de la comunidad a implementar un proceso significativo centrado en la persona y proporcionar servicios y apoyo centrados en la persona.

La guía está dividida en cinco secciones.

Comienza con una **introducción** que explica los valores y las prácticas que son la base del Pensamiento Centrado en la Persona. Hay un diagrama que ilustra los **pasos en el proceso** y una descripción de los **Componentees estructurales centrales de un Proceso centrado en la persona** y los **indicadores de calidad** que respaldan cada Componentee.

El proceso de desarrollo de un plan de vida centrado en la persona se divide en **tres fases**. Existe una **lista de verificación de la implementación** que está destinada a ayudar a la persona y al facilitador a determinar si se han cumplido los Componentees y los indicadores de calidad. Hay una **descripción de cada Componentee** con algunos **ejemplos** y algunos **recursos** básicos. Los recursos adicionales se enumeran al final de la *guía*.

La fase 1 se enfoca en prepararse para el plan. Esta fase incluye seleccionar un facilitador / consejero; preparar a la persona para participar plena y activamente en el proceso; identificar y mapear oportunidades y recursos comunitarios; tener una reunión previa para determinar los temas a tratar y los temas que no se debatirán y seleccionar un lugar y una hora para la reunión; y ensamblar el equipo único de la persona.

La fase 2 se enfoca en la reunión de planificación. Esta fase incluye desarrollar un perfil personal; seleccionando direcciones de vida o metas; planificación de acción para cada objetivo; seleccionar un formato para el plan que coincida con las preferencias y puntos fuertes de la persona; e identificando otros recursos que pueden apoyar la implementación del plan.

La fase 3 se enfoca en desarrollando el plan. Esta fase incluye el desarrollo de direcciones de vida o metas que son mensurables; desarrollar una estrategia que le permita a la persona ver su propio progreso; describiendo las consideraciones de seguridad; desarrollar un cronograma para revisar el plan; obtener firmas; y desarrollando el Plan de Cuidado CMS / BHDDH.

Introducción - ¿Qué es el pensamiento centrado en la persona?

Pensamiento centrado en la persona es un conjunto de valores, habilidades y herramientas que coloca a la persona en el centro de cada aspecto de la vida. No es un plan o una forma ... pero es un proceso por el cual cada persona:

- piensa en las experiencias que quiere tener en la vida o las metas que quiere lograr;
- toma tiempo descubrir y conocer esos objetivos y esas experiencias: dónde ocurren, qué sucede realmente allí, qué habilidades se necesitan, qué apoyos se necesitan, cómo llegar y otros factores;
- desarrolla un plan para alcanzar sus metas o tener esas experiencias;
- actúa en ese plan (tal vez con la ayuda de otros); y
- reflexiona sobre lo que ha aprendido o logrado.

Cualquier servicio o apoyo es, después de todo, sobre la persona.

A través del pensamiento centrado en la persona, cada persona toma mayor **control de su vida**. Para tener más control, cada persona debe aprender a participar más plenamente en el proceso de planificación. Cada persona:

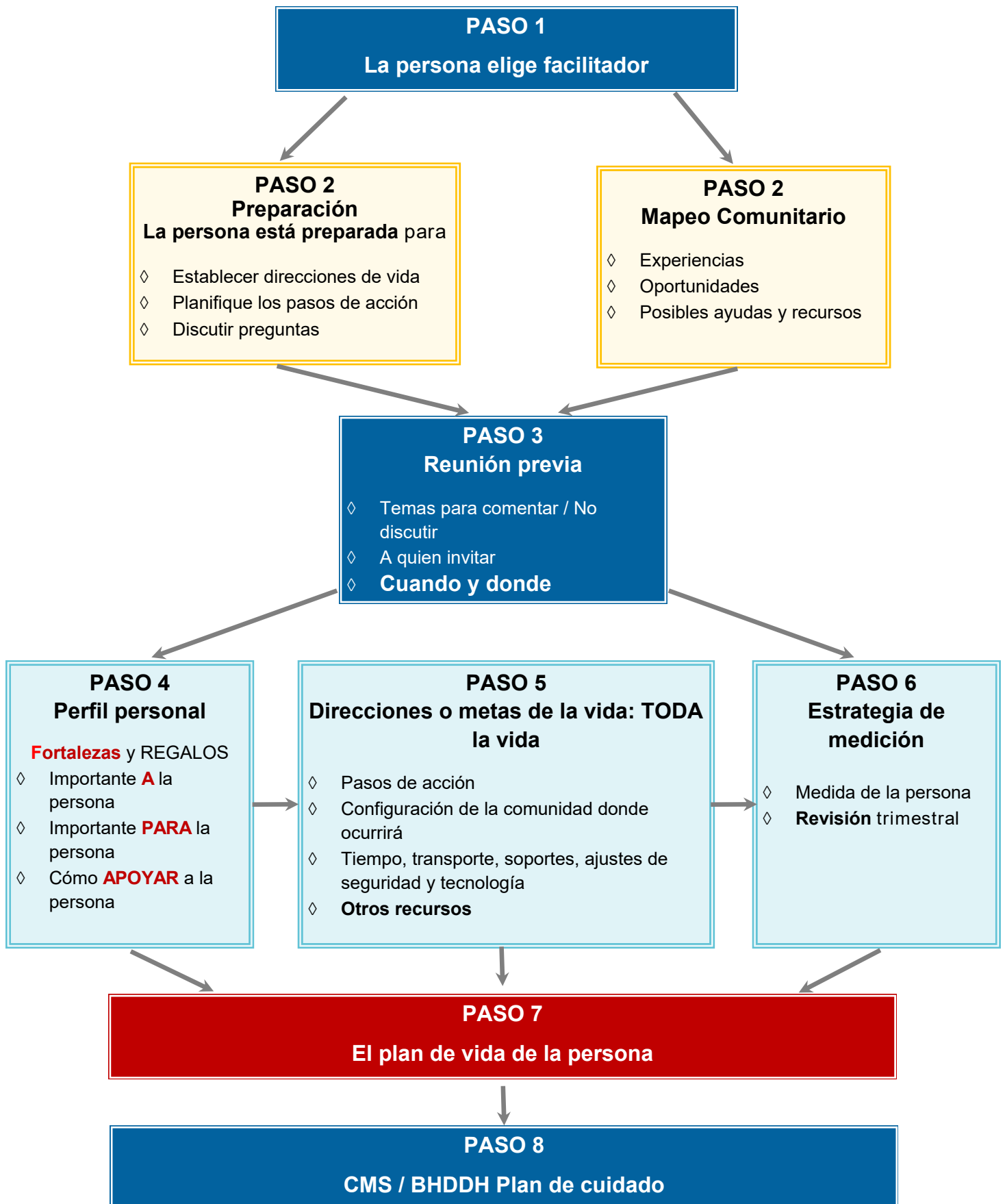
- necesita tener una mayor cantidad y variedad de experiencias de vida para que sepa lo que quiere hacer;
- necesita estar completamente preparado para cualquier reunión o planificación y poder hablar sobre las preguntas o temas que surjan;
- necesita aprender a pensar acerca de cómo lograr ese objetivo o tener esa experiencia y necesidades para poder comunicar el objetivo o la experiencia de la vida de una manera que tenga sentido para él / ella.

A través del pensamiento centrado en la persona, cada persona piensa en **toda la vida** no solo en los servicios o apoyos que se pagan con fondos públicos. Cada persona necesita un plan sobre dónde vivir, desarrollar y mantener relaciones con una variedad de personas, qué trabajos o carreras quiere probar, cómo divertirse, cómo mantenerse sano, cómo moverse por la comunidad y cualquier cosa. lo demás es importante para cada persona.

El pensamiento centrado en la persona se trata de **estar en el mundo**. Para estar en el mundo, cada persona necesita saber sobre las comunidades en las que vive.

A través del pensamiento centrado en la persona, cada persona (y su familia de confianza, amigos y seguidores) aprende sobre las oportunidades y los apoyos que están disponibles en sus comunidades. Pertenecer a organizaciones comunitarias es una forma muy efectiva de aumentar la presencia de la persona en la comunidad y aumentar los tipos de oportunidades y experiencias disponibles para la persona. Los planes más exitosos usan una combinación de apoyos financiados con fondos públicos y apoyos comunitarios.

El pensamiento centrado en la persona es la base de la planificación centrada en la persona. Si realmente no entendemos a la persona, los planes se centrarán más en el proveedor de servicio o soporte que en la persona. Si la persona no está en el centro de cada actividad, lo más probable es que el plan no sea realmente significativo para esa persona. Las metas o experiencias establecidas por la persona tienen más probabilidades de alcanzarse que los planes que se desarrollan para la persona.



Aunque **no hay una sola forma de hacerlo**, sabemos que hay Componentees de un proceso centrado en la persona que debe ocurrir para que el Pensamiento centrado en la persona cambie la vida de la persona.

La guía:

- enumera esos Componentees,
- proporciona una breve explicación de cada Componentee,
- da ejemplos de algunas formas de implementar cada Componentee,
- proporciona algunos recursos, y
- proporciona una lista de verificación que ayuda a la persona y su equipo a implementar un verdadero proceso centrado en la persona.

Las siguientes páginas enumeran todos los Componentees del proceso centrado en la persona y los descriptores que indican que el proceso se está implementando con calidad. Siguiendo esa lista, cada Componentee se analiza en detalle. Algunos de los Componentees tienen ejemplos y recursos.

También hay tres listas de verificación para ayudar a la persona (y a su facilitador / asesor y a otros miembros del equipo) a revisar si han completado todos los pasos. Las tres listas de verificación son:

- Preparación (Componentees 1-5)
- La reunión de planificación (Componentees 6-9)
- Plan de escritura (Componentees 8, 10-14)

Varios de los recursos en esta guía contienen enlaces. Hay una página de "Pensamiento centrado en la persona" en el sitio web del Centro Paul V. Sherlock (www.sherlockcenter.org) donde esos enlaces están en vivo. Esta guía y los demás recursos enumerados en la guía también se pueden encontrar en esa página web.

Un plan completo centrado en la persona incluiría:

- Indicadores de que la persona está preparada para participar activamente en la planificación;
- Conocimiento de las oportunidades y experiencias de la comunidad que ampliarían las experiencias de vida de la persona y combinarían sus fortalezas, intereses, preferencias y necesidades;
- Un perfil personal;
- Planifique los detalles de cada área incluida en el plan (experiencias actuales, declaración de objetivos o expectativas del dominio de la vida, pasos de acción y detalles de implementación);
- Estrategias de medición;
- Descripción de estrategias y apoyos para mantener a la persona segura (si es necesario);
- Horario para revisión.

Componentes estructurales del proceso centrado en la persona

	Indicadores de calidad
1. La persona tiene un facilitador / asesor calificado de su elección	La persona tiene una opción (más de una) de un facilitador / asesor calificado. El facilitador / consejero ha participado en una serie de capacitación. El facilitador / consejero entiende el papel y la responsabilidad. El facilitador / asesor tiene experiencia directa en brindar apoyo formal o informal a las personas. El facilitador / asesor no está conectado a una agencia que brinda servicios directos a la persona. El facilitador / consejero es responsable ante la persona.
2. La persona está preparada para participar activamente en el proceso de planificación	La persona está aumentando su capacidad de autodeterminación, es decir, sabe cómo establecer una dirección o un objetivo en los dominios de la vida de su elección y cómo resolver problemas sobre los pasos hacia ese objetivo. La persona está aprendiendo estrategias para participar en la planificación. Planificación previa: preferencias e intereses personales. El individuo se ha reunido con un facilitador / consejero (y otro aliado confiable de la elección de la persona) para discutir (a) las áreas que se incluirán en la discusión / planificación y (b) las áreas que NO deben incluirse. La persona y el facilitador / consejero (y aliados de confianza) deberían revisar los dominios de la vida. (Existen varias herramientas para hacer esto). La persona y el facilitador / asesor (y aliados de confianza) resumen la experiencia individual en cada uno de los dominios de vida elegidos para la discusión. (Nota: esto puede servir como referencia y como documentación de qué descubrimiento adicional se necesita ... y es dirigido por la persona con apoyos y pautas, según sea necesario).
3. Preparación - Mapeo comunitario	Basado en los dominios de vida identificados durante la planificación previa, el facilitador / asesor ha (a) identificado recursos y oportunidades en la comunidad donde vive la persona (y comunidades más amplias), (b) personas u organizaciones identificadas que coinciden con las preferencias e intereses del individuo.

Componentes estructurales del proceso centrado en la persona

	Indicadores de calidad
4. Preparación - Reunión Preliminar Decidir sobre los temas a discutir y los temas que no se discutirán. Seleccione la fecha, la hora y el lugar.	La persona, el facilitador / consejero y otros aliados de confianza y amigos tienen una reunión preliminar. • Delinear los principales temas a discutir • Identifique los temas que la persona NO quiere que se discutan • Selecciona la ubicación, la fecha y la hora de la comunidad para la reunión de planificación.
5. Montar el equipo	La persona, el facilitador / asesor y los aliados de confianza seleccionan a los que serán invitados. Los posibles asistentes incluyen: • Miembros de la familia • Amigos • Personal de apoyo • Miembros de la comunidad conectados a los intereses y preferencias de los individuos • Personal de DDD • Personal de ORS • Otros La persona y el facilitador / asesor invitan a los asistentes.
6. Desarrollar perfil personal	Persona y equipo responden estas preguntas: • Cosas que otros les gusta y admiran ACERCA de mí • Cosas que son importantes A MÍ • Cosas que son importantes PARA MÍ • Cómo APOYARME <i>(Existen varias herramientas para desarrollar y describir las fortalezas e intereses de las personas).</i> Incorporar el contexto familiar y las consideraciones culturales.

Componentes estructurales del proceso centrado en la persona

	Indicadores de calidad
7. Desarrolla el plan	Se discute cada dominio de vida identificado durante la preparación. Se establece una dirección u objetivo para cada dominio. Se enumeran las acciones que deben tomarse para avanzar hacia ese objetivo. Para cada paso, identifique: • La ubicación específica - DONDE • El tiempo - CUANDO • Alojamiento y tecnología necesarios • Apoyos necesarios • Cómo llegará la persona allí - transporte • ¿Quién es responsable de garantizar el paso? Si la persona y el equipo deciden que se necesita más exploración o descubrimiento, para cada experiencia identifique: • La ubicación específica - DONDE • El tiempo - CUANDO • Alojamiento y tecnología necesarios • Apoyos necesarios • Cómo llegará la persona allí - transporte • ¿Quién es responsable de garantizar el experiencia? <i>Nota</i> – hay múltiples herramientas disponibles para conducir y facilitar la planificación. El facilitador / asesor usa uno de estos o una combinación. . El Decreto de Consentimiento de Rhode Island requiere dominios: (a) desarrollo profesional y (b) participación en actividades significativas en entornos comunitarios integrados.
8. El formato del plan se personaliza según el modo de comunicación de la persona	La persona y el facilitador / asesor seleccionan un formato de plan que sea cómodo para el individuo. <i>Nota</i> – hay innumerables formatos para expresar el plan. La página de pensamiento centrado en la persona en el sitio web de Sherlock Center proporciona ejemplos, incluidos formatos desarrollados por individuos, formatos desarrollados por proveedores de servicios, formatos desarrollados por maestros de educación especial y formatos de proyectos nacionales.

