

# REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Fecha en que se completó

## REPORTE CONFIDENCIAL - NO ESTÁ SUJETO A DIVULGACIÓN PÚBLICA

PARA SER COMPLETADO POR LA PARTE QUE REPORTA. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA. VEA LAS INSTRUCCIONES GENERALES.

**A. VÍCTIMA**  Marque la casilla si la víctima da su consentimiento para divulgar la información.  
(Para uso del Ombudsman solamente- WIC 15636(a))

Nombre (Apellido, Primer Nombre)		Edad	Fecha de nac.	# de Seguro Social
Identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro/No binario <input type="checkbox"/> Se desconoce/No fue proporcionado	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando <input type="checkbox"/> Se desconoce/No fue proporcionado	Grupo Étnico	Raza	
		Idioma (Marque uno) <input type="checkbox"/> No verbal <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		
Dirección (Si es un centro, incluya el nombre y avise al ombudsman)		Ciudad	Código postal	Teléfono
Ubicación actual (Si es diferente a la dirección arriba)		Ciudad	Código postal	Teléfono
<input type="checkbox"/> Persona de edad avanzada (65+) <input type="checkbox"/> Con discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Con enfermedad/discapacidad mental <input type="checkbox"/> Con discapacidad física <input type="checkbox"/> No se sabe/Otro			<input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vive con otros	

**B. PRESUNTO ABUSADOR** Marque  si es autonegligencia

Nombre del presunto abusador

Dirección		Ciudad	Código postal	Teléfono
<input type="checkbox"/> Encargado del cuidado(tipo)_____		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> Profesional de la salud (tipo)_____		<input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otra relación _____		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grupo étnico	Edad	Fecha de nacimiento	
Estatura	Peso	Color de Ojos	Color de cabello	

**C. OBSERVACIONES Y OPINIONES DE QUIEN REPORTA, Y DECLARACIONES DE LA VÍCTIMA SI ESTÁN DISPONIBLES. ¿EL PRESUNTO AGRESOR AÚN TIENE ACCESO A LA VÍCTIMA? ¿LA ACUSACIÓN INCLUYE UNA LESIÓN FÍSICA GRAVE? (Vea la definición en la sección "Responsabilidades de reportar y periodos de tiempo" en las "Instrucciones generales"). PROPORCIONE CUALQUIER PERIODO DE TIEMPO QUE CONOZCA (2 días, 1 semana, continuo, etc.). ANOTE CUALQUIER POSIBLE PELIGRO PARA EL INVESTIGADOR (animales, armas, enfermedades contagiosas, etc.) o inquietudes sobre la salud mental del cliente.**

**MARQUE SI SE ADJUNTA INFORMACIÓN MÉDICA, FINANCIERA (INFORMACIÓN DE CUENTAS, ETC.), FOTOGRAFÍAS, U OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL.**

**D. PARTE QUE REPORTA** Marque la casilla apropiada si la parte que reporta renuncia a la confidencialidad con respecto a

- Todos  Todos excepto la víctima  Todos menos el agresor

Nombre	Firma	Ocupación	Agencia/Nombre del negocio
Relación con la víctima/¿Cómo se sabe del abuso?	Calle	Ciudad	C. postal
Teléfono	Correo electrónico		

**E. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE-** Dirección donde ocurrió el incidente

Fecha/hora del incidente(s)

---

Lugar del incidente (Marque uno)

El hogar propio  Centro de cuidado en la comunidad  Hospital/Hospital de cuidados intensivos

Hogar de otro  Centro de convalecencia o de cuidado hospitalario

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**F. TIPOS DE ABUSO REPORTADOS** (Marque todos los que apliquen)

1. Perpetrado por otros (Código de Bienestar Público e Instituciones, 15610.07 y 15610.63)
- a.  Físico (es decir, asalto/agresión, represión o privación, inhibidor químico, exceso/falta de medicamento)
  - b.  Sexual
  - c.  Financiero
  - d.  Descuido (incluyendo privación de bienes y servicios por parte del encargado de cuidado)
  - e.  Abandono
  - f.  Aislamiento
  - g.  Secuestro
  - h.  Psicológico/Mental
  - i.  Otro \_\_\_\_\_
2. Autonegligencia (WIC, 15610.57 (b)(5))
- a.  Descuido del cuidado físico (es decir, higiene personal, comida, ropa, malnutrición/deshidratación)
  - b.  Autonegligencia de la vivienda (ambiente inseguro)
  - c.  Autonegligencia financiera (es decir, incapacidad de manejar las propias finanzas personales)

