

## LISTA DE DOCUMENTOS

##### *Daño Cerebral Adquirido*

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar los formularios, contacte a la Línea de Admisiones de DSPD 1-844-275-3773 ó en Español al 801-538-4134**

|  |  |
| --- | --- |
| Pasos para la Admisión   1. Envíe al departamento de Admisiones de DSPD todos los documentos requeridos para determinar la elegibilidad. 2. Una especialista revisará sus documentos. | 3. Una especialista de Admisiones le contactará para fijar una cita para completar el Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ por sus siglas en Inglés) |

#### Documentos para la Elegibilidad

**OBLIGATORIO PARA TODOS**

|  |  |
| --- | --- |
| * Formulario 1-1 Requisito para determinar la Elegibilidad para servicios * Historia Social * Copia de la tarjeta del Seguro Social * Copia de la Partida de Nacimiento | * Formulario 18 Requisito del Código ICD (para ser completado por un psicólogo licenciado, un doctor en medicina o un médico osteópata) * Registros médicos (documentación relevante   solo con el diagnóstico) |

**PUEDE SER NECESARIO PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| * Copia de la tarjeta del Medicaid (si no es pertinente, indíquelo en la Historia Social) * Liberación de Información |  Documentos de la Custodia  (si la corte ha asignado a un guardián) |

**MANDE SUS DOCUMENTOS POR CORREO, CORREO ELECTRONICO O FAX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo Electrónico:**  [dspdintake@utah.gov](mailto:dspdintake@utah.gov) | **Correo:** Division of Services for People with Disabilities  Intake Unit - 3rd Floor 195 North 1950 West Salt Lake City, UT 84116 | **Fax:** 801 - 538 - 4279 |

Página 1 de 1



REQUISITO PARA DETERMINAR LA

ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS

Formulario 1-1

Fecha de la versión: Febrero 2021

###### Instrucciones

Complete y regrese este formulario para empezar el proceso de elegibilidad. Este formulario requiere ser firmado y puede ser completado y firmado electrónicamente. Mándelos por correo o correo electrónico. Si usted imprimió este formulario y lo manda por correo electrónico, deberá escanearlo primero antes de mandarlo. Mándelos a:

Correo Electrónico: [DSPDIntake@utah.gov.](mailto:DSPDIntake@utah.gov) Correo: 475 W Price River Dr #262 Price, UT 84501.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, contacte a Admisiones de DSPD por correo electrónico o llamando al 1-844-275-3773. En Español, llame al 801-538-4134.

###### Información del Solicitante

Nombre legal completo

Teléfono Correo electrónico

Fecha de nacimiento Sexo legal

Número de Seguro Social Condado

Dirección completa

###### Persona de Contacto

 Igual que el solicitante

Nombre Teléfono Relación

#### Firma:

Yo, el solicitante, entiendo que al firmar y mandar este formulario estoy, oficialmente, solicitando a la División de Servicios para Personas con Discapacidades a determinar mi elegibilidad para servicios. Para determinar mi elegibilidad, DSPD recopilará y revisará mi información médica y psicológica.

Firma Fecha

El que firma es: ( ) Solicitante ( ) Padre ( ) Guardián Legal

Página 1-1



### REQUISITO DEL CODIGO ICD-10

Formulario 18

Fecha de la versión: Marzo 2021

Instrucciones

La División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD) requiere la confirmación de un diagnóstico con el Código ICD-10 para el solicitante identificado abajo con el propósito de determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad. Este formulario debe ser completado y firmado por un Psicólogo licenciado, un doctor de medicina o un doctor osteópata. Por favor devuelva este formulario dentro de 10 días para comenzar el proceso de elegibilidad. Si usted necesita ayuda completando este formulario, por favor contacte a DSPD al 1-844-275-3773, de Lunes a Viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**ENVIE ESTE DOCUMENTO COMPLETO POR CORREO ELECTRÓNICO, CORREO, O FAX.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo electrónico:**  [dspdintake@utah.gov](mailto:dspdintake@utah.gov) | **Correo:** Division of Services for People with Disabilities  Intake Unit – 3rd Floor Salt Lake City, UT 84116 | **Fax:** 801 - 538 - 4279 |