Componentes estructurales del proceso centrado en la persona

	Indicadores de calidad
9. Los recursos son identificados y descritos. Cómo se acceden los recursos se define. Quién identificará el acceso a cada recurso será identificado.	Un plan de vida integral requiere la combinación de muchos recursos. Éstas incluyen: • Financiamiento de exención • Otros fondos de Medicaid • Financiamiento de ORS • Tecnología de asistencia • Soportes de vivienda • Otros medios probados • Recursos de la comunidad • Otro A medida que se desarrolla el plan para cada dominio u objetivo de vida, los miembros individuales y del equipo discuten todas las opciones de recursos posibles según se relacionan con cada dominio. Cómo se acceden los recursos se define. Quién identificará el acceso a cada recurso será identificado.
10. Las direcciones de vida y / o los objetivos son mensurables .	Los resultados se pueden describir en términos de calidad o cantidad. (Nota: hay múltiples estrategias para medir el cambio individual; la "Guía" las analiza).
11. Cada persona tiene una estrategia para medir su propio progreso y crecimiento.	La persona y el facilitador / asesor seleccionan un formato de medición para cada dirección de vida u objetivo que sea cómodo para el individuo. (Nota: aunque existen múltiples estrategias para hacer esto, se prefiere una simple "Escala de consecución de objetivos" en el modo de comunicación preferido del individuo). La persona y el facilitador / asesor seleccionan una estrategia para expresar satisfacción que sea cómoda para el individuo.
12. Descripción de las consideraciones de seguridad según corresponda	Si hay un riesgo o una preocupación de seguridad involucrada en el dominio de vida u objetivo, se describe en un lenguaje que sea cómodo para el individuo.
13. Horario para revisión	Se esperan revisiones trimestrales. Fechas son especificadas
14. Página de firma	Persona ha firmado. Otros con responsabilidad definida han firmado.
15. CMS / BHDDH Plan de cuidado y otros archivos adjuntos según sea necesario	

Fase 1

Preparación para el plan

Componentes 1 - 5

Lista de verificación de implementación de fase 1

Preparación para el plan

¿He seleccionado un facilitador / consejero?	
¿Alguien se ha reunido conmigo para ayudarme a preparar mi plan?	
¿Mi facilitador / consejero u otra persona me ayudó a prepararme para hablar sobre las cosas que quiero hacer (metas o instrucciones de vida) y qué pasos debo seguir para hacer esas cosas?	
¿Alguien se ha reunido conmigo para ayudarme a saber cómo responder todas las preguntas que se me harán?	
¿Alguien me ha ayudado a desarrollar una lista de todas las actividades y oportunidades que están disponibles en las comunidades donde paso mi tiempo? ¿Alguien ha viajado por esas comunidades conmigo para conocer nuevas oportunidades y experiencias?	
¿Alguien me ha ayudado a pensar sobre las personas que conozco? ¿Alguien me ha ayudado a hacer un mapa de relaciones?	
¿Alguien me ha ayudado a pensar sobre mis intereses y cómo las experiencias y oportunidades y la gente coinciden con mis intereses?	
¿Alguien me ha ayudado a hacer una lista de qué cosas puedo hacer yo solo? ¿Qué mi familia y amigos pueden ayudarme a hacer? ¿Qué otras personas de la comunidad (de mi mapa de relaciones) pueden ayudarme a hacer? ¿Qué otros recursos de la comunidad podrían ayudarme? ¿Para qué actividades necesito personal remunerado?	
¿Me he reunido con mi facilitador / consejero para hacer una lista de lo que quiero hablar y de lo que no quiero hablar en mi plan?	
Escogimos un lugar y establecimos un horario para mis reuniones de planificación?	
¿He decidido a quién quiero asistir a mis reuniones de planificación?	
¿Mi facilitador / consejero u otra persona sugirió a otras personas de la comunidad que saben sobre cosas que me interesan?	
¿He invitado a todas las personas a las que quiero asistir en mis reuniones de planificación?	

Componente 1

La persona tiene un facilitador calificado / asesor de su elección

Es esencial que el facilitador / asesor del proceso no trabaje y no esté afiliado a ninguna agencia que brinde apoyo a la persona. El único compromiso de un facilitador independiente debe ser ayudar a la persona a construir una vida que tenga sentido para él. A medida que el facilitador ayuda a identificar apoyos para ayudar a que eso suceda, él / ella debe estar libre de cualquier prejuicio y ser guiado solo por la persona y sus metas identificadas y necesidades de apoyo.

Los requisitos, las habilidades, el conocimiento y la experiencia de un asesor / facilitador se enumeran a continuación, junto con las funciones y responsabilidades esperadas. Algunas personas que podrían tener estas cualidades y ser buenos facilitadores podrían ser miembros de la familia (aunque no facilitadores de su propio familiar); maestros u otros profesionales que no trabajan para una agencia donde la persona recibe apoyo; profesionales retirados; y otros miembros de la comunidad con experiencia directa con discapacidad. Las personas pueden identificar a otras personas que tengan estas cualidades para capacitarse como asesores / facilitadores también.

requerimientos generales:

- El facilitador / asesor tiene experiencia trabajando con personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo.
- El facilitador / consejero ha participado en una serie de capacitación.
- El facilitador / asesor NO está conectado a una agencia que brinda servicios directos a la persona.
- El facilitador / consejero entiende su rol y responsabilidades.

Habilidades / Cualidades / Experiencia:

- Tiene una actitud positiva, optimista y abierta
- Tiene conocimiento y experiencia de vida real con personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo
- Capaz de comunicarse con personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo
- Tiene un fuerte sentido de justicia social
- Apoya la autodeterminación, la libertad, los derechos civiles y los derechos humanos
- Es un fuerte defensor de las personas con discapacidad
- Demuestra empatía
- Utiliza enfoques creativos y no tradicionales para resolver problemas
- Está conectado dentro de su comunidad y está familiarizado con los recursos disponibles
- Es un comunicador y facilitador claro y conciso
- Cooperar efectivamente con personas, familias, proveedores y agencias estatales
- Desarrolla relaciones con las personas, sus familias y sus comunidades
- Hace un compromiso personal con los que reciben apoyo
- Sabe cómo liderar
- Sabe cómo escuchar las diferentes formas en que las personas se comunican
- Tiene respeto por los valores culturales de los demás
- Tiene sentido del humor
- Muestra alegría en su trabajo
- Es cómodo trabajar un horario flexible

Papel / Responsabilidades:

- Dedica tiempo a conocer bien a la persona y a sus aliados de confianza.
- Ayude a la persona a identificar a otras personas a quienes quiere ayudar a planificar.
- Use estrategias para ayudar a la persona a prepararse y participar más plenamente en la planificación.
- Reúna al equipo de planificación.
- Ayude a crear un plan que se base en las fortalezas y capacidades de la persona enfocada en lo que es importante para ellos y para ellos.
- Asegúrese de que la voz de la persona se escuche en el proceso de planificación.
- Use estrategias que le ayuden a la persona a desarrollar un plan y expresar sus metas y direcciones de vida.
- Asegúrese de que la familia y amigos seleccionados puedan opinar en el proceso de planificación.
- Haga preguntas que le ayuden a explorar muchas posibilidades diferentes.
- Investigue y comparta información sobre recursos en la comunidad.
- Desarrolle estrategias para involucrar a la persona en su comunidad.
- Asegúrese de que el plan incluya objetivos con pasos de acción claros: quién hará qué, para cuándo.
- Crea un registro del plan que la persona pueda entender.
- Use estrategias que ayuden a la persona y a otros a medir el progreso y / o los cambios.
- Ayuda a asegurar que las personas cumplan con sus responsabilidades.

Ejemplos de quién podría ser un facilitador / asesor: algunas personas que podrían tener estas cualidades y ser buenos facilitadores podrían ser:

- ◇ miembros de la familia (aunque no facilitadores para su propio miembro de la familia);
- ◇ maestros u otros profesionales que no trabajan para una agencia donde la persona recibe apoyo;
- ◇ profesionales retirados;
- ◇ amigos u otros miembros de la comunidad con experiencia directa con discapacidad.

Componente 2

La persona está preparada para participar activamente en el proceso de planificación

Estar preparado para participar plenamente en el proceso de planificación es muy importante. Demasiadas personas no tuvieron un papel significativo en el desarrollo de sus planes y no saben qué se incluye en sus planes. Las vidas de muchas personas son dirigidas por otros. Las metas o experiencias establecidas **por la persona** tienen más probabilidades de alcanzarse que los planes que se desarrollan para la persona. Hay cuatro estrategias importantes que aumentan la capacidad de cada persona para participar en el proceso de planificación.

primero, cada persona y su facilitador / consejero deben comprender cómo se comunica la persona, cómo la recibe y cómo la persona proporciona la información. La persona y su facilitador / consejero deben explicarlo a todos los demás que participarán en el proceso de planificación y tienen la responsabilidad de garantizar que todos los demás sean respetuosos de ese.

Segundo, cada persona necesita volverse más autodeterminada. Eso significa que cada persona sabe cómo establecer sus propios objetivos y / o direcciones de vida, sabe cómo planificar y tomar medidas, y sabe cómo revisar si lograron su objetivo. Hay tres fases en este proceso.

- **Fase 1: establecer una meta o dirección de vida**

Pregunta 1 – ¿Qué quiero hacer?

Pregunta 2 – ¿Qué sé ahora sobre mi objetivo o dirección de la vida?

Pregunta 3 – ¿Qué debo hacer para averiguar lo que necesito saber?

Pregunta 4 – ¿Qué puedo hacer para que mi meta o dirección de la vida suceda?

- **Fase 2 – Tomar acción**

Pregunta 5 – ¿Qué puedo hacer para aprender lo que no sé ahora?

Pregunta 6 – ¿Qué podría impedirme hacer esto?

Pregunta 7 – ¿Qué puedo hacer para eliminar esas barreras?

Pregunta 8 – ¿Cuándo haré esto?

- **Fase 3 – Ajustando mi plan**

Pregunta 9 – ¿Qué he hecho?

Pregunta 10 – ¿Qué barreras se han eliminado?

Pregunta 11 – ¿Qué ha cambiado para mí para alcanzar mi meta o dirección de la vida?

Pregunta 12 – ¿He hecho lo que quería hacer?

Tercero, cada persona necesita pensar cómo responderá las preguntas que surgirán en el proceso de planificación. Algunas preguntas comunes son:

- ¿A quién quieres que sea tu facilitador / consejero?
- ¿A quién quieres ayudar a planificar tus metas o instrucciones de vida? ¿A quién no quieres ayudar a planificar?
- Perfil - (a) cosas que a la gente le gusta y admira de mí; (b) cosas que son importantes para mí; (c) cosas que son importantes para mí; (d) cómo apoyarme.
- ¿Qué quiero hacer?
- Enumera todos los objetivos o las direcciones de vida que quiero probar.

- ¿Hay organizaciones o personas en la comunidad que puedan ayudarme con mis metas o direcciones de mi vida?
- Para cada objetivo o dirección de la vida: (a) dónde sucederá, (b) cuándo, (c) cómo llegaré, (d) quién me apoyará, (e) ¿qué más necesito?
- ¿Cómo quiero que se graben mis objetivos o instrucciones de vida? Formato del plan.
- ¿Cómo se pagará esto?
- ¿Cómo sabré si estoy progresando?

Cuarto, el apoyo y el asesoramiento de un compañero a medida que cada persona se prepara para el proceso de planificación es una estrategia muy efectiva.

Preparar a una persona para el proceso de planificación requerirá el uso de una variedad de herramientas que respalden el proceso de descubrimiento. Nuestro objetivo es involucrar al individuo en el establecimiento de objetivos a través de:

- Conciencia de sí mismo
- Información / Educación
- Soporte individualizado
- Empoderamiento

El apoyo a la red de la persona (familias, amigos, proveedores) es tan importante como preparar a la persona. La red de apoyo de cada persona será fundamental para la continuación y sostenibilidad de un plan de vida centrado en la persona / impulsado por la persona.

En Rhode Island, Advocates-in-Action (en colaboración con otros) desarrollará un conjunto de herramientas de recursos y actividades para ayudar a cada persona a prepararse para su plan. Este modelo de apoyo de igual a igual reconocerá los dominios de vida reconocidos por Medicaid: vida hogareña, vida en comunidad, ciudadanía, relaciones, finanzas y ... todos los otros dominios de vida que cada persona quiera incluir en su plan.

Algunos recursos importantes:

Portal nacional para la autodeterminación – amplios recursos para la autodeterminación

Modelo de Instrucción de Aprendizaje de Autodeterminación (SDLMI)

Modelo de desarrollo de carrera de autodeterminación (SDCDM)

www.ngsd.org

La comunidad de aprendizaje para prácticas centradas en la persona - Sala de lectura - materiales sobre el pensamiento centrado en la persona

<http://www.learningcommunity.us/home.html> (haga clic en Sala de lectura)

Es mi elección – un libro de trabajo autoguiado sobre la planificación centrada en la persona de William T. Allen, publicado por el Consejo del gobernador de MN sobre discapacidades del desarrollo.

http://mn.gov/mnddc/extra/publications/choice/Its_My_Choice.pdf

Defensores en acción

<http://www.advocatesinaction.org/>

Componente 3

Preparación - Mapeo comunitario

Para estar activamente **en el mundo**, cada persona necesita comprender las oportunidades y recursos que existen en su mundo y cómo usar esas oportunidades y recursos para ampliar y profundizar su vida..

Hay cinco ideas importantes para entender sobre el mapeo de la comunidad:

- La experiencia es cómo las personas desarrollan intereses y preferencias;
- Todos necesitan la oportunidad de aprender sobre nuevas experiencias;
- Es necesario combinar las oportunidades y experiencias de la comunidad con los intereses y la personalidad de cada persona;
- La mayoría de las relaciones surgen de experiencias compartidas por personas con intereses comunes;
- La comunidad tiene muchas personas, organizaciones y otros recursos que pueden respaldar actividades nuevas y familiares en las que cada persona desea participar.