El abuso resultó en (Marque todos los que apliquen)

Sin lesión física  Cuidado médico menor  Hospitalización  Requirió proveedor de cuidado

Muerte  Sufrimiento mental  \*Lesiones corporales graves  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Se desconoce  La salud y la seguridad están en peligro

**G. OTRA PERSONA QUE SE CREA QUE TENGA CONOCIMIENTO DEL ABUSO**

*(Familia, allegados, vecinos, proveedores médicos, agencias involucradas, etc.)*

Nombre	Relación
Dirección	Teléfono
Nombre	Relación
Dirección	Teléfono

**H. MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DE LA VÍCTIMA**

(Si se sabe, anote la información de la persona de contacto) Si es la persona contacto, marque

Nombre		Relación	
Dirección	Ciudad	C. Postal	Teléfono

**I. REPORTE TELEFÓNICO HECHO A**     APS     Orden público     Ombudsman local  
 Depto. de Hospitales Estatales de Calif.     Depto. de Servicios de Desarrollo de Calif.

Nombre del oficial con quien se comunicó por teléfono	Teléfono	Fecha/Hora
---	----------	------------

**J. REPORTE ESCRITO** Anote la información sobre las agencias que reciben este reporte.  
 Si el abuso ocurrió en un centro de LTC y resultó en una lesión física grave\*, por favor vea las "Responsabilidades de reportar y los periodos de tiempo" en las "Instrucciones Generales".  
 No presente el reporte a la División de Programas para Adultos del Departamento de Servicios Sociales de California.

Nombre de la agencia	Dirección o Fax	<input type="checkbox"/> Fecha de envío	<input type="checkbox"/> Fecha, Fax
Nombre de la agencia	Dirección o Fax	<input type="checkbox"/> Fecha de envío	<input type="checkbox"/> Fecha, Fax
Nombre de la agencia	Dirección o Fax	<input type="checkbox"/> Fecha de envío	<input type="checkbox"/> Fecha, Fax

**K. RECEIVING AGENCY USE ONLY (SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA QUE RECIBE EL REPORTE)**     Telephone Report     Written Report

1. Report Received By	Date/Time
2. Assigned <input type="checkbox"/> Immediate Response <input type="checkbox"/> Ten-Day Response <input type="checkbox"/> No Initial Response (NIR) <input type="checkbox"/> Not APS <input type="checkbox"/> Not Ombudsman <input type="checkbox"/> No Ten-Day (NTD)	
Approved By	Assigned To (optional)
3. Cross-Reported to <input type="checkbox"/> CDPH-Licensing & Cert.; <input type="checkbox"/> CDSS-CCL; <input type="checkbox"/> Local Ombudsman; <input type="checkbox"/> Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse; <input type="checkbox"/> Calif. Dept. of State Hospitals; <input type="checkbox"/> Law Enforcement; <input type="checkbox"/> Professional Licensing Board; <input type="checkbox"/> Calif. Dept. of Developmental Services; <input type="checkbox"/> APS; <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ Date of Cross-Report _____	
4. APS/Ombudsman/Law Enforcement Case File Number	

## REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA INSTRUCCIONES GENERALES

### PROPÓSITO DEL FORMULARIO

Este formulario, como ha sido adoptado por el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), se requiere conforme al Código de Bienestar Público e Instituciones (WIC) secciones 15630 y 15658(a)(1). Este formulario documenta la información proporcionada por la parte que hace el reporte sobre la sospecha de un incidente de abuso o negligencia de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente. **"Abuso"** significa cualquier trato que resulta en daño físico, dolor o sufrimiento mental o la privación, por parte de un encargado del cuidado, de cosas o servicios que son necesarios para evitar el daño físico o el sufrimiento mental. **"Negligencia"** significa la falta negligente a una persona de edad avanzada o adulto dependiente o de alguna persona que tiene el cuidado o la custodia de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente para ejercer el nivel de autocuidado o cuidado que una persona razonable ejercería en una situación parecida. Para el propósito de reportar de manera obligatoria **"persona de edad avanzada"** significa cualquier persona que reside en este estado quien tiene 65 años de edad o más (sección 15610.27 del WIC). **"Adulto dependiente"** significa cualquier persona que resida en este estado entre los 18 y 64 años de edad, quien tiene limitaciones físicas o mentales que restringen su habilidad para llevar a cabo actividades normales o para proteger sus derechos, incluyendo, pero sin limitarse, a las personas quienes tienen discapacidades físicas o del desarrollo, o cuyas habilidades físicas o mentales han disminuido debido a la edad. (sección 15610.23 del WIC). "Adulto dependiente" incluye a cualquier persona entre los 18 y 64 años de edad quien sea admitida a un centro de salud de 24 horas (como se define en el Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code*), secciones 1250, 1250.2, y 1250.3).

### REALIZACIÓN DEL FORMULARIO

1. Este formulario puede ser usado por la agencia que lo recibe para documentar información de un reporte por teléfono sobre la sospecha de abuso de un adulto dependiente/persona de edad avanzada.
2. Si se desconoce cualquier parte de la información, anote "no se sabe"
3. Parte A: Marque la casilla para indicar si la víctima renuncia a la confidencialidad.
4. Parte C: Marque la casilla si la parte que reporta renuncia a la confidencialidad. Por favor tenga en cuenta que se requiere que las personas bajo mandato de reportar divulguen sus nombres, sin embargo, las personas sin mandato de reportar pueden reportar de manera anónima.

### RESPONSABILIDADES DE REPORTAR Y PERIODOS DE TIEMPO:

Cualquier persona bajo mandato de reportar, quien en su capacidad profesional o dentro del ámbito de su empleo, ha observado o tiene conocimiento de un incidente que razonablemente parece ser abuso o negligencia, o a quien una persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que ha sufrido comportamiento que constituye ser abuso o negligencia, o razonablemente sospecha que ha ocurrido abuso o negligencia, debe completar este formulario por cada reporte de abuso que sabe o sospecha (abuso físico, abuso sexual, abuso financiero, secuestro, negligencia (autonegligencia), aislamiento, y abandono) que involucra a una persona de edad avanzada o a un adulto dependiente.

**\*\*Lesión física grave**" significa una lesión que involucra dolor físico extremo, peligro considerable de muerte, o pérdida prolongada o impedimento de la función de un miembro del cuerpo, órgano o de una facultad mental, o que requiere intervención médica, incluyendo, pero sin limitarse, a hospitalización, cirugía, o rehabilitación física (sección 15610.67 del WIC).

El reporte se debe completar de la siguiente manera:

- Si el abuso ocurrió en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como se define en la sección 15610.47 del WIC) y resultó en una lesión física grave, repórtelo por teléfono a la oficina local del orden público inmediatamente y a más tardar dos (2) horas después de observar,

enterarse, o sospechar el abuso físico. Envíe el reporte escrito a la oficina local del orden público, al Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTCOP), y a la oficina de licenciamiento apropiada (para los centros de cuidado médico a largo plazo, el Departamento de Salud Pública de California; para centros de cuidado comunitario, el Departamento de Servicios Sociales de California) dentro de dos (2) horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.

