

Antecedentes y finalidad:

El formulario de la Priorización de Urgencia de la Necesidad de Servicios (Prioritization of Urgency of Need for Services, PUNS) debe reflejar con precisión la necesidad de servicios actual o anticipada de una persona en función de la información provista por la persona, su familia o el cuidador. Si la persona, su familia o el cuidador no están de acuerdo con la información incluida en su formulario actual de la **PUNS**, la persona, su familia o el cuidador deberán completar este formulario (el formulario de **disconformidad de la PUNS**) y devolverlo a la organización de coordinación de apoyos (Supports Coordination Organization, SCO) dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción del formulario de la **PUNS**. La SCO revisará el formulario completo de **disconformidad de la PUNS** de la persona, contactará a la persona que completó el formulario e intentará resolver las inquietudes de la persona, su familia o el cuidador. Consulte las instrucciones que se encuentran a continuación para completar el formulario y el formulario en sí en la siguiente página.

Instrucciones para completar el formulario de disconformidad de la PUNS:

SECCIÓN 1: PARA QUE COMPLETE LA PERSONA, SU FAMILIA O EL CUIDADOR	
Campo/espacio para el nombre	Instrucciones
"PRIMER NOMBRE", "SEGUNDO NOMBRE", "APELLIDO"	En los espacios provistos, la persona, su familia o el cuidador deberán ingresar el primer nombre, la inicial del segundo nombre (si lo tiene) y el apellido de la persona en el formulario de la PUNS .
"PRIMER NOMBRE", "SEGUNDO NOMBRE", "APELLIDO"	La persona que complete este formulario debe ingresar el primer nombre, la inicial del segundo nombre (si lo tiene) y el apellido en los espacios provistos.
"INGRESE LA RAZÓN DE LA DISCONFORMIDAD CON LA PUNS"	De forma narrativa, ingrese la razón por la que no está de acuerdo con los detalles contenidos en la PUNS del individuo.
"FECHA DE LA PUNS FINALIZADA"	Ingrese la fecha de la PUNS finalizada que se encuentra en el formulario de la PUNS. Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.
"FIRMA DE LA PERSONA, SU FAMILIAR O EL CUIDADOR"	La persona, su familiar o el cuidador deben firmar este formulario.
"FECHA"	Ingrese la fecha en que se completó este formulario. Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.

SECCIÓN 2: PARA QUE COMPLETE LA SCO	
Campo/espacio para el nombre	Instrucciones
"FECHA EN QUE LA SCO RECIBIÓ EL FORMULARIO DE DISCONFORMIDAD DE LA PUNS"	La SCO debe ingresar la fecha en que recibió el formulario de disconformidad de la PUNS completo de la persona, su familia o el cuidador. Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.
"FECHA EN QUE LA SCO CONTACTÓ A LA PERSONA, A SU FAMILIA O AL CUIDADOR"	La SCO debe ingresar la fecha en que contactó a la persona, a la familia o al cuidador para hablar sobre la información que se encuentra en el formulario de disconformidad de la PUNS .
"¿SE RESOLVIÓ?", " <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO"	Si se resolvió la disconformidad de la PUNS, la SCO debe ingresar una "X" en la casilla junto a "Sí"; de lo contrario, ponga una "X" en la casilla junto a "No".
"INGRESE UN RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN Y LA RESOLUCIÓN"	De forma narrativa, ingrese los problemas que se analizaron y el resultado de la conversación.
"FIRMA DEL REVISOR DE LA SCO"	La SCO que recibió y se contactó con la persona, su familia o el cuidador debe firmar aquí.
"FECHA"	La SCO debe ingresar la fecha en que se firmó el formulario. Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.

SECCIÓN 3: PARA QUE COMPLETE LA AE O EL PROGRAMA DEL CONDADO	
Campo/espacio para el nombre	Instrucciones
"FECHA EN QUE LA AE O EL PROGRAMA DEL CONDADO RECIBIERON LA DERIVACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN"	Ingrese la fecha en que la AE o el programa del condado recibieron el formulario de disconformidad de la PUNS . Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.
"FECHA DE LA RESOLUCIÓN FINAL DE LA AE O DEL PROGRAMA DEL CONDADO"	Ingrese la fecha en que la AE o el programa del condado resolvieron la disconformidad.
"BREVE EXPLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN"	De forma narrativa, escriba la conversación y la decisión final.
"FIRMA DE LA AE O DEL PROGRAMA DEL CONDADO"	Debe firmar la persona de la AE o del programa del condado que recibió el formulario de disconformidad de la PUNS .
"FECHA"	Ingrese la fecha en que se firmó el formulario. Use el formato de fecha DD/MM/AAAA.

Nota final:

Existen varios métodos que la persona, su familia o el cuidador pueden usar para enviar el formulario de **disconformidad de la PUNS** a la SCO. Se puede enviar el formulario de **disconformidad de la PUNS** completo y firmado por correo postal a través del Servicio Postal de los Estados Unidos; se puede escanear y enviar por correo electrónico a la SCO, o por fax a la SCO dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción del formulario de la **PUNS**. Su SCO lo contactará dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción del formulario de **disconformidad de la PUNS** para hablar sobre sus inquietudes.

Consulte las INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DISCONFORMIDAD DE LA PUNS que se encuentran en la página anterior antes de completar el formulario. Complete y revise TODAS LAS SECCIONES OBLIGATORIAS de este formulario antes de enviarlo. ESCRIBA DE FORMA LEGIBLE.

SECCIÓN 1: PARA QUE COMPLETE LA PERSONA, SU FAMILIA O EL CUIDADOR		
INGRESE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA, SU FAMILIAR O EL CUIDADOR		
NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:
INGRESE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO		
NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:
INGRESE LA RAZÓN DE LA DISCONFORMIDAD CON LA PUNS:		
FECHA DE LA PUNS FINALIZADA:	FIRMA DE LA PERSONA, SU FAMILIAR O EL CUIDADOR:	FECHA:
SECCIÓN 2: PARA QUE COMPLETE LA SCO		
FECHA EN QUE LA SCO RECIBIÓ EL FORMULARIO DE DISCONFORMIDAD DE LA PUNS:	FECHA EN QUE LA SCO CONTACTÓ A LA PERSONA, A SU FAMILIA O AL CUIDADOR:	¿SE RESOLVIÓ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
INGRESE UN RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN O LA RESOLUCIÓN:		
FIRMA DEL REVISOR DE LA SCO:	FECHA:	
SECCIÓN 3: PARA QUE COMPLETE LA AE O EL PROGRAMA DEL CONDADO		
FECHA EN QUE LA AE O EL PROGRAMA DEL CONDADO RECIBIERON LA DERIVACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN:	FECHA DE LA RESOLUCIÓN FINAL DE LA AE O DEL PROGRAMA DEL CONDADO:	
INGRESE UNA BREVE EXPLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN:		
FIRMA DE LA PERSONA DE LA AE O DEL CONDADO:	FECHA:	