Uno de los propósitos del mapeo comunitario es identificar experiencias que **aumenten la comprensión y la participación de la persona en su comunidad**. Esto incluye:

- (a) eventos culturales en los que participan muchos ciudadanos de una comunidad, como celebraciones festivas comunitarias, festivales, música o eventos artísticos;
- (b) actividades deportivas y recreativas, como ligas deportivas comunitarias, centros de recreación, YMCA / YWCA, gimnasios;
- (c) organizaciones y clubes que se basan en intereses comunes, clubes sociales u organizaciones benéficas;
- (d) actividades de aprendizaje, como centros comunitarios, universidades o escuelas técnicas; y
- (e) organizaciones religiosas, muchas de las cuales patrocinan otros eventos sociales y comunitarios.

Otro objetivo del mapeo comunitario es identificar experiencias u organizaciones que **coincidan con los intereses de la persona**. El objetivo final del mapeo comunitario es identificar individuos u organizaciones o recursos que puedan **apoyar a la persona** en sus actividades de vida.

Como dice el refrán, la variedad es la sal de la vida. Cuantas más experiencias tiene una persona, es más probable que esa persona tenga una gran variedad de intereses. Sin embargo, hay muchas personas que tienen experiencias muy limitadas con muchos dominios de la vida. Para las personas con experiencias limitadas, es importante identificar y proporcionar experiencias y oportunidades que aumenten la variedad de intereses de cada persona.

En preparación para desarrollar el plan de la persona, se necesitan cuatro actividades.

Primero, usando una variedad de fuentes, la persona y su facilitador / consejero y otros amigos necesitan desarrollar una **lista de actividades y oportunidades de la comunidad** que están disponibles para la persona.

Segundo, ayudar a la persona a hacer un **mapa de relaciones**. Para cada dominio en la vida de la persona (familia, vecinos, amigos, trabajos, ocio y diversión, iglesia, grupos comunitarios,

escuela, proveedores de servicios), haga una lista de (a) las personas con las que está más cerca; (b) personas que son amigos pero a quienes conoces menos que el primer grupo; y (c) conocidos.

Tercero, utilizando preguntas de "Amigos que conectan a personas con discapacidades y miembros de la comunidad" (Amado, 2013), ayude a la persona a **relacionar las actividades y relaciones de la comunidad en las listas con los intereses y la personalidad** de la persona.

- ¿A quién conoce la persona con quien la relación puede profundizarse y fortalecerse?
- ¿Quién apreciaría los dones y la personalidad de la persona?
- ¿Dónde podría la persona encontrar a otras personas interesadas en cosas similares?
- ¿Cuáles son las asociaciones o clubes a los que la persona podría unirse?
- ¿Dónde están los lugares de la comunidad donde las personas se involucran en uno o más de los intereses de la persona?
- ¿Qué lugares de la comunidad serían hospitalarios y acogedores?
- ¿Cuáles son los lugares de la comunidad donde la persona puede encajar tal como son?

Cuarto, para cada una de las actividades o eventos u organizaciones en los que la persona está interesada, ayúdele a la persona a pensar en estas **preguntas sobre quién puede ayudar**:

- ¿Puedo hacerlo yo mismo?
- ¿Pueden ayudarme mi familia o mis amigos?
- ¿Hay otros miembros de la comunidad (de mi mapa social) que puedan ayudarme?
- ¿Hay otros recursos de la comunidad que pueda usar?
- ¿Necesitaré un personal pago para ayudarme?

Estas cuatro actividades ayudarán a la persona y su facilitador / asesor a prepararse para hacer un plan.

El mapeo comunitario es simplemente mirar a su alrededor y ver quién y qué hay por ahí. Es un proceso continuo de exploración y búsqueda en la comunidad para descubrir personas, lugares y experiencias que serían valiosos para la persona. Puede ser formal o informal. Va más allá de un "cronograma de actividades" seleccionado por una agencia. Está enfocado individualmente.

Es la forma en que la persona **aprende sobre el mundo** y se convierte en parte del mundo.

John tiene 22 años. Durante sus años escolares, John pasó todo su tiempo en aulas de educación especial autónomas, y rara vez participaba en actividades extracurriculares o comunitarias. John tiene importantes necesidades de soporte. Cuando se le preguntó acerca de sus intereses, John sonríe y repite lo último que dijo alguien de su equipo. El equipo de John reconoce que necesita descubrir posibles actividades y oportunidades en una amplia gama de actividades. Equipo de John.....

- Hizo una lista de todas las **oportunidades recreativas** en la ciudad donde vivió: encontraron varios gimnasios, cines, centros de karate, dos bibliotecas que ofrecían varios clubes y actividades para adultos por la tarde y por la noche, dos centros recreativos que ofrecían más de 50 mini clases para adultos en una variedad de áreas, una bolera, un club de petanca, dos piscinas públicas, parques que tenían senderos para caminar y muchas otras cosas divertidas. Su lista final incluía más de 100 posibilidades. A John le gusta moverse y le gusta mirar a la gente. El equipo de John escogió siete actividades que involucraron movimiento en lugares donde otras personas hicieron lo mismo: senderos, una clase de baile de salón ofrecida a través del programa de recreación de la ciudad, una clase introductoria de karate, bolera, jazzercise en la biblioteca local y asistir a dos deportes ligas donde podía ver a otras personas. Elaboraron un cronograma para que John pudiera probar cada una de las siete actividades al menos una vez cada dos semanas durante tres meses. Al pensar en cada actividad, planearon cuándo sucedería, cómo llegaría John, quién iría con él y cómo pagaría John las cosas que tenían un costo.
- Fui a la Cámara de Comercio local y obtuve una lista de todos los **eventos culturales de la ciudad** durante todo el año. Encontraron un Desfile del Día de los Veteranos, Fuegos artificiales del Cuatro de Julio, un concierto de la banda todos los miércoles por la noche durante el verano en un parque de la ciudad, un coctel para celebrar el comienzo del verano, dos festivales de música y otros cuatro festivales patrocinados por comunidades de fe locales . Elaboraron un horario para que John pudiera asistir a la mayoría de estos eventos. Una vez más, mientras pensaban acerca de cada actividad, planearon cuándo sucedería, cómo llegaría John, quién iría con él y cómo pagaría John las cosas que tenían un costo.
- Hice una lista del periódico local de organizaciones que buscaban **voluntarios**. Identificaron una organización de caridad que necesitaba a alguien para llenar sobres, un club cívico que mantenía espacios verdes en la ciudad, una despensa de alimentos que necesitaba ayuda para descargar cajas y estantes, y una escuela preescolar comunitaria que necesitaba voluntarios para jugar con los niños. Al reconocer la necesidad de John de mudarse, el equipo eligió el club que mantenía espacios verdes y la despensa de alimentos. Planearon una tarde de voluntariado en una de esas dos oportunidades cada dos semanas. Una vez más, mientras pensaban acerca de cada actividad, planearon cuándo sucedería, cómo llegaría John, quién iría con él y cómo pagaría John las cosas que tenían un costo.
- Completó un **mapa de relaciones**. Los únicos nombres en el mapa de relaciones de John eran familiares y tres empleados remunerados.
- **Instrucción de autodeterminación** incorporada en cada actividad para ayudar a John a comunicar lo que le gustaba más y lo que le gustaría hacer en el futuro.

Seis meses después, dos tipos que caminaban por los mismos senderos invitaron a John a caminar con ellos. Lo recogieron dos veces por semana. Decidió que no le gustaban los bolos, el jazzercise o el karate, pero va a la clase de baile cada dos semanas con un vecino. Asiste a varios eventos en toda la ciudad y usa su equipo deportivo para eventos deportivos locales acompañado por el personal u otros fanáticos. Su mapa de relaciones tiene nueve nuevos nombres que se han convertido en compañeros de John para varias actividades.

Martha tiene 47 años y quiere un trabajo. Martha tiene muchos intereses y muchas cosas que quiere hacer, pero no tiene dinero para pagarlas. Martha usa una silla de ruedas y no tiene experiencia con el trabajo. El equipo de Martha ...

- Analizó los **datos del mercado laboral** de la ciudad en la que vivía Martha e identificó las categorías de carrera y las ocupaciones de crecimiento que coincidían con las necesidades de accesibilidad de Martha. Identificaron dos negocios locales para cada tipo de trabajo identificado ... e identificaron a alguien en el equipo de Martha (personal pagado o apoyo natural) que conocía cada negocio y estaba dispuesto a acompañar a Martha en una visita. Después de las visitas, Martha y su equipo seleccionaron tres empresas para prácticas de prueba. El equipo hizo arreglos para las pasantías. Planearon cuándo sucedería cada uno, cómo llegaría Martha, qué adaptaciones se necesitaban, qué instrucción y apoyo necesitaría Martha y quién proporcionaría eso, y qué fondos estarían disponibles para los servicios de apoyo. Después de que Martha complete las tres pasantías, Martha elegirá una carrera profesional. Su equipo la ayudará en ese proceso.
- El **transporte** oportuno hacia / desde las pasantías y de un trabajo será un desafío para Martha. El equipo de Martha enumeró todas las opciones de transporte (el sistema de transporte público, taxis accesibles, personas de su mapa de relaciones) y desarrolló un plan de transporte.
- Habiendo establecido relaciones con empresas locales, el equipo de Martha (y los equipos que respaldan a otras personas en el área) organizaron una **conversación comunitaria** para conectar individuos y empresas y para construir una red de vecindarios para promover el empleo.

Seis meses después, Martha estaba empleada a tiempo parcial en una pequeña oficina accesible en el primer piso. Su equipo había obtenido fondos para apoyar el uso de taxis accesibles.

Craig es un hombre muy solitario. Craig vive en un hogar grupal en una comunidad diferente a la comunidad en la que creció. Él quiere tener amigos que lo visitarán y que hará cosas con él. El equipo de Craig.....

- Usó las **siete preguntas de "Amigos que conectan a personas con discapacidades y miembros de la comunidad"** (Amado, 2013) para identificar a personas y organizaciones que podrían estar conectadas con Craig. e identificó a alguien en el equipo de Craig (personal pagado o apoyo natural) que conoce a las personas u organizaciones y estaba dispuesto a hacer una presentación.
- **Los miembros del equipo de Craig pertenecían a dos organizaciones cívicas y una liga deportiva** que coincidía con los intereses de Craig. Los miembros del equipo presentaron a Craig a estas organizaciones y lo acompañaron a varias reuniones.
- Hice una lista del periódico local de organizaciones que buscaban **voluntarios**. El equipo de Craig identificó dos organizaciones: una para el hogar recolectada y reciclada, y otra para la liga deportiva comunitaria. Para cada actividad, el equipo de Craig planificó cuándo sucedería cada una, cómo llegaría Craig, qué adaptaciones se necesitaban y quién proporcionaría el apoyo necesario.

- Completó un **mapa de relaciones** para identificar quién en la vida de Craig podría acompañarlo a diversas actividades. Los únicos nombres en el mapa de relaciones de Craig eran familiares y tres empleados remunerados. El equipo utilizó el mapa de relaciones para rastrear los cambios en las redes sociales de Craig.

Seis meses después, Craig era un miembro activo de una de las organizaciones cívicas. A través de esa organización, conoció a otras personas que lo presentaron a una serie de actividades y eventos nuevos. Una vez a la semana se ofrecía como voluntario para ayudar a mantener los campos de juego: otros miembros de esa organización lo recogieron y también lo acompañaron a eventos deportivos que ocurrieron en esos campos.

Algunos recursos importantes:

Kit de herramientas de recursos de mapeo comunitario – Departamento de Educación de la Florida

<http://project10.info/files/CommunityResourceMapToolkit5.08.14.pdf>

Amigos que conectan a personas con discapacidades y miembros de la comunidad (Amado, 2013); Centro de Investigación y Capacitación en Vida Comunitaria, Instituto para la Inclusión Comunitaria, Universidad de Minnesota.

https://rtc.umn.edu/docs/Friends_Connecting_people_with_disabilities_and_community_members.pdf

Portal nacional para la autodeterminación – amplios recursos para la autodeterminación
Modelo de Instrucción de Aprendizaje de Autodeterminación (SDLMI)

Modelo de desarrollo de carrera de autodeterminación (SDCDM)

www.ngsd.org

La comunidad de aprendizaje para prácticas centradas en la persona – Sala de lectura
– materiales sobre el pensamiento centrado en la persona

<http://www.learningcommunity.us/home.html> (haga clic en Sala de lectura)

Práctica de mapeo comunitario

Emparejar a una persona y una comunidad

Las páginas anteriores proporcionaron historias sobre cómo las estrategias de mapeo comunitario se utilizaron para identificar oportunidades y recursos para una persona con necesidades de apoyo importantes y conexiones comunitarias limitadas, una persona que quería un trabajo y una persona que quería amigos. Para comprender mejor el proceso de mapeo comunitario, les pedimos a los lectores que participen en un ejercicio de práctica. Al pensar en su comunidad, ¿cómo identificaría las oportunidades y los apoyos comunitarios para cada una de las siguientes personas?

Joe, de 25 años, disfruta del baloncesto unificado.

Amanda, de 36 años, está muy involucrado en su iglesia. Ella necesita a alguien que lo ayude a hornear y servir a la "hora del café", así como a alguien que asista a otras actividades comunitarias y de la iglesia con ella. Ella no tiene medios de transporte.

Maya, de 45 años, le gusta cantar y quiere estar en el escenario, pero suena la clave.

Kie, de 31 años, está buscando encontrar a un ser querido y espera formar una familia. Kie está buscando convertirse en un habitual en los restaurantes y lugares de recreación cerca de su casa. Él quiere ser saludado y quiere más amigos.

Andrew, de 27 años, se contenta con no tener mucha gente en su vida. Él ha tenido muchas experiencias negativas con la gente. ¿Qué experiencias aumentarían su nivel de comodidad y su nivel de compromiso con la comunidad?

Tony, de 70 años, se retiró del taller y necesita algo para hacer. Vive en un área rural y no tiene computadora.

Mary, de 31 años, es nuevo en el área y siempre ha querido ser un oficial de policía.

Componente 4 - Preparación

Reunión preliminar

La persona, el facilitador / consejero y otros aliados de confianza y amigos tienen una reunión preliminar para realizar las siguientes tareas:

- Delinear los principales temas a discutir
- Identifique los temas que la persona **NO** quiere que se discutan
- Selecciona la ubicación, la fecha y la hora de la comunidad para la reunión de planificación

La persona, el facilitador / asesor y otros aliados y amigos de confianza deben decidir cuándo y dónde se llevarán a cabo las reuniones de planificación del equipo.

Algunas pautas para pensar al seleccionar la hora y el lugar incluyen:

- La configuración debe ser un lugar donde la persona se sienta cómoda.
- La configuración debe ser de fácil acceso para cualquier persona que esté asistiendo.
- La configuración debe estar en la comunidad.
- El tiempo debe ser un tiempo cuando la persona y los participantes clave están disponibles.
- La configuración debe proporcionar suficiente estacionamiento accesible.
- Debe haber transporte accesible a la ubicación de la reunión.
- Si se necesita un intérprete (ASL, lingüístico u otro), se deben hacer arreglos para que el intérprete asista a la reunión.