Información del Solicitante

Nombre: Fecha de nacimiento:

Información del médico

Nombre: Teléfono:

Credenciales: ( ) Psicólogo Licenciado ( ) MD ( ) DO

CERTIFICACION DEL MEDICO

Concluyo que el solicitante satisface los siguientes diagnósticos y Códigos ICD-10:

Código ICD-10: Diagnóstico:

Si hubiera diagnósticos y Códigos ICD-10 adicionales, por favor indíquelos aquí:

Código ICD-10: Código ICD-10: Código ICD-10:

Diagnóstico: Diagnóstico: Diagnóstico:

Firma: Fecha:

Página 1



AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR

INFORMACION Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Formulario 1-2

Fecha de la Versión: Marzo 2021

Nombre: Fecha de Nacimiento: Los siguientes tienen mi permiso para revelar información de salud que esté protegida:

Distrito Escolar: Rehabilitación Vocacional:

Centro de Salud Mental: Médico: Otros:

Por la presente, usted está autorizado a proveer al Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD) o sus representantes autorizados, en forma verbal oen cualquier forma escrita, toda información que usted posea con respecto a lo siguiente:

Pruebas del Desarrollo Pruebas Psicológicas/Cognitivas Expedientes ambulatorios

Hospitalizaciones

Expedientes lesiones cerebrales

Expedientes de Exámenes físicos

Pruebas vocacionales IEP/Pruebas Educacionales Otros

Por favor incluír expedientes desde hasta

(Información para quien reciba éste documento: si la información a liberar está relacionada con abuso de drogas o alcohol, los expedientes están protegidos por leyes federales de confidencialidad y usted está prohibido de revelar ésta información sin la autorización escrita y especificada de quien le pertenece o como está permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la liberación de información NO es suficiente para este propósito. La Ley Federal limita usar información sobre abuso de drogas para procesar una investigación criminal o enjuiciamiento).

El propósito para revelar ésta información es para establecer elegibilidad con DSPD. Fecha de expiración: \_ \_

* Entiendo que puedo rehusarme a firmar ésta autorización, y mi proveedor de salud no puede rehusarse a proveer tratamiento, pago o negar elegibilidad de beneficios basados en mi rechazo.
* Entiendo que puedo anular ésta autorización por escrito, en cualquier momento. Entiendo que mi revocación no es efectiva hasta que el proveedor de salud. Mi revocación no es efectiva si es que mi proveedor ya ha mandado mi información de acuerdo con esta autorización.
* Entiendo que las leyes federales de privacidad no pueden proteger la información que ya ha sido relegada a DSPD y la información puede ser relegada nuevamente.
* Entiendo que esta información es requerida por el Departamento de Servicios Humanos División de Servicios para Personas con Discapacidades.

Yo, la persona y/o el Representante Personal Autorizado, entiendo/entendemos que al firmar abajo estoysolicitando que la División de servicios para Personas con Discapacidades a recopilar información sobre mí para verificar si soy elegible para servicios.

Firma:

El que firma es: ( ) la persona mencionada

Fecha:

( ) Representante legal autorizado de la persona

Nombre del Representante Personal Autorizado:



# HISTORIA SOCIAL PARA ADMISION

Formulario 824-I

Fecha de la Versión: Marzo 2021

#### Información personal del Solicitante:

Fecha::

Completada por:

Nombre completo:

Nombre Preferido:

Fecha de nacimiento: Idioma preferido:

Asistencia para comunicarse:

No se requiere

Habla otro idioma

Lenguaje de Señas

AAC- Audífonos

TTY- teletipo

**DSPD pide la siguiente información para poder ayudar a nuestros empleados a usar un lenguaje respetuoso cuando hablemos con usted. Nosotros deseamos entender quién es usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor seleccionando el área que mejor lo describa. Gracias.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Razay Etnicidad:

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico Medio Oriente o Africa del Norte Prefiero no decir

Negro o Afro Americano

Hispano/a, Latino/a/x, Origen Español No Hispano, Latino/a/x, Origen Español Prefiero describirme:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Asiático Múltiples razas Blanco

Identidad del

Mujer

Hombre

No-binario

Transgenero

Cisgenero

Género:

Prefiero no decir

Prefiero describirme

Orientación Sexual

Heterosexual

Gay o Lesbiana

Bisexual

Queer

Asexual

Prefiero no decir Prefiero describirme

Página 1 de 8

Pronombre:

Ella/La

El/Lo

Elle/todes/nosotres Otro:

Custodia: Estado Civil

Auto-sufciente Soltero/a

Padre biológico Casado/a

Padres Adoptivos Divorciado/a

Joven a cuidado Vive con su pareja

Tutor Viudo/a

#### Información de contacto del Solicitante

Dirección física: Ciudad: UT Código Postal

Dirección del correo: Ciudad: UT Código Postal

Teléfono: Correo electrónico:

¿Es el solicitante la persona de contacto principal? Si No



PERSONAS IMPORTANTES PARA CONTACTAR

Por favor enliste a no más de tres personas para que actúen como contactos principales y de emergencia. Incluya a padres y tutores legales si fuera pertinente, y por lo menos incluya a una persona que no viva con el solicitante. Los tutores legales deberán proveer una copia de los documentos de la custodia.

**Primer Contacto**



¿Vive con el solicitante? Si No Contacto Principal

Nombre: Pronombre: Relación con el solicitante? Dirección: Ciudad: UT – Código Postal: Teléfono: Correo electrónico: Idioma principal: Asistencia con comunicación: No se requiere Habla Lenguaje de señas AAC TTY

**Segundo Contacto**



¿Vive con el solicitante? Si No Contacto Principal

Nombre: Pronombre: Relación con el solicitante? Dirección: Ciudad: UT – Código Postal: Teléfono: Correo electrónico: Idioma principal: Asistencia con comunicación: No se requiere Habla Lenguaje de señas AAC TTY

**Tercer Contacto**



¿Vive con el solicitante? Si No Contacto Principal

Nombre: Pronombre: Relación con el solicitante? Dirección: Ciudad: UT – Código Postal: Teléfono: Correo electrónico: Idioma principal: Asistencia con comunicación: No se requiere Habla Lenguaje de señas AAC TTY

#### Historial Educacional del Solicitante

Por favor escriba el nombre de la escuela a la que asistió o está asistiendo:

Nombre de la escuela: Tipo de escuela: Información de contacto:



¿El solicitante recibió/recibe servicios de intervención temprana? Si No

¿El solicitante recibió/recibe servicios de educación especial? Si No



Si todavía está en la escuela, ¿cuándo se gradúa o transiciona?

#### Historial de empleo del solicitante

Para los solicitantes que tienen 16 años o más, por favor enliste el trabajo más reciente: Empleador:

Medio tiempo Tiempo completo



Fecha que empezó: Fecha que terminó: Horas por semana: Pago por hora: Título y descripción del trabajo: Tipo de empleo (por favor marque una opción):



Empleo individual integrado (ej: el solicitante tuvo/tiene su propio trabajo en la comunidad)

Trabajo integrado en equipo (ej: el solicitante trabajó/trabaja en la comunidad como parte de un equipo? Con base en un centro (ej: participó en un taller, en una actividad de trabajo, etc)



Problemas relacionados con el trabajo (por ejemplo cualquier actividad que haya afectado el rendimiento del trabajo):

Exitos en el trabajo, habilidades especiales, etc

¿El solicitante ha recibido previamente apoyo en el empleo de Rehabilitación Vocacional? Si No Si la respuesta es Si, ¿en que año lo recibió?



¿El solicitante está buscando trabajo y requiere ayuda constante? Si No

¿El solicitante tiene un caso abierto con Rehabilitación Vocacional? Si No

Si es Si, ¿en que oficina? Número de teléfono:

#### Areas de Preocupación

Enliste problemas mayores de salud (física, psicológica, abuso de substancias, etc) y diagnósticos relacionados que afecten la vida del solicitante.