- Si el abuso ocurrió en un centro de LTC, y fue abuso físico pero no resultó en una lesión física grave, repórtelo por teléfono a la oficina local del orden público dentro de 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico. Envíe el reporte escrito a la oficina local del orden público, al LTCOP local, y a la oficina de licenciamiento apropiada (para los centros de cuidado médico a largo plazo, el Departamento de Salud Pública de California; para centros de cuidado comunitario, el Departamento de Servicios Sociales de California) dentro de 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.
- Si el abuso ocurrió en un centro de LTC, y fue abuso físico pero no resultó en una lesión física grave, y fue cometido por un residente diagnosticado con demencia por un doctor, repórtelo por teléfono a la oficina local del orden público o al LTCOP local, inmediatamente o lo más pronto que sea prácticamente posible. De seguimiento enviando el reporte escrito al LTCOP o a la oficina local del orden público dentro de 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.
- Si el abuso ocurrió en un centro de LTC, pero no fue abuso físico, repórtelo por teléfono al LTCOP local o a la oficina local del orden público, inmediatamente o lo más pronto que sea prácticamente posible. De seguimiento enviando el reporte escrito a la oficina local del orden público o al LTCOP dentro de dos días laborales.
- Si el abuso ocurrió en un hospital estatal para la salud mental o un centro estatal del desarrollo, las personas bajo mandato de reportar deben reportar por teléfono o por medio de una herramienta del internet para reportar confidencialmente (como se estipula en la sección 15658 del WIC) inmediatamente o lo más pronto que sea prácticamente posible y presentar el reporte dentro de dos (2) días laborales de cuando se hizo el reporte por teléfono a la agencia responsable como se indica a continuación:
  - Si el abuso ocurrió en un Hospital Estatal para la Salud Mental, reporte a la oficina local del orden público o al Departamento de Hospitales Estatales de California (California Department of State Hospitals).
  - Si el abuso ocurrió en un Centro Estatal del Desarrollo, reporte a la agencia local del orden público o al Departamento de Servicios del Desarrollo de California (California Department of Developmental Services).
- Para todos los otros tipos de abuso, las personas bajo mandato de reportar deben hacer el reporte, por teléfono o por medio de una herramienta del internet para reportar confidencialmente, a la agencia de servicios para la protección de adultos o a la agencia local del orden público, inmediatamente o lo más pronto que sea prácticamente posible. Si se hizo el reporte por teléfono, un reporte escrito o por internet se debe enviar a la agencia de servicios para la protección de adultos o a la agencia local del orden público dentro de dos días laborales

## DEFINICIONES DE LAS PERSONAS QUE HACEN EL REPORTE

**"Persona bajo mandato de reportar"** (*mandated reporter*) (sección 15630 (a) del WIC). Cualquier persona quien ha asumido la responsabilidad completa o intermitente para el cuidado o custodia de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente, ya sea que la persona reciba o no reciba compensación, incluyendo a administradores, supervisores, y cualquier miembro con licencia del personal de un centro público o privado que proporcione cuidado o servicios a personas de

edad avanzada o adultos dependientes, cualquier persona que es responsable del cuidado de una persona de edad avanzada o adulto dependiente, un profesional de la salud, un miembro del clero, un empleado de una oficina del condado de servicios para la protección de adultos, o un empleado de una oficina encargada del orden público es una persona bajo mandato de reportar.