La mayoría de las personas entrevistadas en el proceso de desarrollo de esta guía opinaron que había temas y elementos que no querían que se discutieran en la reunión del equipo. La solicitud de privacidad de la persona en cualquier asunto siempre debe respetarse. El facilitador / consejero debe ser muy consciente de estos temas y debe alejar la discusión del equipo de estos temas.

Componente 5

Montar el equipo

Cada persona, su facilitador / consejero y otros aliados y amigos de confianza se reúnen para decidir a quién se debe invitar a participar en el proceso de planificación. Los miembros del equipo pueden incluir a cualquier persona y a todos los que puedan contribuir a ayudar a la persona a (a) pensar en toda la vida y (b) pensar en cómo lograr sus metas o direcciones de vida.

Los miembros comunes del equipo incluyen:

- la persona
- el facilitador / consejero
- aliados de confianza
- miembros de la familia
- amigos
- personal de apoyo
- miembros de la comunidad conectados a los intereses y preferencias del individuo
- Personal de DDD
- Personal de ORS
- otros

Algunas pautas para pensar:

- Cualquiera que la persona considere importante debe ser invitado a asistir.
- Los miembros del equipo pueden incluir miembros de la comunidad que conocen los intereses de la persona.
- Los miembros del equipo podrían incluir personas que podrían identificar recursos o brindar apoyo.

Cada miembro del equipo debe considerarse AGENTES DE CAMBIO. El objetivo del equipo no es simplemente asistir a una reunión o escribir un plan ... sino aumentar las oportunidades y los recursos a los que la persona tiene acceso y aumentar la profundidad y amplitud de la vida de la persona.

Antes de unirse al equipo, cada miembro del equipo debe comprometerse a respetar la privacidad de la persona y debe reconocer que son responsables ante la persona.

Fase 2

La reunión de planificación

Componentes 6 - 9

Lista de verificación de fase 2

La reunión de planificación

¿He desarrollado yo (y mi equipo de planificación) un perfil personal? ¿Hemos enumerado lo que es importante sobre mí? ¿Hemos enumerado lo que es importante a mí? ¿Hemos enumerado lo que es importante para mí? ¿Hemos enumerado las mejores formas de apoyarme?	
¿El perfil personal está en un formato con el que me siento cómodo?	
¿Han acordado mi facilitador / asesor y yo cómo se organizarán las reuniones de planificación? ¿Qué partes de la reunión dirigiré? ¿Qué partes de la reunión dirigirá el facilitador / asesor?	
Si vamos a usar formularios o Componentes de un formato de planificación existente (MAPS, PATH, Life Course u otra cosa), ¿hemos acordado qué usaremos y cómo?	
¿Ha acordado mi facilitador / asesor un formato para mi plan?	
Antes de que comience la reunión, ¿he revisado con mi facilitador / asesor todos los dominios de la vida de los que quiero hablar y todos los temas sobre los que no quiero hablar?	
Durante la reunión, para cada dominio vital, ¿hablamos si tengo suficientes experiencias para decidir qué es lo que quiero hacer? ¿O necesito más experiencias antes de decidir?	
Para cada área en la que necesito más experiencias, ¿mencionó mi equipo experiencias y lugares específicos?	
Para cada área de meta o dominio vitalicio, ¿mencionó mi equipo los pasos de acción específicos?	
Para cada paso de acción, mi equipo hizo una lista de (a) dónde sucederá, (b) cuándo sucederá, (c) cómo llegaré allí, (d) qué acomodaciones podría necesitar, y (e) cuánto costará ?	
Para cada paso de acción, mi equipo habló sobre (a) qué cosas puedo hacer por mí mismo; (b) lo que mis familiares y amigos pueden ayudarme a hacer; (c) lo que otras personas de la comunidad (de mi mapa de relaciones) pueden ayudarme a hacer; (d) qué otros recursos de la comunidad podrían ayudarme; (e) ¿para qué necesito personal remunerado?	
Para cada paso de acción, ¿revisamos los otros recursos de la comunidad que podrían ayudarme? ¿Seleccionamos alguno? ¿Decidimos quién los contactará?	

Componente 6

Desarrollar el Perfil Personal

El proceso de planificación del equipo comienza con el desarrollo de un **perfil personal**. El propósito de desarrollar un perfil personal es reunir información de la persona y su equipo de confianza que formará la base del plan centrado en la persona. El facilitador guía a la persona y a su equipo para identificar fortalezas, capacidades, cosas que son importantes para y para la persona, así como las mejores formas de apoyar a la persona. El perfil es una forma de presentar a la persona a los demás de una manera positiva que describe su singularidad, así como describir la mejor manera de apoyarlos. Las metas, las instrucciones para el cambio, los tipos de apoyos y un plan de acción se basan en este perfil.

Para desarrollar el perfil, la persona y su equipo responden las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las cosas que otros aprecian y admiran acerca de la persona? Esto puede incluir:

- ¿Qué adjetivos positivos describen a la persona?
- ¿Qué aportan a otras personas? Sus contribuciones?
- Regalos, capacidades y fortalezas: ¿en qué son buenos? ¿Orgulloso de?
- Regalos del corazón: compasión, empatía, cuidado, un buen amigo, sonrisa brillante.
- Regalos de la cabeza: cosas que saben, saben cómo hacer, ¿recuerdas?
- Regalos de las manos: ¿cosas que pueden hacer con las manos?
- Regalos de la historia: ¿su identidad personal, fe, cultura familiar?
- ¿Algo más que a otros les guste o admire de la persona?

Asegúrese de mantener el idioma aquí en palabras que podría desear que otros le presenten. Evite términos que solo usaría sobre discapacidad o sobre un niño.

2. ¿Qué es importante para la persona?

Aquí las respuestas de la persona son primarias. Este es el lugar para registrar lo que la persona cree que es importante **A ELLOS**, NO lo que los demás piensan **DEBERÍA** ser importante para la persona. Si la persona no se comunica de manera tradicional, el facilitador y el equipo deben trabajar con la persona y su conocimiento de ella para identificar qué es importante **A** la persona.

- ¿Qué personas y relaciones son importantes para la persona?
- ¿Qué cosas para hacer son importantes? Lugares para pasar el tiempo?
- ¿Qué rutinas o rituales son importantes? Ritmo del día? Madrugadores o noctámbulo?
- ¿Hay factores culturales importantes para la persona?
- ¿Qué funciona para la persona? Entornos o condiciones que crean vitalidad, interés, motivación
- Lo que no funciona para la persona, ¿cosas para evitar? Entornos o condiciones que crean aburrimiento, frustración, depresión.

3. ¿Qué es importante PARA LA persona?

Puede haber muchas cosas que no son importantes **A** una persona, pero que son importantes **PARA** ellas. Por ejemplo, puede que no sea tan importante **A** una persona que ejerza, pero podría ser importante **PARA** Ellos. Esta es una oportunidad para describir estas cosas. A menudo, estas pueden ser cosas que mantendrán a la persona segura y saludable. Algunas cosas para considerar que podrían ser importantes **PARA** una persona podría ser:

- Dietas especiales o formas de preparar alimentos (por ejemplo, puré, trozos pequeños, etc.)
- Alergias, otras sensibilidades, qué evitar
- Medicamentos u otros protocolos para afecciones médicas
- Cierta equipo disponible, su mantenimiento, uso adecuado
- Necesidades de seguridad y supervisión

Si la persona vive con otras personas, familiares u otros cuidadores no remunerados, puede ser importante considerar lo que es importante para ellos.

- ¿Cómo afecta el apoyo necesario de la persona a la vida familiar o doméstica?
- ¿Existen rutinas importantes para la familia o el cuidador que impactan las metas / apoyos para la persona?
- ¿Cómo se pueden resolver las tensiones entre los dos?

4. ¿Cómo apoyar a la persona?

Aquí el equipo discute las cosas importantes que cualquier persona que apoye a la persona necesitará saber. Estos serán únicos para cada persona, pero algunas cosas a considerar podrían ser:

- ¿Cómo se comunica la persona? ¿Qué necesitas saber para entender su comunicación? ¿Cómo debería comunicarse con él / ella? (¿Qué funciona / no funciona?)
- ¿Qué necesitan las personas SABER para ayudar a las personas a tener lo que es importante PARA y para ellos en sus vidas?
- ¿Qué debe hacer la gente para ayudarlo con lo que es importante PARA Y PARA ELLOS?
- Cualquier estrategia exclusiva para circunstancias específicas (por ejemplo, Mary es sensible a los bebés que lloran. Si el bebé comienza a llorar, guíelo para que no se fije; puede sostenerse las manos sobre las orejas, guiarla por el codo y caminar lentamente)
- También considere cualquier característica especial de las personas que apoyan mejor a la persona
- (por ejemplo, enérgico, optimista O tranquilo, amable, relajado).

Perfil Este perfil es de la Dra. Beth Mount, Planificación centrada en la persona: Cómo encontrar las direcciones para el cambio usando Personal Futures Planning, Nueva York, NY; Graphic Futures, 2000.

¿Quien es _____? (Enumere las capacidades, los dones, las fortalezas, los intereses, las identidades. En qué eres bueno? ¿Qué te gusta hacer? ¿Qué les gusta a los demás de ti? ¿Qué te hace, tú?)

Lo que funciona – crea vitalidad, energía, motivación, interés, entusiasmo, bienestar	Lo que no funciona – crea aburrimiento, frustración, depresión, malestar

Problemas de comunicación (opcional)

Que funciona	Que no funciona

Health Issues (Optional)

Que funciona	Que no funciona

Respeto - Problemas de comportamiento (opcional)

Que funciona – Cualidades positivas	Que no funciona– Conduce al rechazo

Esperanzas, sueños, metas

Trabajo	
Aprendizaje continuo	
Casa	
Amigos y Comunidad	

Miedos y obstáculos (Enumere los miedos, la peor pesadilla, las preocupaciones, las preocupaciones, las barreras y los obstáculos para lograr el sueño)

Entornos y oportunidades actuales y potenciales en el hogar, la escuela y la comunidad relacionados con las metas.

Interés o talento de la persona	Oportunidad de la comunidad	Posible rol valorado / Contribución

John Doe — 29, no verbal, tutor legal, participación familiar

¿Quién soy?

Un hermano menor con 2 hermanas y 2 hermanos, de herencia italiana / portuguesa, feliz, bromista, orientado a los sentidos, un compañero de piso, un amigo, un ayudante, enérgico, afectuoso y amante de los animales.



Qué es importante para mi:

Pasar tiempo con la familia (vacaciones y fines de semana)
Se ve bien (no me gustan las cadenas o etiquetas)
Estar con los demás (me ayuda a sentirme seguro)
Utilizando mi libro de comunicación para poder expresarme
Cumplir con la rutina
Actualizando mi calendario para saber qué sigue en mi día
Ir a la iglesia semanalmente
Asistir a mi programa de día comunitario de lunes a viernes

por favor, ayúdame:

Presupuesto, guíenme a través de las rutinas diarias con pautas verbales, identifiquen los riesgos y permanezcan seguros en la comunidad, planeen viajes y programen tiempo con amigos y familiares, continúen forjando mi independencia y fomenten la participación, exploren nuevas actividades, mantengan mi libro de comunicación actualizado, manténgase relajado y siga la programación sensorial, vaya a las citas con los médicos y mantenga mi salud

Mi idea de la DIVERSIÓN!

Paseos en coche
Lanzando pelotas
Escuchando música
Nadando
Colorear / Pintar
Bolos
Sentado en mi columpio
Salpicar en un baño
Yendo a la playa
Bailando
Caminando en un parque
Montañas rusas

Mi familia, amigos y conexiones comunitarias

Carol - Mamá
Fred - Papá
Susie - Hermana
Patricia - Hermana
Frank - Hermano
Peter - Hermano
Keri - mejor amigo
Sue - amigo (almorzar juntos)
McDermott Pool (natación semanal)
Citizens Bank (banca)
Refugio de animales Warwick
(Voluntario los sábados con apoyo)
Iglesia de Santa María (culto dominical)

Objetivo de salud:

Tenga en cuenta el objetivo aquí

Objetivo de la comunidad:

Tenga en cuenta el objetivo aquí

Objetivo de enriquecimiento de vida

Tenga en cuenta el objetivo aquí

Objetivo de empleo / carrera:

Mis objetivos de vida:

Vacaciones con mi familia
Obteniendo un trabajo comunitario trabajando con animales
Continuar la lista aquí ...

2018

Valores / Tradiciones

Lista aquí

Nombre de la Agencia de Apoyo Aquí

Componente 7

Desarrolla el plan

El desarrollo del **Plan centrado en la persona** crea la oportunidad, una persona a la vez, de participar en actividades de la vida que sean significativas para esa persona. La intención del plan es aumentar la participación en oportunidades que (a) conducen a nuevas ambiciones, (b) redefinir intereses y metas de vida, (c) agregar experiencias de vida, y (d) desarrollar conexiones que agregan valor y aumentan la satisfacción vital para la persona.

El **Plan centrado en la persona** no es una forma, sino una nueva forma de pensar. El plan se basa en que las personas tengan control sobre sus propias vidas y tomen decisiones sobre objetivos y actividades que coincidan con los intereses y deseos y aborden lo que es importante **A** ellos, lo que es importante **PARA** ellos y la mejor manera de **APOYARIOS**.

Sabemos que las metas o experiencias que **selecciona la persona** tienen más probabilidades de alcanzarse que las metas que se desarrollan para la persona. Por lo tanto, es muy importante que la **persona esté preparada para participar plenamente** en el proceso de planificación. **Componente 2** de este proceso proporciona estrategias y recursos para preparar a cada persona.

Sabemos que los planes deben estar **conectados con el mundo real, las actividades de la comunidad**. Por lo tanto, es muy importante que la persona y el facilitador / asesor tomen tiempo para comprender las oportunidades, recursos y apoyos que están disponibles en todas las comunidades en las que la persona pasa tiempo. **Componente 3** de este proceso proporciona sugerencias y recursos para:

- desarrollar una lista de actividades comunitarias y oportunidades disponibles para la persona;
- desarrollando un mapa de relaciones;
- unir las oportunidades y las relaciones con los intereses, deseos y personalidad de la persona; y
- identificar individuos u organizaciones u otros recursos de la comunidad que pueden ayudar a la persona a lograr sus objetivos.

Sabemos que los planes son sobre la persona. Por lo tanto, es importante que el equipo tome tiempo para comprender completamente a la persona. **Componente 6** brinda sugerencias y recursos para **desarrollar perfiles personales** que describen a la persona en su totalidad: obsequios, deseos, necesidades, apoyos.

El **Plan centrado en la persona** necesita abordar todos los dominios de la vida que son importantes **a** y **para** esa persona. Por lo tanto, el equipo necesita ayudar a la persona a pensar y responder preguntas tales como:

- ¿Dónde quiero vivir?
- ¿Con quién quiero vivir?
- ¿Dónde recibiré atención médica?
- ¿Cómo me mantendré saludable?
- ¿Qué trabajos quiero probar?
- ¿Qué trabajo quiero tener durante mucho tiempo?