COMPORTAMIENTO



¿Recibe apoyo? Si No



¿Necesita apoyo? Si No Si necesita apoyo, por favor descríbalo:

ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Recibe apoyo? Si No



¿Necesita apoyo? Si No Si necesita apoyo, por favor descríbalo:



SALUD MENTAL

¿Recibe apoyo?

¿Necesita apoyo?

Si No

Si No



SEGURIDAD

¿Recibe apoyo? Si No



¿Necesita apoyo? Si No



Si necesita apoyo, por favor descríbalo:

SALUD FISICA

¿Recibe apoyo? Si No



¿Necesita apoyo? Si No Si necesita apoyo, por favor descríbalo:



Si necesita apoyo, por favor descríbalo:

OTRO

¿Recibe apoyo? Si No



¿Necesita apoyo? Si No Si necesita apoyo, por favor descríbalo:



#### Lesión Cerebral



¿El solicitante ha tenido una lesión cerebral? Si No



¿Pasó antes o después del parto? Describa la causa de la lesión cerebral:



Antes Después Fecha en que ocurrió

#### Equipo médico/especializado

¿El solicitante usa un equipo especializado (por ej. silla de ruedas, andador, tubo-gastrico, ventilador,etc)? Si es SI, por favor describa el equipo que usa.

Si No

#### Hospitalizaciones recientes del Solicitante

Enliste todas las hospitalizaciones durante el año pasado, incluyendo cuidado psiquiátrico y tratamiento como paciente hospitalizado.

Nombre del centro Razón de admisión

Nombre del centro Razón de la Admisión

Fecha de admisión Fecha de alta Fecha de admisión Fecha de alta

#### Centro de Cuidados o Centro de Cuidados Intermedios (ICF)

¿El solicitante es o ha sido residente de un centro de cuidados? Si No

Nombre del Centro Fecha de admisión Fecha de alta

¿El solicitante es o ha sido alguna vez un residente en un ICF? Si No

Nombre del Centro Fecha de admisión Fecha de alta

#### Otras Agencias involucradas

Si el solicitante está involucrado/a con cualquier otra agencia local, estatal o federal, llene la siguiente información:

Nombre de la Agencia Nombre de la Agencia

Persona de contacto Persona de contacto

Teléfono Teléfono

Correo electrónico Correo electrónico

#### Relaciones profesionales del Solicitante

Enliste los profesionales importantes (Por ej: doctores, representantes escolares, terapeutas, proveedores de servicios, etc):

Tipo de profesional Tipo de profesional

Nombre Nombre

Teléfono Teléfono

Correo electrónico Correo electrónico

#### Ordenes de la Corte

Si actualmente el solicitante está siendo afectado por alguna orden de la corte, indique la orden y provea una copia.

Tipo de orden: Fecha en que se firmó:

#### Beneficios del solicitante

Si el solicitante recibe beneficios financieros, por favor llene la siguiente información:

Tipo de beneficio Tipo de beneficio

Monto Monto

Frecuencia en que lo recibe Frecuencia en que lo recibe

#### Seguro médico del solicitante

Marque todos los que correspondan:

( ) Medicaid Número de identificación ( ) Medicare Número de identificación ( ) Seguro privado



### PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ADMISION

##### *Daño Cerebral Adquirido (ABI)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pregunta: ¿Cómo determina DSPD si mi caso califica para servicios?**  Respuesta: DSPD usa la documentación que usted nos manda para decidir si usted califica para servicios. Para calificar, usted debe poseer una discapacidad que DSPD cubre. Su especialista de admisiones buscará en esos documentos por la discapacidad que califique. La lista de documentos que está incluída en el paquete de admisiones, enlista los documentos que necesitamos revisar. DSPD puede solicitar mas o diferentes documentos.  **Pregunta: ¿Cuánto tiempo tengo para mandar la documentación a DSPD?**  Respuesta: Usted tiene 90 días para completar el paquete de admisión y mandar los documentos necesarios para calificar. Los 90 días se cuentan desde que la asistente de admisiones le manda el paquete o usted empezó el proceso a través de MySTEPS. Si tiene problemas para recolectar la documentación necesaria, la asistente puede ayudarle.  **Pregunta: ¿Qué pasa si no mando todos los documentos dentro de los 90 días?**  Respuesta: DSPD cambiará su caso a “inactivo” si no tenemos todos los documentos necesarios. Su especialista de admisiones le mandará una carta informándole que ya han pasado 90 días. Contáctela para cambiar su caso a “activo”. | **Pregunta: ¿Qué documentos se necesitan?**  Respuesta: Aquí está la lista y descripción de los documentos que DSPD necesita para la elegibilidad. La lista de admisión enlista los documentos que necesitamos revisar. Esta lista está incluída en el paquete de admisión.   * **Historia Social**   La historia social está incluída en el paquete de admisión y está disponible en MySTEPS. DSPD puede revisar otros documentos antes de que usted termine la historia social, la cual es necesaria para decidir si usted califica.   * **Copias de la tarjeta del Seguro Social y la Partida de Nacimiento**   DSPD puede revisar otros documentos antes de tener la tarjeta del seguro social y la partida de nacimiento. DSPD necesita ambos documentos para decidir si usted califica. Podemos ayudarle a solicitar una nueva tarjeta o certificado de nacimiento si no los puede encontrar.   * **Evaluación psicológica o Evaluación del desarrollo**   DSPD necesita el diagnóstico y registro de pruebas hechas por un psicólogo licenciado. El diagnóstico y la fecha de las pruebas deben ser dentro de los últimos 5 años.  Aceptamos evaluaciones psicológicas para todas las personas mayores de 7 años.  Aceptamos evaluaciones del desarrollo para niños menores de 7 años. |

Las evaluaciones de la escuela pueden satisfacer este requisito. Estas evaluaciones deberán haberse hecho por un psicólogo. DSPD necesita el diagnóstico y las pruebas que se usaron.

No podemos usar las metas del Plan de Educación Individualizado (IEP) para decidir si usted es elegible.

* + **Registros médicos**

DSPD solo necesita reportes e información relacionadas con la discapacidad. No necesitamos todos los reportes que su doctor tiene en su expediente/archivo.

Algunas veces DSPD necesita información específica sobre su discapacidad. Le enviaremos el formulario 18 para documentar su diagnóstico y deberá ser completada por su médico. Un médico es un psicólogo licenciado, un doctor en medicina (MD), o un doctor en medicina osteopática (DO).

Podemos usar una carta de su médico si esta contiene la información que necesitamos. Necesitamos saber el nombre del paciente, un diagnóstico, el código reciente del diagnóstico del ICD, y una descripción de las limitaciones funcionales. Su médico sabe cuál es el código del diagnóstico de ICD. La carta deberá ser firmada y fechada.

* + **Descargo de información**

El descargo de información permite a su especialista de admisiones a solicitar su información protegida a las escuelas y médicos. Mándenos este formulario si usted desee que le ayudemos a recolectar sus documentos. Este formulario está incluido en el paquete de admisiones. No podremos solicitar a la escuela, médico o proveedor de servicios su información protegida sin este formulario firmado. Contacte a su especialista de admisiones si necesita otra copia del formulario.

en el formulario para empezar el proceso de

* **Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ)**

El NAQ (por sus siglas en Inglés), es una evaluación de DSPD la cual es hecha por su especialista de admisiones. DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el NAQ. Su especialista le contactará sobre el NAQ.

DSPD usa el resultado del NAQ para dos propósitos. Primero, para identificar sus limitaciones funcionales. Segundo, para calcular su puntaje de necesidades críticas.

**Pregunta: La persona que está solicitando servicios con DSPD, ¿necesita inscribirse para votar para ser elegible?**

Respuesta: No. DSPD no usa el registro de votantes para decidir la elegibilidad.