**"Encargados del cuidado"** (*care custodian*) (sección 15610.17 del WIC) significa un administrador o un empleado de alguno de los siguientes centros u oficinas públicas o privadas, o personas que proporcionan cuidado o servicios a personas de edad avanzada o adultos dependientes, incluyendo a los miembros del personal de apoyo y del personal de mantenimiento: (a) Centros de salud de veinticuatro horas, como se definen en las secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad; (b) Clínicas; (c) Agencias para el cuidado en el hogar; (d) Agencias que proporcionan con fondos públicos servicios de apoyo en el hogar, servicios de nutrición, u otros servicios de apoyo en el hogar o en la comunidad; (e) Centros de cuidado de la salud para adultos durante el día y cuidado para adultos durante el día; (f) Escuelas secundarias que sirven a adultos dependientes entre los 18 y 22 años de edad e instituciones de educación postsecundaria que prestan servicios a adultos dependientes o a personas de edad avanzada; (g) Centros de vida independiente; (h) Campamentos; (i) Centros de recursos para el cuidado durante el día de personas con la enfermedad de Alzheimer; (j) Centros para el cuidado en la comunidad, como se definen en la sección 1502 del Código de Salud y Seguridad, y centros de cuidado residencial para las personas de edad avanzada, como se define en la sección 1569.2 del Código de Salud y Seguridad; (k) Centros para descanso temporal (*respite care facilities*); (l) Hogares de crianza temporal; (m) Centros para la rehabilitación vocacional y centros de actividades de empleo; (n) Oficinas regionales designadas para personas de edad avanzada; (o) Centros regionales para personas con discapacidades de desarrollo; (p) Divisiones de licenciamiento del Departamento de Servicios Sociales de California y del Departamento de Servicios de Salud de California; (q) Oficinas de bienestar público del condado; (r) Oficinas de defensores de los derechos de los pacientes y defensores de los derechos de los clientes, incluyendo a abogados; (s) la Oficina Estatal del Ombudsman de Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care Ombudsman); (t) Oficinas de los tutores legales públicos, tutores públicos, e investigadores jurídicos; (u) Cualquier agencia o entidad de protección o de abogacía que es designada por el Gobernador para cumplir los requisitos y garantías de lo siguiente: (1) La Ley federal del 2000 sobre la Asistencia y Declaración de Derechos de las Discapacidades del Desarrollo, (Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000), que se incluye en el capítulo 144 (comenzando con la sección 15001) del título 42 del Código de los Estados Unidos, para la protección y abogacía de los derechos de las personas con discapacidades del desarrollo; o (2) La Ley de 1986 sobre la Protección y Abogacía de Personas con Enfermedad Mental (The Protection and Advocacy for the Mentally Ill Individuals Act of 1986), como ha sido enmendada, que se incluye en el capítulo 114 (comenzando con la sección 10801) del título 42 del Código de los Estados Unidos, para la protección y abogacía de los derechos de las personas con enfermedad mental; (v) Sociedades humanitarias y agencias para el control de animales; (w) Departamentos de bomberos; (x) Oficinas para la salud ambiental y el cumplimiento del código sobre las construcciones; o (y) Cualquier otra agencia pública o privada de protección, sectaria para la salud mental, o asistencia privada, o agencia de abogacía, o persona que proporciona servicios de salud, o servicios sociales a personas de edad avanzada o a adultos dependientes.

**"Profesional de la salud"** (*health practitioner*) (sección 15610.37 del WIC) significa un doctor y cirujano, psiquiatra, psicólogo, dentista, médico residente, médico practicante, podólogo, quiropráctico, enfermero con licencia, asistente dental, trabajador social clínico con licencia o trabajador social clínico asociado, consejero matrimonial, familiar e infantil, o cualquier otra persona que actualmente tiene licencia bajo la división 2 (comenzando con la sección 500) del Código de Negocios y Profesiones (Business and Professions Code), cualquier técnico médico de emergencias I o II, paramédico, persona certificada bajo la división 2.5 (comenzando con la sección 1797) del Código de Salud y Seguridad, un asistente de psicólogo registrado de acuerdo a la sección 2913 del Código de Negocios y Profesiones, un aprendiz de consejero matrimonial, familiar e infantil, como se define en la subdivisión (c) de la sección 4980.03 del Código de Negocios y Profesiones,

o un consejero practicante sin licencia para matrimonios, familias y niños registrado bajo la sección 4980.44 del Código de Negocios y Profesiones, un empleado de salud pública o de servicios sociales del estado o del condado quien atiende a una persona de edad avanzada o a un adulto dependiente por cualquier condición, o un médico forense.

Cualquier oficial y/o empleado de una institución financiera es una persona bajo mandato de reportar un presunto abuso financiero y debe reportar la sospecha de abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente en el formulario SOC 342, "Report of Suspected Dependent Adult/Elder Financial Abuse" (reporte de sospecha de abuso financiero de un adulto dependiente o persona de edad avanzada).

### **MÚLTIPLES PERSONAS QUE REPORTAN**

Cuando dos o más personas bajo el mandato de reportar tienen conocimiento en conjunto sobre una situación de sospecha de abuso de un adulto dependiente o persona de edad avanzada, y cuando haya un acuerdo entre ellos, un miembro del grupo puede hacer el reporte por teléfono. Además, ese miembro del grupo puede completar un solo reporte por escrito. Cualquier persona de ese grupo quien crea que el reporte no ha sido entregado deberá presentar el reporte.