- ¿Qué más quiero aprender?
- ¿Qué cosas nuevas quiero probar?
- ¿Qué voy a hacer para divertirme?
- ¿Cómo me moveré por la comunidad?
- ¿Qué lugares quiero visitar?
- ¿A qué organizaciones quiero unirme?
- ¿Quiero pertenecer a una comunidad de fe?
- ¿Cómo puedo hacer nuevos amigos?
- ¿A quién quiero apoyar?
- ¿Qué tecnología me ayudará?

Algunas de estas preguntas y dominios de vida pueden o no ser importantes para cada persona ... pero cada pregunta debe discutirse para garantizar que la persona (y el equipo) piensen en **TODA la VIDA**, no solo aquellos dominios considerados importantes por un estado o privado agencia.

Las metas y las instrucciones de vida seleccionadas como parte del plan deben ser lo suficientemente específicas como para ser realmente alcanzables. Los pasos de acción para cada objetivo deben estar claramente establecidos y tener suficientes detalles. Se enumeran las acciones que deben tomarse para avanzar hacia ese objetivo.

Para cada paso identificar:

- La ubicación específica - **DONDE**
- El tiempo - **CUANDO**
- **Alojamiento y tecnología** necesarios
- **Apoyos** necesarios
- Cómo llegará la persona allí - **transporte**
- Quién es **responsable** de garantizar que el paso suceda.

Si la persona y el equipo deciden que se necesita **más exploración o descubrimiento**, el equipo necesita enumerar experiencias específicas.

Para cada experiencia identificar:

- La ubicación específica - **DONDE**
- El tiempo - **CUANDO**
- **Alojamiento y tecnología** necesarios
- **Apoyos** necesarios
- Cómo llegará la persona allí - **transporte**
- Quién es **responsable** de garantizar que el experiencia suceda.

El proceso de **autodeterminación** de (a) establecer una meta o dirección de vida, (b) resolver cómo lograr esa meta, (c) tomar medidas, y (d) ajustar mi plan descrito en **Componente 2** puede usarse en el desarrollo cada objetivo en el plan. Sabemos que cuanto más a menudo las personas usan este proceso básico, mejor se vuelven en establecer y alcanzar metas.

Hay varias herramientas para la Planificación Centrada en la Persona a las que se hace referencia en la sección **Recursos Adicionales** al final de la Guía.

Aunque los planes están destinados a ser muy individuales, debido al Decreto de Consentimiento de Rhode Island, hay dos áreas requeridas: Desarrollo de la carrera profesional y Participación en actividades significativas de la comunidad.

Componente 8

El formato del plan se individualiza al modo de comunicación de la persona

En este proceso de planificación centrado en la persona, el plan será dividido en **dos partes**:

- El plan de la persona le pertenece a la persona; por lo tanto, puede ser en cualquier formato que sea más cómodo para esa persona. Este plan debe abordar **todos los dominios de la vida** de una persona (es decir, todo esto es importante A y PARA esa persona), no solo aquellos servicios y apoyos que están cubiertos por la Exención de Medicaid.
- Un "**Plan de atención**" según lo requiere Medicaid, que describe los servicios que serán financiados por la Exención de Medicaid. El formato para el Plan de atención será desarrollado por el Departamento de Salud del Comportamiento, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales (BHDDH) de RI.

No hay un formulario requerido para el Plan centrado en la persona. El formato del plan debe diseñarse específicamente para que coincida con las necesidades de comunicación y las características de aprendizaje de la persona que es el centro del plan. Las cosas a considerar al seleccionar un formato de plan incluyen el nivel de idioma, las necesidades sensoriales, la manera en que la persona se comunica, un formato que le permite a la persona comprender los objetivos y los pasos de acción. Cada plan se verá diferente.

El plan pone a las personas en control de sus propias vidas; sin embargo, cada plan debe contener los siguientes **componentes básicos**:

1. **Información demográfica** (como lo requiere BHDDH).
2. Una lista de **los miembros del equipo**, su rol en la vida de la persona y su información de contacto (**Componente 5**);
3. Información sobre la persona—**un perfil personal**—lo que otros me gusta de mí, lo que es importante para mí, lo que es importante para mí, los apoyos necesarios, fortalezas, habilidades y capacidades (**Componente 6**).
4. **Lo que la Persona desea hacer**, aprender, lograr o experimentar en cada dominio que es importante para esa persona, incluido el empleo y las actividades significativas de la comunidad. **Las metas** deben ser claras y simples (**Componente 2**).
5. Cada objetivo debe incluir un conjunto de **declaraciones de acción** que describan cómo se logrará el objetivo. Cada acción describirá específicamente **qué** se hará, **dónde** ocurrirá, **cuándo** sucederá, **quién** brindará apoyo, cómo llegará la persona allí: **transporte**, qué **adaptaciones** se necesitan y cualquier costo (**Componente 7**).
6. Qué individuos, organizaciones o recursos distintos de los fondos de exención se utilizarán para **apoyar** a la persona a medida que implementan el objetivo (**Componentes 3 y 9**).
7. Un método para **documentar el progreso y los resultados** (**Componentes 10 y 11**).
8. Si hay algún riesgo para la persona, una descripción de **cómo la persona estará segura** (**Componente 12**).
9. Un plan para **revisar la actividad y el progreso** trimestralmente (**Componente 13**) y revisar / resolver problemas según sea necesario.
10. Cualquier otro archivo adjunto requerido por BHDDH.

BHDDH desarrollará un formato para el Plan de cuidado.

Formatos de planificación centrados en la persona de muestra

Hay literalmente cientos de formatos para escribir planes centrados en la persona; a continuación, se incluyen solo algunos. Los formularios en cada ejemplo se pueden usar tanto para el objetivo de empleo requerido como para otros objetivos.

Cualquiera que sea el formato que se use, hay dos criterios importantes:

- La persona que es el foco debe sentirse cómodo con el formato.
- El plan debe abordar los componentes descritos a lo largo de este proceso.

Ejemplo 1 - Sin papel

Después de la discusión en equipo, la persona de enfoque registra su versión de cada objetivo o dominio de la vida. Él / ella también graba (video o audio) cuáles son las acciones que sucederán para lograr cada objetivo. Otros miembros del equipo agregan sus comentarios y detalles necesarios en la cinta. Las revisiones trimestrales se hacen de la misma manera.

Ejemplo 2: formato de borrador alineado con Componentes en el proceso

Este formato solicita a la persona y al equipo que aborden los Componentes centrales en el Proceso de reflexión de la persona. El mismo proceso se usa para cada objetivo o dominio de la vida.

Ejemplo 3 - Diciéndolo todo formato de planificación centrado en la persona

El sitio web Saying it all (www.sayingitall.com) es un recurso web para personas con discapacidades en North East Lincolnshire, Inglaterra. El sitio web tiene varias herramientas de planificación centradas en la persona, incluido un folleto previo a la reunión, una plantilla para un plan centrado en la persona, un libro de trabajo de perfil personal, varios planes de muestra y otros recursos. El formato del plan se puede encontrar en <http://www.sayingitall.com/v2/help-support/person-centred-planning/>

Ejemplo 4: planificación previa y formatos de resumen del plan

Este formato fue diseñado por dos maestros de educación especial (Kerry Walker y Alicia Matthews). Su propósito original era ser utilizado con adolescentes en transición, pero puede ser adaptado fácilmente para su uso por adultos. Este formato usa un horario diario como base para la planificación.

Ejemplo 5: formato ISP de Missouri

Missouri ha realizado un trabajo extenso en la planificación centrada en la persona. Se incluye una hoja de trabajo de planificación de metas de una página al final de esta guía. La plantilla del Plan de Servicio Individual de Missouri se puede encontrar en <https://dmh.mo.gov/docs/dd/e2-pcpsample1.pdf>

Ejemplo 6: implementación del plan de desarrollo profesional

Este ejemplo fue desarrollado por el director de una agencia para adultos (Mike Wilson). Usando un proceso y formato codificados por colores, demuestra los detalles necesarios para implementar un objetivo de empleo.

Ejemplo 7 - Formularios relacionados con el empleo de "poner fe a trabajar"

Putting Faith to Work fue un proyecto financiado por la Fundación Kessler. Proporciona un formulario simple para planificar el empleo y para planificar los apoyos necesarios. www.faihanddisability.org

Estos y otros formatos de planes de ejemplo están disponibles en la página "Pensamiento centrado en la persona" en el sitio web de Sherlock Center en www.sherlockcenter.org.

Componente 9

Los recursos son identificados y descritos

Cómo se accede a los recursos se define

Quién identificará el acceso a cada recurso será identificado

Si desea tener un gran plan centrado en la persona, es importante averiguar qué más hay disponible más allá de los fondos de DDD para respaldar su plan y la vida que desea.

Al observar los recursos más allá del mundo de los servicios, se abre la posibilidad de nuevos amigos / nuevos empleos / nuevas oportunidades para una vida más plena y plena.

La financiación de DDD puede pagar algunos servicios y apoyo personal, pero no puede pagar muchas otras cosas importantes, como los gastos relacionados con la vivienda. Es una buena idea no depender solo de los fondos de DDD porque eso puede cambiar y lo hace. Cuantos más recursos puedas identificar para apoyar tu estilo de vida deseado, ¡mejor!

Los recursos son un suministro de herramientas / soportes / asistencia que ayudan a una persona a vivir de la manera que le gustaría. Los recursos podrían ser dinero, servicios, dispositivos, materiales o asistencia del personal que incluye fondos gubernamentales como Medicaid y SSI, pero va más allá.

Mientras trabaja en su plan, puede ser útil considerar cada área importante de su vida. Algunos de esos podrían ser:

- Asistencia personal: ¿qué asistencia del personal necesito?
- Vida hogareña: ¿dónde y cómo vivo?
- Carrera / educación / aprendizaje permanente: ¿qué asistencia necesito para trabajar en mi área de interés? ¿Cómo sigo creciendo y aprendiendo a lo largo de mi vida?
- Finanzas: ¿cómo pagaré las cosas que son importantes para mí?
- Salud: ¿Qué apoyo necesito para estar sano y seguro?
- Transporte: ¿cómo puedo llegar a donde quiero ir?
- Tecnología de asistencia: ¿qué dispositivos y modificaciones pueden ayudarme a ser más independiente?

Piense en los roles que quiere, como ciudadano, trabajador, voluntario, vecino, amigo, etc.

Es importante crear un Directorio de recursos que pueda ayudar con su plan y su vida.

- Hágales saber a los miembros de su equipo que desea un plan y una vida que va más allá de los servicios de DD y puede requerir otros recursos.
- Asegúrese de que haya personas en su equipo que sean buenas para acceder a los recursos de la comunidad: sepan cómo hacer investigaciones, establecer contactos y hacer un "PREGUNTE" (¡no se avergüencen de hacerlo!).
- Comience explorando recursos en el dominio que le resulte más importante; por ejemplo, si está interesado en comprar su propia casa, averigüe quién en su equipo conoce esta área o agregue a alguien de la comunidad de viviendas a su equipo.
- Para cada área de recursos que desee explorar en su plan, debe haber una persona responsable asignada, una tarea específica que realizarán y un plazo para informarle a usted y al equipo.

Las siguientes páginas enumeran varios recursos que se pueden usar para proporcionar el soporte necesario.

Recursos para soporte personal

- Servicios de salud en el hogar: asistencia con la vida diaria y el cuidado personal
- El Departamento de Salud de RI tiene una lista de agencias que brindan estos servicios.
<http://www.health.ri.gov/healthcare/providers/homehealthagencies>
- Servicios de ama de casa y acompañantes: no atención personal, proveedores sin licencia
- Para obtener una lista de las agencias que brindan estos servicios:
<http://www.care.com>
- Servicios de ama de casa y acompañantes para poblaciones con necesidades especiales
- Para obtener una lista de proveedores locales (individuos y agencias)
<http://www.care.com/home-care-agencies>
- Asistencia de cuidado personal: a través del programa de elección personal de Medicaid
- Centro estatal para la vida independiente de Ocean State (OSCIL)
<http://www.oscil.org>
- Apoyos naturales: familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo

Recursos para la vida hogareña

- Programas de propiedad de vivienda: para compradores de vivienda por primera vez que tienen bajos ingresos. Puede proporcionar asesoramiento, asistencia con el pago inicial y financiación a bajo interés
Programa de asistencia para el anticipo RI - <http://www.firstdownri.org>
Alojamiento en Rhode Island - <http://www.RIHousing.com>
- HUD / Sección 8 - programa de asistencia para el alquiler; programa de voucher de elección de vivienda
<http://www.section-8-housing.org/Rhode-Island>
- Programas de Asistencia de Calefacción y Combustible (LIHEAP): programa financiado por el gobierno federal para ayudar a las personas de bajos ingresos a pagar sus facturas de calefacción. Usted solicita este programa a través de sus agencias locales de Acción Comunitaria: para encontrar su agencia CAP en particular, use el enlace a continuación:
<http://www.ricommunityaction.org/member-agencies>
- Cupones para Alimentos / SNAP - El programa de asistencia alimentaria basado en los ingresos pertenece al Departamento de Servicios Humanos de RI. Aplicar:
<http://www.dhs.ri.gov/Programs/SNAPApplyNow.php>
- Asistencia voluntaria para el mejoramiento del hogar - Hábitat para la Humanidad, Oficinas:
South County: <http://www.southcountyhabitat.org>
Greater Providence: <http://www.habitatprov.org>
West Bay: <http://www.HabitatRIWestBay.org>
- Recursos de desalojo: programa de asistencia legal de RI: <http://www.rils.org>
- Bancos de ropa y muebles: a través de programas de acción comunitaria
<http://www.ricommunityaction.org/member-agencies>. También vale la pena consultar las tiendas de muebles locales para obtener donaciones.
- Asistencia telefónica celular - SafeLink Wireless - un servicio compatible con Lifeline y un programa gubernamental para servicios de telefonía celular gratuitos (minutos / textos limitados) para beneficiarios de Medicaid / SNAP. Puede usar su propio teléfono o solicitar un teléfono a través del programa
<http://www.safelink.com>