**Pregunta: ¿Que pasa después de haber mandado toda la documentación necesaria?**

Respuesta: Primero, su especialista de admisiones revisará todos sus documentos. Después le contactarán para hacer la evaluación de DSPD. El Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ) es parte del proceso de admisión y elegibilidad.

**Pregunta: ¿Cómo sabré cuando se ha hecho una decisión?**

Respuesta: DSPD le mandará una Notificación de Acción de la Agencia (NOAA). Esta carta le hará saber si califica o no para servicios de DSPD.

**Pregunta: ¿Qué pasa si no califico?**

Respuesta: Le mandaremos Notificación de Acción de la Agencia (NOAA) la cual le hará saber que usted no califica para servicios**.** Si usted desea, puede apelar la decisión de DSPD. Una apelación le dice a DSPD que usted no está de acuerdo con la decisión. Junto con la NOAA está un formulario para Requerir una Audiencia. Siga las instrucciones

apelación. El formulario deberá mandarse a DSPD dentro de los 30 días contados desde la fecha en la estampilla en el sobre. Contacte a su especialista de admisiones si tiene alguna pregunta sobre el formulario Requisito para una Audiencia o sobre el proceso de apelación.

**Pregunta: ¿Qué pasa si califico/soy elegible?**

Respuesta: Le mandaremos una Notificación de Acción de la Agencia (NOAA) la cual le hará saber que califica para servicios**.** Esta carta también incluye el formulario para Requerir una Audiencia. El formulario empieza el proceso de apelación de la decisión de DSPD. Una apelación le dice a DSPD que usted no está de acuerdo con la decisión. Si el solicitante califica para servicios, no necesita mandar este formulario.

**Pregunta: ¿Cuánto tiempo estaré en la lista de espera?**

Respuesta: El tiempo de espera varía y se basa en las necesidades evaluadas de cada persona y disponibilidad de fondos. La lista de espera clasifica a las personas por el puntaje de las necesidades críticas. Las necesidades críticas provienen del NAQ y del cuestionario anual de la lista de espera. Financiamiento es ofrecido a las personas con necesidades mas críticas, no está basado en el que viene primero se le sirve primero. Contacte a su especialista de admisiones o visite la página del internet de DSPD para más información sobre la lista de espera.

**Pregunta: ¿Cómo contacta DSPD a las personas que están en la lista de espera?**

Respuesta: DSPD le llamará cada año. Cuando le llamemos le haremos las preguntas del cuestionario y actualizaremos el NAQ. Usaremos el cuestionario para confirmar que aún está interesado en recibir nuestros servicios. Si DSPD no puede completar este cuestionario, lo removeremos de la lista de espera. Contacte a la Línea de Admisión al 1-877-568-0084 si usted no está en la lista de espera.

Usted puede contactar a la especialista de admisiones en cualquier momento para actualizar el cuestionario de las necesidades o para chequear su caso.

**Pregunta: ¿Qué pasa cuando salgo de la lista de espera?**

Respuesta: DSPD le informará que hay financiamiento para su caso. Su especialista de la lista de espera revisará toda la documentación de elegibilidad. Puede ser que necesite actualizar su documentación. Esta actualización puede parecer mucho al proceso de admisión. Su especialista le informará si DSPD necesita nuevos documentos. Dígale a su especialista si necesita ayuda para conseguir nuevos documentos.

Después de actualizar sus documentos, DSPD lo transferirá con un Coordinador de Apoyos del Estado, quien le asistirá a escoger servicios y hará un seguimiento de su presupuesto. Ella también le ayudará a organizar un plan de servicios.