### **IDENTIDAD DE LA PERSONA QUE REPORTA**

La identidad de todas las personas quienes reportan, de acuerdo al capítulo 11 del WIC, deberá ser confidencial, se divulgará solamente entre las agencias de APS, las agencias locales del orden público, los LTCOP, sección de Investigaciones de Fraude de Medi-Cal y del abuso de personas de edad avanzada en la Oficina del Procurador General, agencias de licenciamiento o sus abogados, investigadores del Departamento de Asuntos del Consumidor (quienes investigan abuso de personas de edad avanzada y de adultos dependientes), el fiscal de distrito del condado, el tribunal testamentario, y el tutor público. Se puede renunciar a la confidencialidad por parte de la persona que reporta o por una orden de la corte.

### **INCUMPLIMIENTO DE REPORTAR**

El incumplimiento de reportar por parte de las personas bajo mandato de reportar (como se define bajo "Definiciones de la parte que reporta") cualquier incidente bajo sospecha de abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia (incluyendo autonegligencia) de una persona de edad avanzada (de 65 años o más) o un adulto dependiente, es un delito menor, castigado por no más de seis meses de cárcel en la cárcel del condado, o por una multa de no más de \$1,000, o ambos encarcelamiento y multa. Cualquier persona bajo mandato de reportar quien a propósito no reporte el abuso de una persona de edad avanzada (de 65 años o más) o de un adulto dependiente y el abuso resulta en la muerte o en una lesión física grave, puede ser castigada con hasta un año en la cárcel del condado o una multa de hasta \$5,000, o ambos encarcelamiento y multa (sección 15630(h) del WIC).

Nadie, incluso un supervisor, empleador o abogado, puede exentar a una persona bajo mandato de reportar, de su deber legal de reportar el conocimiento o sospecha de abuso. Cualquier persona que intenta impedir o reprimir a una persona bajo mandato de reportar de que reporte puede ser procesada por un delito menor castigable por una multa, encarcelamiento, o por ambos. Por lo tanto, se espera que las personas bajo mandato de reportar reporten cualquiera de los intentos mencionados al orden público, al igual que cualquier otra agencia responsable. (Consulte la sección 15630 (f) y (h) del Código de Bienestar Público e Instituciones).

Los oficiales o empleados de instituciones financieras son personas bajo mandato de reportar el abuso financiero (a partir del 1º de enero de 2007). Estas personas bajo mandato de reportar que no cumplan con reportar el abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente están sujetos a una multa civil que no excede \$1,000. Las personas que a propósito no cumplen con reportar el abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente están sujetas a una multa civil que no excede \$5,000. Estas multas civiles serán pagadas por la institución financiera, la cual es el empleador de la persona bajo mandato de reportar, a la parte que entabla la demanda.



**ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE ADULTOS (ASP)**

Para ser elegible para recibir los servicios del programa APS, una persona de edad avanzada se define como alguien que reside en este estado y tiene 60 años o más. (sección 15750(b)(2) del WIC). A partir del 1 de enero de 2022, las agencias de ASP pueden recibir referencias e investigar denuncias de abusos y proporcionar intervención y la administrar el caso a cualquier persona de edad avanzada que tiene 60 años o más, y para los adultos dependientes entre las edades de 18-59 (sección 15750[b][1][A] del WIC). Los estatutos que administran el reportar de manera obligatoria no han sido afectados, el reportaje obligatorio sigue aplicándose únicamente a las personas que tienen o son mayores de 65 años.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS COPIAS DEL FORMULARIO SOC 341**

Persona bajo mandato de reportar: después de hacer el reporte por teléfono a la agencia o agencias apropiadas, la persona que hace el reporte debe enviar el reporte por escrito a las agencias designadas (como se define en las "Responsabilidades de reportar y periodos de tiempo"); y mantener una copia en el expediente de la persona que hace el reporte.

Oficina que recibe el reporte: coloque la copia original en el expediente del caso. Si aplica, envíe una copia a otra agencia a la cual también se debe reportar.

**NO ENVÍE UNA COPIA A LA OFICINA DE LOS PROGRAMAS PARA ADULTOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA.**