- **Servicios de discapacidad para estudiantes en Community College of Rhode Island** reconoce la discapacidad como una forma de diversidad cultural y trabaja para fomentar un entorno inclusivo para todos los estudiantes en la comunidad de educación superior a través de la educación, la conciencia y la accesibilidad.
<http://www.ccri.edu/dss>
- **EmployRI** es el servicio de búsqueda de empleo en línea del Departamento de Trabajo y Capacitación de RI.
<http://www.employri.org>
- **La Junta de Fuerza Laboral del Gobernador** es el cuerpo de formulación de políticas de Rhode Island sobre asuntos de desarrollo de la fuerza de trabajo; la Junta de Fuerza Laboral del Gobernador (GWB) invierte en una variedad de programas y servicios que atienden a cientos de empresas y miles de trabajadores anualmente a través de Real Jobs RI, pasantías y capacitación para trabajadores titulares. El GWB utiliza parte de la evaluación de la nómina tributable de los empleadores para financiar iniciativas que ayuden a los empleadores a satisfacer su demanda de talento.
<http://www.gwb.ri.gov>
- **Instituto para la Inclusión Comunitaria en UMASS Boston** apoya los derechos de niños y adultos con discapacidades para participar en todos los aspectos de la comunidad.
<http://www.communityinclusion.org>
- **netWORKri** es el sistema de centro de carrera integral de Rhode Island y es un orgulloso socio de la red de American Job Center.
<http://www.networkri.org>
- **Oficina de Servicios de Rehabilitación**
<http://www.ors.ri.gov>
- El **Programa de Rehabilitación Vocacional** es el programa público estatal y federal que ayuda a las personas con discapacidades a elegir, prepararse, obtener y mantener un empleo..
<http://www.ors.ri.gov/VR>
- **Paul V. Sherlock Center on Disabilities en Rhode Island College** es un Centro Universitario para la Excelencia en Discapacidades del Desarrollo (UCEDD) - una red nacional de 67 centros interdisciplinarios. Los UCEDD se basan en la evidencia y están diseñados para promover políticas, prácticas e investigaciones que mejoren la salud, la educación, el bienestar social y económico de las personas con discapacidades, sus familias y sus comunidades. La misión del Centro Sherlock es promover la membresía para todos en la escuela, el trabajo y la comunidad.
<http://www.sherlockcenter.org>
- **RI Association of People Supporting Employment** es una organización local con un enfoque exclusivo en el empleo integrado y las oportunidades de promoción profesional para personas con discapacidades..
<http://www.apse.org/chapter/rhodeisland>
- **RI Department of Labor and Training**
<http://www.dlt.ri.gov>

- **Real Jobs RI** es una iniciativa impulsada por la demanda, la fuerza de trabajo y el desarrollo económico que es colaborativa, flexible y dirigida por los negocios.
<http://www.dlt.ri.gov/realjobs>
 - Está diseñado para garantizar que los empleadores de Rhode Island tengan el talento que necesitan para competir y crecer a la vez que brindan educación específica y capacitación para los trabajadores de Rhode Island.
 - El objetivo de Real Jobs RI es desarrollar Asociaciones de Empleos Reales que convoquen a los empleadores de la industria, partes interesadas clave y grupos en alianzas que creen alianzas para abordar las demandas de la fuerza de trabajo de las empresas.
- **Job Seeker Resources**
<http://www.dlt.ri.gov/jobseeker>
- **RI Job Exchange** tiene como objetivo proporcionar las mejores herramientas, recursos e información para conectar a los empleadores con las diversas personas que buscan trabajo.
<http://www.americasjobexchange.com/RI/state-jobs>
- **RI Regional Adult Learning** es una agencia privada de educación para adultos sin fines de lucro cuya misión es ayudar a los adultos en el proceso de alcanzar sus metas académicas, ocupacionales o personales a través de la educación, el asesoramiento y la capacitación.
<http://www.riral.org>
- **RI Small Business Development Center de la Universidad de Rhode Island** ofrece a los propietarios de pequeñas empresas locales los servicios y la experiencia que necesitan para tener éxito: asesoramiento experto sin costo, capacitación relevante y acceso a recursos importantes. Nuestros experimentados asesores comerciales están disponibles para apoyarlo a usted y a su empresa en todas las etapas, desde la puesta en marcha hasta la madurez.
<http://www.uri.edu/risbdc>
- **Skills for Rhode Island's Future** es una asociación público-privada sin fines de lucro que trabaja para unir empresas que tienen necesidades de contratación actuales e insatisfechas con desempleados y subempleados calificados que buscan trabajo.
<http://www.skillsforri.com>
- **Social Enterprise Greenhouse** proporciona a los emprendedores y empresas sociales los servicios que necesitan para pasar de la idea a la ejecución y la escala, incluidos: incubación, aceleración, estrategia de etapa posterior y servicios financieros, y financiamiento de préstamos a una tasa inferior a la del mercado.
<http://www.segreenhouse.org>
- **Way to Go RI** es un programa gratuito basado en Internet que ayuda a estudiantes, padres y educadores a explorar opciones educativas, descubrir una variedad de ocupaciones y hacer planes para alcanzar metas educativas y profesionales desde la escuela o el hogar.
<http://www.waytogori.org>

Recursos para salud y seguridad

- Servicios del plan de salud - Neighborhood Health - <https://www.nhpri.org/>
- Centros de salud comunitarios: para obtener un enlace a CHC en su área e información sobre los servicios, comuníquese con RI Health Center Association.
<http://www.rihca.org>
- Servicios de salud en el hogar: asistencia con la vida diaria y el cuidado personal, que pueden incluir enfermería. El Departamento de Salud de RI tiene una lista de agencias que brindan estos servicios.
<http://www.health.ri.gov/healthcare/providers/homehealthagencies>
- Opciones de telemedicina: RI ahora exige que los planes de atención médica cubran los servicios brindados a través de la telemedicina. Esta puede ser una buena opción para las personas que tienen dificultades para viajar a citas médicas o para mejorar el acceso a atención médica. Esto puede ser una parte de las ofertas de su plan de salud
- LIFE-line - sistema de emergencia de respaldo. Sistemas móviles y otros sistemas de alerta personal Para personas de bajos ingresos, programa federal: <https://www.fcc.gov/general/lifeline-program-low-income-consumers>

Para cualquiera: <http://www.lifeline.philips.com>

- Programas de bienestar para afecciones crónicas: diabetes, enfermedades del corazón, Parkinson, etc. Comuníquese con organizaciones nacionales para obtener información, educación, asistencia con la condición de manejo, recursos para medicamentos, etc.
- Programas de Medicación de Costo Gratis o Reducido –
RI Rx Card: <http://www.rirx.com>
RI Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE): www.pparx.org
Eyeglass and Exams Assistance Program – RI Lions Sight Foundation:
<http://www.lions4sight.org>
- Atención odontológica gratuita y clínicas –
http://www.freedentalcare.us/st/rhode_island o consulte su centro de salud comunitario local.
- Servicios de Enfermeras Visitantes – ver Servicios de atención médica domiciliaria
- Eventos / Clases / Actividades de Bienestar Comunitario
- Educación y apoyo para el Alzheimer – RI Chapter/Alzheimer's Association
<http://www.alz.org/ri/>
- Servicios de salud conductual – <http://www.bhddh.ri.gov/>
- Servicios comunitarios de salud mental – para encontrar servicios cerca de usted, comuníquese con el Consejo de Proveedores de Salud Mental Comunitaria de RI –
<http://www.riccmho.org>

Recursos de transporte

- RIDE and other RI paratransit
<https://www.ripta.com/ada>
- RIPTA – Pase de tarifa reducida
<https://www.ripta.com/reducedfareprogram>
- Entrenamiento de viaje
- Programas de propiedad de vehículos especializados: opciones de financiación y recursos
<http://www.themobilityresource.com>
- Vehículos especializados -nuevos y usados
<https://www.mobilityworks.com/financing/grant-assistance/rhode-island.php>
- UBER, Lyft y otros servicios de viaje compartido
<https://accessibility.uber.com/>
<https://www.lyft.com>
- Taxi: contratación especializada
<http://www.ripuc.ri.gov/utilityinfo/motorcarriers.html>
- Solicitud informal de asistencia de transporte en cita entorno o barrio
- Propiedad compartida del vehículo
- Compartir el viaje en torno al empleo
<https://www.ripta.com/carpool>
<https://www.enterpriserideshare.com/vanpool/en.html>
- Micro-tránsito
- Programas de conductor voluntario
- Entrenamiento / Educación del Conductor
- Cartel de estacionamiento de discapacidad
<http://www.dmv.ri.gov/forms/disability/index.php>
- Equipo adaptable para un vehículo
- Otros recursos
<http://www.nadtc.org/resources-publications/>
<https://www.colemaninstitute.org/cognitive-technology-database/>

Comunicación

- | | |
|---|--|
| • Proloquo2Go – AssistiveWare | • iConverse – Xcellent Creations |
| • iCommunicate for IPAD – Grembe, Inc. | • Speak It! |
| • iComm – Bappz (free) | • Read2Go for use w/ Bookshare digital library |
| • My Talk Tools Mobile – Spectrum Visions | • Dragon Diction |
| • Look2Learn-AAC – MDR | • Notability |
| • Voice4u – Spectrum Visions | • Talking calculator |

Modificaciones de casa

- ORS – para modificaciones que permiten a la persona trabajar
<http://www.ors.ri.gov>
- El recurso de movilidad – subsidios y asistencia para discapacitados en RI
<http://www.themobilityresource.com>
- Vivienda RI – para modificaciones en el hogar
<http://www.rihousing.com>
- Modificación del hogar, incluyendo escaleras, rampas, ascensores y seguridad general en el hogar
<http://www.Homehealthsmith.com>
- Controles ambientales
Acceso al control ambiental - Tobii Dynavox
<https://www.tobiidynavox.com/en-us/products2/software/windows-control/benefits/access-to-environmental-control/>
- Aplicaciones para iPad
- Evoassist
- EnvirOn

Perros de servicio

- Autism Service Dogs of America - <http://autismservicedogsofamerica.com/>
- K-9 Behavior Services - <https://www.k9behavioralservices.com/>
- Pro-train Innovative Dog Training - <http://protraindog.com/>
- Wildwood Service Dogs - <http://wilderwood.org/>

Modificaciones del sitio de trabajo

- Office of Rehab Services
<http://www.ors.ri.gov>

Sistemas / herramientas de gestión de salud electrónica

- The Marketplace Application and Disabilities | HealthCare.gov
<https://www.healthcare.gov/people-with-disabilities/marketplace-application/>
- Dispensador de pastillas automático
<https://www.epill.com/esthedifotat.html>

Fase 3

Desarrollando el plan

Componentes 10 – 15

Lista de verificación de implementación de fase 3 Desarrollando el plan

¿Ha acordado mi facilitador / asesor un formato para mi plan?	
¿Incluimos todos los dominios de vida o experiencias que quería?	
¿Mi plan habla sobre empleo y desarrollo profesional?	
Para cada dominio de vida o experiencia, ¿describimos las experiencias y habilidades que ya tengo?	
Para cada área de meta o dominio vitalicio, ¿mencionó mi equipo los pasos de acción específicos?	
Para cada paso de acción, mi equipo hizo una lista de (a) dónde sucederá, (b) cuándo sucederá, (c) cómo llegaré allí, (d) qué adaptaciones podría necesitar, y (e) cuánto costará ?	
Para cada paso de acción, mi equipo habló sobre (a) qué cosas puedo hacer por mí mismo; (b) lo que mis familiares y amigos pueden ayudarme a hacer; (c) lo que otras personas de la comunidad (de mi mapa de relaciones) pueden ayudarme a hacer; (d) qué otros recursos de la comunidad podrían ayudarme; (e) ¿qué necesito personal remunerado?	
Para cada paso de acción, ¿revisamos los otros recursos de la comunidad que podrían ayudarme? ¿Seleccionamos alguno? ¿Decidimos quién los contactará?	
¿Seleccionamos una estrategia de medición para documentar el progreso? ¿Cómo se hará esto? ¿Quién hará esto?	
¿Decidimos una estrategia que pueda usar para revisar mi propio progreso? ¿Cómo se hará esto?	
Si hay algún riesgo asociado con este objetivo, ¿describimos qué estrategias y soportes me mantendrán a salvo?	
¿Seleccionamos una fecha para la revisión trimestral de mi plan?	

Componente 10

Las direcciones de vida y / o los objetivos son medibles

Es importante saber si la persona está logrando sus objetivos o teniendo las experiencias que desea. Por lo tanto, cada objetivo en el plan de la persona debe tener una estrategia para medir y documentar el cambio.

Con demasiada frecuencia hacemos que estas estrategias de medición sean demasiado complejas o poco significativas. Debemos recordar que se trata de personas reales que llevan vidas reales. Las estrategias de medición deberían ser:

- Apropiado a lo que realmente se está midiendo
- Basado en actividades reales en entornos reales (no simulaciones o actividades de fantasía)
- Fácil de usar
- Simple de reportar

Al final de esta sección, hay una tabla que sugiere algunas estrategias básicas y ejemplos para medir y documentar los cambios en la vida de la persona. Estas no son las únicas formas de medir el cambio, sino que están destinadas a estimular la forma en que pensamos sobre la medición.

También es importante entender la diferencia entre el cambio en los sistemas de medición y la medición del cambio de persona. Las encuestas de empleo a nivel estatal tratan de medir si el sistema está mejorando para aumentar las oportunidades y el apoyo para el empleo de todas las personas. Las encuestas nacionales, como los Indicadores nacionales básicos, recogen las respuestas de una muestra de personas en muchos estados para hacer declaraciones generales sobre el desempeño del país y los estados individuales en varias áreas del desempeño de los sistemas. Lo que se mide en un plan centrado en la persona es si la vida de la persona está cambiando.

En cualquier plan centrado en la persona, hay tres factores importantes a considerar:

- ¿Los pasos de acción enumerados para cada objetivo realmente ocurren?
- ¿Las habilidades de **la persona cambiaron**? ¿La vida diaria de la persona es diferente debido a lo que ha aprendido? Este es el enfoque de esta sección.
- ¿**Está la persona satisfecha** con lo que está sucediendo?

The first two can be measured and described easily. Satisfaction is much more difficult. At the quarterly review there should be a real discussion with each person about whether or not he/she is satisfied with the activities in his/her daily life and whether or not he/she would like to make changes. If the person wants change, it is the responsibility of the team (as change agents) to revise the plan and to help the person have the life he/she wants to have.

Ejemplos de estrategias para medir el progreso

Estrategia de medición	Ejemplos de objetivos simples	Medición
Descripción del rendimiento de los indicadores básicos	Fred será un habitual en un restaurante local. Indicadores (seleccionados por Fred): • Va al restaurante semanalmente • Sabe cómo llegar • Tiene comidas favoritas • Es recibido por nombre • Sabe el nombre del personal	Describa el cambio en los indicadores en un horario predecible. Registre el progreso.
Descripción de los indicadores de calidad - Muestreo	Fred se convertirá en un mejor conversador. Indicadores: • Tiene tres formas de iniciar • Tiene tres formas de responder cuando otros inician • Tiene tres formas de mantener la conversación • Tiene tres formas de terminar • Selecciona temas apropiados para la configuración • Tiene suficiente vocabulario	Una vez cada seis semanas sigue a Fred por una hora o dos. Escriba (a) la cantidad de formas en que comienza las conversaciones; (b) la cantidad de formas en que responde a los demás; (c) la cantidad de formas en que lo mantiene funcionando; (d) la cantidad de formas en que termina; (e) sí o no si los temas fueron apropiados; (f) sí o no si tenía suficiente vocabulario.
Número de pasos realizados en un análisis de tareas	Fred plantará un jardín en su patio trasero. 1. Análisis simple de tareas: • Seleccione qué cultivar. • Compra plantas. • Seleccionar área • Prepara el suelo • Agrega fertilizante. • Cavar hoyos. • Planta. • Agua • Agua cada dos días. • Las plantas crecen. Y así.	Dos niveles:: Plantación inicial Mantenimiento en proceso. Esta es una estrategia efectiva para muchos tipos de actividades que tienen pasos que se pueden enumerar; especialmente, hogar u otras habilidades de la vida diaria.
Número de pasos realizados en un análisis de tareas	Fred aprenderá cómo..... Fred lo hará Cualquier trabajo se puede dividir en pasos.	Simplemente registre cuántos pasos se realizan en un día determinado. Aumento récord en el número de pasos a lo largo del tiempo.
Numero actual	Fred hará más ejercicio indicado por # de pasos que toma o cuántas casas pasa o Algún otro número	Use un poco de ajuste o Casas del conde

Hora	Fred trabajará en su trabajo durante una hora antes de tomarse un descanso. Fred tardará menos de 15 minutos en realizar una tarea de trabajo.	Dos veces a la semana use un temporizador para registrar el tiempo; puede usarse para medir el aumento o la disminución en el tiempo.
Número real y tiempo	En su trabajo en el restaurante, Fred establecerá 10 mesas en 30 minutos.	

Ejemplos más complejos

Actuación Actuación Actuación	Fred será un miembro activo del club ____. Asiste a reuniones Paga cuotas. Conoce a los miembros por su nombre. Los miembros lo conocen por su nombre. Tiene formas de iniciarse con los miembros. Tiene formas de responder.	De forma trimestral o semestral, observe y anote lo que hace Fred.
Análisis de tareas	Participa en proyectos bimestrales de servicio del club. Sabe que hacer.	
Numero	Solo tiene dos cervezas en la fiesta.	
Actual Numero	La red social de Fred aumentará.	
Actuación	Número de lugares visitados cada mes donde hay la oportunidad de conocer gente nueva.	Mantenga una cuenta.
Mapeo Social	Tiene formas de iniciar / responder. Tiene una red social más amplia.	Haz una muestra ocasional en un lugar nuevo. Haz un mapa social trimestral.
Actuación	Fred desarrollará las habilidades necesarias para convertirse (trabajo de su elección).	
Análisis de tareas	Finalización del programa de entrenamiento	Comunicación con el sitio de entrenamiento
preguntarle	Desempeño de habilidades en la pasantía o sitio de trabajo	Observa y graba
	Satisfacción	

Componente 11

Cada persona tiene una estrategia para medir su propio progreso y crecimiento

El pensamiento centrado en la persona se trata de que cada persona asuma un mayor control y responsabilidad por su propia vida. Uno de los pasos en el proceso de autodeterminación (descrito en Componente 2) es revisar el objetivo y el plan para determinar si realmente logró los resultados que la persona quería. Por lo tanto, es importante darle a cada **persona una** estrategia simple para **medir y pensar si su plan logró lo que quería**.

La "**Escala de logro de objetivos**" es una estrategia ampliamente utilizada que brinda a las personas una forma simple de pensar sobre su plan y sus objetivos. Para cada objetivo, la persona:

- Describe las expectativas en términos simples y claros.
- Describe un poco más, mucho más ... un poco menos, mucho menos.
- Describe lo que él / ella realmente hace al principio.
- Describe lo que él / ella ha cambiado cada trimestre.

Esto se puede hacer con palabras, con imágenes, con símbolos, con alguien más escribiendo o grabando lo que dice la persona, o de cualquier otra manera que tenga sentido para la persona.

	Comenzando	Cuarto 1	Cuarto 2	Cuarto 3	Cuarto 4
Mucho más					
Un poco más					
Expectativa					
Un poco menos					
Mucho menos					

El formato de la Escala de Logro de Objetivos también es una buena estrategia para que los miembros del equipo documenten e informen el progreso y el cambio.

Componente 12

Descripción de las consideraciones de seguridad (según corresponda)

Mantener a cada persona segura es la necesidad básica que debe cumplirse para funcionar en todas las áreas de la vida. Cuando la seguridad se ve comprometida, una persona a menudo sentirá ansiedad, conflictos internos e incluso puede experimentar un trauma. La seguridad tiene diferentes significados para diferentes personas. Cada persona tiene una tolerancia diferente al riesgo.

Las **áreas comunes de riesgo** incluyen:

- Financiero - Gastar de más, no tener suficiente dinero, mala administración, mal uso de la tarjeta de crédito, robo, dar dinero a otros
- Comunidad - Seguridad personal, límites pobres
- Salud - Dificultad con el cuidado personal diario, condiciones de salud desafiantes, falta de cuidado necesario
- Relaciones - sexo no consensual, riesgo de asalto, embarazo, enfermedad, acoso, problemas fronterizos
- Transporte: estar seguro en el transporte público, perderse
- Apoyos naturales: límites, relaciones seguras, comprensión de roles y responsabilidades
- Empleos: mantenimiento del trabajo, transporte hacia y desde el trabajo, seguridad personal en el lugar de trabajo
- Vivienda: cuidado en el hogar, seguridad en la cocina, prácticas alimentarias seguras, seguridad contra incendios, problemas con los vecinos
- Tecnología: cómo gestionar si la tecnología falla

Si alguna de estas circunstancias existe en la vida de la persona, el plan debe describir qué estrategias y apoyos se usarán para mantener a las personas seguras.

Consulte la sección "Recursos adicionales" en la parte posterior de esta guía para ver una herramienta de muestra para evaluar el riesgo y la seguridad.

Componente 13

Horario para revisión

Dado que la vida de cada persona cambia, es importante revisar el plan al menos cada trimestre. Programar las fechas para la revisión debe ser parte del proceso de planificación.

La revisión debe incluir:

1. Al revisar el perfil personal, ¿ha cambiado algo **SOBRE** lo que es importante acerca de la persona, **A** la persona, **PARA** la persona o **CÓMO APOYAR** a la persona?
2. Al revisar cada objetivo o dominio vitalicio en el plan, (a) **¿han sucedido los pasos de acción** y (b) **se ha avanzado**? Usar las **estrategias de medición** como parte de esta revisión es muy importante. Usar la Escala de logro de objetivos (o algo similar) para documentar el progreso es importante.
3. ¿Alguno de los objetivos o dominios de vida necesita ser **revisado**?
 - ¿Alguna acción nueva o diferente?
 - Cambios en donde ocurre?
 - Cambios en cuando ocurre?
 - Cambios en quién brinda soporte?
 - Cambios en el transporte?
 - ¿Se necesitan cambios en el alojamiento o la tecnología?
4. ¿Hay **nuevas metas o actividades** que la persona desea seguir?
5. Use el **mismo formato de plan** que el original para registrar revisiones o nuevos objetivos.
6. ¿Ha surgido alguna **preocupación sobre la seguridad**? Descríbalos y describe las estrategias o apoyos que se usarán para mantener a la persona segura.

Componente 14 – Página de firma

Componente 15 – CMS / BHDDH Plan de cuidado y Otros documentos requeridos por BHDDH

Los miembros del equipo de la persona deben firmar el plan que documenta tanto su participación en el desarrollo del plan como el apoyo que cada miembro del equipo brindará a la persona que implemente el plan.

El Departamento de Atención de Salud Conductual, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales (BHDDH) de RI está desarrollando un formato para un Plan de atención. Este plan de atención especificará qué componentes y actividades del plan de vida de la persona serán respaldados por la exención u otros fondos estatales.

Recursos adicionales

Defensores en Acción

<http://www.advocatesinaction.org/>

Paul V. Sherlock Center on Disabilities - <http://www.sherlockcenter.org>

Estoy Decidido - <https://www.imdetermined.org/>

Helen Sanderson Associates – Herramientas de pensamiento centradas en la persona

[www.helensandersonassociates.co.uk/person-centered-practice/person-centered-thinking- tools](http://www.helensandersonassociates.co.uk/person-centered-practice/person-centered-thinking-tools)

The Pacer Center

<http://www.pacer.org/transition/learning-center/independent-community-living/person-centered.asp>

Portal nacional para la autodeterminación – amplios recursos para la autodeterminación

Modelo de Instrucción de Aprendizaje de Autodeterminación (SDLMI)

Modelo de desarrollo de carrera de autodeterminación (SDCDM)

www.ngsd.org

La comunidad de aprendizaje para prácticas centradas en la persona - Sala de lectura - materiales sobre el pensamiento centrado en la persona

<http://www.learningcommunity.us/home.html> (haga clic en Sala de lectura)

Inclusion Press

<http://www.inclusion.com/bkimplementingpcp.html>

Oregon ISP

<https://oregonisp.org/isp-checklist/>

Beaulieu, Lionel, Southern Rural Development Center. *Mapeo de los activos de su comunidad: un componente clave para desarrollar la capacidad local.*

http://srdc.msstate.edu/trainings/educurricula/asset_mapping/asset_mapping.pdf

Carol, Katherine. *Ayudando a nuestros seres queridos a prosperar: Apoyar las redes sociales para construir carreras.* Institute on Community Integration, University of Minnesota

<http://ici.umn.edu/products/impact/251>

Crane, Kelli, and Marianne Mooney. *Mapeo de recursos comunitarios: una estrategia para promover una transición exitosa para jóvenes con discapacidades.* Institute of Community Integration, University of Minnesota

Email: publications@icimail.umn.edu

Delgado, Melvin, and Denise Humm Delgado. *Evaluación de activos y práctica de trabajo social comunitario.* Oxford Press

<http://www.oxfordscholarship.com>

Goodall, Jane. Community Mapping 101, *Evaluar las necesidades de la comunidad y los recursos potenciales.* Jane Goodall Institute

<http://www.janegoodall.org>

Gould, Joy, Rooshey Hasnain, Jennifer Bose and John Butterworth. *Hacer que las redes sean más fáciles para los solicitantes de empleo: una guía.* Institute for Community Inclusion/UCEDD U Mass Boston

https://www.communityinclusion.org/article.php?article_id=138

Griffin, Cary, Bob Niemiec and Megan Zeilinger. *Personalizar el desarrollo del trabajo: dejar de lado el taller, una persona a la vez.* Institute on Community Integration, University of Minnesota

<http://ici.umn.edu/products/impact/251>

Hasnain, Rooshey, Jennifer Rose, Joy Gould, John Butterworth. *Trabajo en red en diversas comunidades: investigación para la práctica.* Institute for Community Inclusion/UCEDD U Mass Boston

http://communityinclusion.org/article.php?article_id=139

McKnight, J. (1992). *Construyendo comunidad.* AHEC Community Partners Annual Conference, Keynote address. Northwestern University: Center for Urban Affairs and Policy Research.

McKnight, J. (1992). *Mapeo de capacidad de la comunidad.* Chicago, IL: Northwestern University: Center for Urban Affairs and Policy Research.

Moore, M. (1994). *Evaluación de la capacidad comunitaria: una guía para desarrollar un inventario de activos y recursos a nivel comunitario-.* Santa Fe, NM: New Mexico Children, Youth and Families Department.

PowerPoint presentation by S. Rengasamy: *Adoptando Mapeo de Activos en un Barrio Urbano en la Ciudad de Madurai. (Tamil Nadu, India)*

<https://www.slideshare.net/srengasamy/introduction-to-community-asset-mapping-presentation>

Evaluación de la comunidad orientada a los activos.. Patricia A. Sharpe, Mary R. Greaney, Peter L. Lee, Sherer W. Royce. *Public Health Reports*, March/April and May/June, 2000; vol. 115.

<https://www.jstor.org/stable/4598513>

El Instituto de Desarrollo Comunitario Basado en Activos. John McKnight and Jody Kretzmann's base at Northwestern University's School of Education and Social Policy. La fuente del desarrollo comunitario basado en activos.

<https://resources.depaul.edu/abcd-institute/Pages/default.aspx>

Asignación de activos comunitarios y movilización de comunidades (for The Idaho Governor's 6th Annual Roundtable Coeur d'Alene, Idaho June 6, 2005) incluye muchos buenos ejemplos de habilidades comunitarias reales e inventarios de activos.

https://wrdc.usu.edu/files-ou/publications/pub_2880457.pdf

Herramientas esenciales: mejorar la educación secundaria y la transición para jóvenes con discapacidades, preparado por Kelli Crane y Marianne Mooney. Otro excelente recurso que hace uso del mapeo de recursos de la comunidad, dedicando mucha atención al proceso de identificación de activos, así como a la técnica.

www.ncset.org/publications/essentialtools/mapping/NCSET_EssentialTools_ResourceMapping.pdf

Portal nacional para la autodeterminación – amplios recursos para la autodeterminación

Modelo de Instrucción de Aprendizaje de Autodeterminación (SDLMI)

Modelo de desarrollo de carrera de autodeterminación (SDCDM)

www.ngsd.org

La comunidad de aprendizaje para prácticas centradas en la persona - Sala de lectura - materiales sobre el pensamiento centrado en la persona

<http://www.learningcommunity.us/home.html> (haga clic en Sala de lectura)

Bunch, Gary, Kevin Finnegan and Jack Pearpoint. 2009. *Planificar para la vida real después de la escuela: formas para que las familias y los docentes planifiquen para los estudiantes que experimentan desafíos importantes*. Toronto: Inclusion Press. <http://inclusion.com/books/planningforlife.pdf>

Dingwall, Charlotte, Kristi Kemp and Barbara Fowke. (2006). *Creando una buena vida en comunidad: una guía sobre planificación dirigida a la persona*. Ontario, Canada: The Individualized Funding Coalition for Ontario. <https://www.mcass.gov.on.ca/documents/en/mcass/publications/developmental/GuideonPersondirectedPlanningFinal.pdf>
Versión en lenguaje sencillo- <https://www.mcass.gov.on.ca/documents/en/mcass/publications/developmental/PlanningGuidePlainLanguageMCSS.pdf>

Mount, Beth. 2000. *Construcción de vida: apertura de Windows para el cambio mediante la planificación personal de futuros*. New York, NY: Graphic Futures.

Mount, Beth. 2000. *Planificación centrada en la persona: encontrar las direcciones para el cambio utilizando la planificación de futuros personales*. New York, NY: Graphic Futures.

Mount, Beth and Kay Zwernik. 1988. *Nunca es demasiado temprano, nunca es demasiado tarde*. St. Paul, MN: Metropolitan Council.

O'Brien, John and Connie Lyle O'Brien, Eds. 2002. *Implementación de planificación centrada en la persona: voces de la experiencia*. Toronto: Inclusion Press.

O'Brien, John and Herbert Lovett. 1992. *Encontrar un camino hacia las vidas cotidianas: la contribución de la planificación centrada en la persona*. Harrisburg, PA: Pennsylvania Office of Mental Retardation. http://www.inclusion.com/everyday_lives.pdf

O'Brien, Jack Pearpoint and Lynda Kahn. 2010. *El manual PATH y MAPS; formas centradas en la persona para construir comunidad*. Toronto: Inclusion Press.

Pearpoint, Jack, John O'Brien and Marsha Forest. 1993. *RUTA: Planificación de Mañanas Alternativas con Esperanza: Un Libro de Trabajo para Planear Posibles Futuros Positivos*. Toronto: Inclusion Press.

Otras herramientas para facilitadores:
Cómo desarrollar y escribir un plan de instrucción y apoyo individual efectivo. Washington State Department of Social and Health Services. 2017. This is a PDF of a six-module training designed for writers of goals and IISPs.
<https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/DDA/dda/documents/IISP%20training%20module%20participant%20book%20%282%29.pdf>

Un Arizona centrado en la persona: un sitio de información y recursos para el pensamiento, la planificación y las prácticas centrados en la persona.
<http://pcp.sonoranucedd.fcm.arizona.edu/resources/person-centered-planning-tools>

Herramientas de pensamiento centradas en la persona. Helen Sanderson Associates.
<http://helensandersonassociates.co.uk/person-centred-practice/person-centred-thinking-tools/>

Allen, William T. 2006. *Es mi eleccion*. Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities Herramientas para prepararse para planificar reuniones, promoviendo una participación más plena en discusiones / decisiones sobre servicios y apoyos para satisfacer sus necesidades individuales en una variedad de áreas de la vida. Disponible como libros de trabajo PDF editable. Cada una de las Guías y listas de verificación en este libro de trabajo puede completarse electrónicamente. Cada uno es un archivo PDF separado que puede descargarse e imprimirse, y las respuestas se pueden guardar para referencia futura o revisar y actualizar cuando desee realizar algunos cambios. También disponible en español y en audiofile.

<http://www.mnddc.org/extra/publications.htm>

The Beach Center on Disability

Artículos y "Historias de la vida real" sobre la planificación centrada en la persona, el control individual de los presupuestos, la autodeterminación, los apoyos familiares, etc..

<http://www.beachcenter.org>

Trazando el curso de la vida

<http://lifecoursetools.com>

Imágínesse: Encontrar nuevas historias para personas que sufren de discapacidad

Artículos de David Pitonyak sobre temas tales como "Importancia de pertenencia", "Apoyos de comportamiento positivo", "Planificación centrada en la persona", muchos también en español. Recursos anotados y enlaces.

<http://www.dimage.com>

Inclusion Press

Materiales MAPS, PATH, boletín de inclusión, otros materiales impresos y de video desarrollados por John O'Brien, Judith Snow, Marsha Forest y Jack Pearpoint.

<http://www.inclusion.com>

The Learning Community for Person-Centered Practices

La "Sala de lectura" en este sitio web incluye artículos sobre Planificación esencial del estilo de vida, Artículos de Michael Smull, "Family Planning Together Handbook", en inglés y español.

<http://learningcommunity.us/documents>

Portal nacional para la autodeterminación – amplios recursos para la autodeterminación

Modelo de Instrucción de Aprendizaje de Autodeterminación (SDLMI)

Modelo de desarrollo de carrera de autodeterminación (SDCDM)

www.ngsd.org

La comunidad de aprendizaje para prácticas centradas en la persona - Sala de lectura - materiales sobre el pensamiento centrado en la persona

<http://www.learningcommunity.us/home.html> (haga clic en Sala de lectura)

Poniendo fe a trabajar: herramientas y formularios

<http://faithanddisability.org>

Risk Identification Tool

Person's legal name: _____

Date of last update: _____

HEALTH AND MEDICAL			
☐ No risk identified in this section (skip to next section)			
1. Aspiration (check all that apply) ☐ a. Diagnosis of dysphagia, or has been identified to be at risk for Aspiration by a qualified medical professional ☐ b. Ingests non-edible objects, places non-edible objects in mouth, or has a diagnosis of pica ☐ c. Has a feeding tube ☐ d. Diagnosed with gastroesophageal reflux (GER) and the physician has identified the person at risk of Aspiration ☐ e. Complaints of chest pain, heartburn, or have small, frequent vomiting (especially after meals) or unusual burping (happens frequently or sounds wet) and the physician has identified the person at risk of Aspiration ☐ f. Someone else puts food, fluids, or medications into this person's mouth			
<i>If the person experiences any of the following symptoms, a current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of Aspiration. (Check all that apply)</i> ☐ g. Food or fluid regularly falls out of this person's mouth ☐ h. Coughs or chokes while eating or drinking (more than occasionally) ☐ i. Drools excessively ☐ j. Chronic chest congestion, pneumonia in the last year, rattling when breathing, and persistent cough or frequent use of cough/asthma medication ☐ k. Regularly refuses food or liquid (or refuse certain food/liquid textures) ☐ l. Needs his/her fluids thickened and/or food texture modified ☐ m. Eats or drinks too rapidly Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)			
Yes ☐	Possible ☐	No ☐	History ☐
Comments:			

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 1 of 7

	Yes	Possible	No	History
2. Dehydration (check all that apply) ☐ a. Asks for or routinely requires assistance to get something to drink ☐ b. Receives fluids through a tube ☐ c. Required intravenous (IV) fluids due to dehydration in the past year If the person experiences any of the following symptoms, a current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of Dehydration. (Check all that apply) ☐ d. Takes medication known to cause dehydration and this person would not recognize or communicate if he/she were dehydrated ☐ e. Coughs or chokes while eating or drinking (more than occasionally) ☐ f. Drools excessively ☐ g. Chronic chest congestion, pneumonia in the last year, rattling when breathing, and persistent cough or frequent use of cough/asthma medication ☐ h. Regularly refuses food or liquid (or refuses certain food/liquid textures) ☐ i. Needs his/her fluids thickened and/or food texture modified Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)	☐	☐	☐	☐
Comments:				
3. Choking (check all that apply) ☐ a. Ingests non-edible objects, places non-edible objects in mouth, or has a diagnosis of pica If the person experiences any of the following symptoms, a current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of Choking. (Check all that apply) ☐ b. Eats or drinks too rapidly ☐ c. Stuffs food into his/her mouth ☐ d. Coughs or chokes while eating or drinking (more than occasionally) Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)	☐	☐	☐	☐
Comments:				

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 2 of 7

	Yes	Possible	No	History
4. Constipation (check all that apply) ☐ a. Takes routine bowel medications for constipation or has taken “as needed” (prn) medications for constipation more than two times a month within the past year (do not include fiber) ☐ b. Required a suppository or enema for constipation within the past year If the person experiences any of the following symptoms, a current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of Constipation. (Check all that apply) ☐ c. Has had more than one episode in the past year of complaining of pain when moving his/her bowels ☐ d. Has had more than one known episode of hard stool in the past year ☐ e. Takes a medication that causes constipation and this person would not recognize or communicate if he/she were constipated Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)	☐	☐	☐	☐
Comments:				
5. Seizures (check all that apply) ☐ a. Has a diagnosis of seizures or epilepsy and/or had a seizure within the past five (5) years ☐ b. Takes medication to control seizures and/or has taken medication to control seizures within the past five (5) years ☐ c. Has had a seizure in the past year. <i>Address safety precautions e.g. driving, water safety, bicycle use, safety equipment, etc.</i>	☐	☐	☐	☐
Comments:				
6. Unsafe medication management: At risk of serious harm as a result of misuse of medication, medication overdose, frequently missing a medication dose, or lifestyle choices that conflict with medications (diet, supplements, alcohol, other drugs or medications, etc.)	☐	☐	☐	☐
7. Complications of Diabetes: Has a diagnosis of Pre-Diabetes or Diabetes	☐	☐	☐	☐
8. Complications associated with (list type of tube or ostomy) : Has an ostomy or tube, such as a urinary catheter, colostomy, etc.	☐	☐	☐	☐
9. Unreported pain or illness: Does not report or is unable to describe pain, signs of illness, or where it is located	☐	☐	☐	☐
10. Lack of access to medical care: Transportation, geographical, financial, cultural, or other (non-behavioral) reasons exist that prevent medical care	☐	☐	☐	☐

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 3 of 7

	Yes	Possible	No	History
11. Injury due to falling: Needs support to avoid an injury due to falling. Consider risk due to mobility or transfer support needs	☐	☐	☐	☐
12. Other serious health or medical issues: Consider any other important, serious health or medical issues. List specific additional risk(s):	☐	☐	☐	☐

Comments:

SAFETY
☐ No risk identified in this section (skip to FINANCIAL section)

	Yes	No	Possible
13. Water temperature safety: Needs any support to adjust water temperature to avoid scalding	☐	☐	☐
14. Fire evacuation safety: Needs any assistance to evacuate when a fire or smoke alarm sounds	☐	☐	☐
15. Household chemical safety: Needs any support to avoid serious injury from household chemicals	☐	☐	☐
16. Vehicle safety: Needs any assistance to remain safe around traffic, while getting in or out of a vehicle, or while riding in vehicles	☐	☐	☐
17. Court-mandated protection: Someone else has a court-mandated condition or restriction against them to address this person's safety (e.g. protective orders or restraining orders to keep this person safe). If yes, list court order and date:	☐	☐	☐
18. Significant risk of exploitation: Evidence, signs, or circumstances of <u>significant</u> increased risk of abuse or exploitation	☐	☐	☐
19. Enters into contracts that he/she may not be able to complete: Consider the person's capacity to make an informed decision about contracts or agreements he/she enters into.	☐	☐	☐
20. Safety and cleanliness of the residence: Conditions within the residence may lead to injury, illness, eviction, or significant loss of property.	☐	☐	☐
21. Other safety issues: Consider any other important, serious safety issues at home or in any other setting (e.g. workplace equipment, bullying, harassment). List specific additional safety risk(s):	☐	☐	☐

Comments:

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 4 of 7

FINANCIAL ☐ No risk identified in this section (skip to MENTAL HEALTH section)

22. Potential for financial abuse: Complaints or evidence of significant increased risk of financial exploitation (e.g. provider organization staff or Foster provider handle the person's money, frequently loans money or property to others, bills are unpaid, etc.)

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

Comments:

MENTAL HEALTH ☐ No serious risk identified in this section (skip to BEHAVIOR section)

23. Mental Health: Needs support managing or coping with mental health

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

24. Suicide: Engages in suicidal ideation, attempts, gestures, or threats

A current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of Suicide.

Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

25. Other mental health issues: Consider any other important, serious mental health issues, such as past trauma, addiction, etc.

List specific additional mental health risk(s):

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

Comments:

BEHAVIOR

☐ No risk identified in this section.

26. Physical aggression: Engages in behavior that is aggressive toward others

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

27. Self-Injury: Engages in behavior that presents an immediate risk of tissue damage to the person, or any behavior that, if continued, presents a significant risk of tissue damage to the person in the near future. Self-injurious behavior may refer to any behavior that can cause tissue damage, such as bruises, redness, and open wounds.

Yes	Possible	No	History
☐	☐	☐	☐

Person receiving services:

Date of last update:

Page 5 of 7

	Yes	Possible	No	History
28. Property destruction: Engages in property destruction	☐	☐	☐	☐
29. Leaving supervised setting: Leaves or attempts to leave supervised settings and is unsafe to do so	☐	☐	☐	☐
30. Unsafe use of flammable materials: Engages in the unsafe use of flammable materials	☐	☐	☐	☐
31. Substance abuse: Abuse of alcohol or illegal drugs	☐	☐	☐	☐
32. Illegal behavior: Engages in any behavior that violates federal, state, or local laws	☐	☐	☐	☐
33. Court-mandated restrictions: Has any court mandated conditions or restrictions resulting from this person's behavior. If yes, list court order and date:	☐	☐	☐	☐
34. Ingesting non-edible objects: Ingests non-edible objects or has a diagnosis of pica	☐	☐	☐	☐
35. Non-edible objects in mouth: Places non-edible objects in his/her mouth that may cause poisoning, aspiration or choking	☐	☐	☐	☐
36. Refusing medical care: Refused medical services, treatments, or medications or has required mechanical, physical, or chemical restraint to receive medical services or mental health care in the past year. Consider the person's capacity to make an informed decision.	☐	☐	☐	☐
37. Extreme food or liquid-seeking behavior: Seeks, grabs, or stuffs food or consumes liquid in a manner that could cause harm. For example, for a person without teeth, it may mean that they will grab food that they cannot safely chew. A current evaluation by a qualified professional is expected to determine if the person is at risk of extreme food or liquid-seeking behavior. Evaluation results: ☐ Risk present ☐ No risk ☐ Other (see comments)	☐	☐	☐	☐
38. Illegal or high risk sexual behavior: Engages in unsafe sexual behavior such as approaching others for sexual behavior that is unwanted/non-consensual; grabbing others' genitals; touching others' breasts; solicitation for sexual activity; unprotected sex with strangers; any of the following exhibited publicly: masturbation, fondling others, fondling self, talking about sexual activity or using sexual language, or walking into an area disrobed.	☐	☐	☐	☐
39. Undesirable sexual behavior: Engages in sexual behavior that is not illegal but socially undesirable. Including: Touching paid providers in a sexually suggestive manner, soliciting sexual activity from paid providers or other professionals in their life, socially undesirable use of sexual language/talking about sexual activity, masturbating/fondling self in common areas of shared housing.	☐	☐	☐	☐
40. Harm to animals: Engages in behavior that is harmful to animals	☐	☐	☐	☐
41. Use of objects as weapons: Uses weapons or objects in an attempt to injure self or others	☐	☐	☐	☐

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 6 of 7

	Yes	Possible	No	History
42. Unsafe social behavior: Consider internet/texting/webcam/media safety risks, lack of awareness of boundaries with strangers, etc. Engages in behaviors that place the person at risk of being victimized or engages in behaviors that place others at risk of being exploited. Consider bodily safety and social interactions with strangers.	☐	☐	☐	☐
43. Other behavior issues: Consider any other important, serious behavior issues at home or in any other setting. List specific additional behavior risk(s):	☐	☐	☐	☐
Comments:				

EVALUATIONS				
List any evaluations that were used to determine presence or absence of a risk.				
Risk(s)	Type of evaluation	Evaluation date	Has condition changed since evaluation?	Where evaluation is kept

CONTRIBUTORS		
Name	Title/Relationship	Name

Person receiving services: _____

Date of last update: _____

Page 7 of 7

Guía de pensamiento centrado en la persona de Rhode Island

Mayo, 2018

Disponible electrónicamente en www.sherlockcenter.org.