#### Mas Información

INFORMACION DEL MEDICAID

* Visite [medicaid.utah.gov](http://medicaid.utah.gov/)

INFORMACION DE FACILIDADES DE CUIDADO INTERMEDIO (ICF)

* Visite <https://medicaid.utah.gov/ltc/cs/>

INFORMACION DE DSPD

* Visite dspd.utah.gov
* Contacte a una especialista de admisiones

CONSEJO DE DAÑO CEREBRAL DE UTAH

[http://utahbraininjurycouncil.net](http://utahbraininjurycouncil.net/)

**Servicios del Programa**

* Apoyo de Conducta
* Servicios de quehaceres domésticos
* Servicios Cognitivos
* Apoyo para vivir en la Comunidad

# Programa de Renuncia para Personas con Lesiones de Cerebro Adquiridas

## Propósito y Elegibilidad

* Servicios de compañia
* Asistencia y Apoyo
* Adaptaciones del Entorno
* Transporte no- medico
* Sistema de Contestación de Emergencia personal
* Apoyo de habilitación residential
* Respiro
* Equipo Médico Especializado

**Propósito**

Este programa de renuncia está diseñado

para proporcionar servicios a nivel estatal para ayudar a que las personas con una lesión del cerebro adquirida permanezcan en sus casas o en otro entorno de la comunidad. Los individuos pueden vivir vidas más independientes con el apoyo de servicios que se les provee con este programa.

**Requisitos de Eligibilidad**

* Ser mayor de 18 años
* Tener un daño cerebral documentado
* Requerir un nivel de cuidados especiales
* Cumplir con el requerimiento de elegibilidad financieros de Medicaid
* La condición primaria no puede ser atribuida a una enfermedad mental.
  + Servicios del habla

 Equipos Médicos

Limitaciones e Información de Contacto

* + Programa del Día estructurado
  + Coordinación de Apoyo
  + Empleo de apoyo

**Limitaciones**

* + Servicio limitado a un número de individuos.
  + Hay una lista de espera para participar en este programa
  + Las personas solo podrán usar los servicios que se consideren necesarios basado en su evaluación.

**Información de Contacto** Division of Services for People with Disabilities

195 North 1950 West

SLC, UT 84116

(801) 538-4200

[dspd@utah.gov](mailto:dspd@utah.gov)



Medicaid 1915(c) Home & Community Based Services Waivers

**Utah tiene Seis programas de Renuncia a la Vejez de Medicaid 1915(c) HCBS**

* Programa de Renuncia para los Individuos mayores de 65 años
* Programa de Renuncia para personas con Lesión de Cerebro adquirida
* Programa de Renuncia de Soporte de la comunidad para los Individuos con Discapacidades Intelectuales u Otras Condiciones

Información General

#### ¿Qué es el programa de Medicaid?

* En 1981, el congreso aprobó la ley que permite a los estados más flexibilidad en proveer servicios a los individuos que viven en comunidades de la tercera edad.
* Esta legislación, Sección 1915(c) del Acta del seguro social, autorizó “la renuncia” de ciertos requisitos reglamentarios de Medicaid.
* La Renuncia de estos requisitos reglamentarios permitieron el desarrollo de programas conjuntos federales y estatales y consolidó los programas llamados Medicaid 1915(c) Servicios de Renuncias basadas en el Hogar o Comunidades de la Tercera Edad.

¿Cómo trabaja este programa de la sección 1915(c)HCBS?

Relacionadas

* Programa de Renuncia de Discapacidades Físicas
* Programa de Renuncia de nuevas opciones
* Programa de Renuncia para los Niños Tecnológicamente Dependientes (solamente manejado por el Buró de
* El Departamento de Salud de Utah, División de Medicaid y Financiamiento de Salud (DMHF - Medicaid) tiene un contrato con los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS – la agencia federal que regula el medicaid) que permite al estado tener el programa de renuncia Medicaid 1915(c) de HCBS.
* El contrato se llama el Plan de Aplicación Estatal y hay un plan separado para cada programa de

renuncia.

* El Plan de Implementación Estatal define exactamente cómo cada programa de renuncia se operará.
* Todos los Planes de Implementación estatal incluyen convicciones que promueven la salud y bienestar de los destinatarios del programa y aseguran responsabilidad financiera.

Manejo de Cuidado de UDOH)

#### ¿Cuales son las características de este programa?

* + Los Estados pueden desarrollar programas que proporcionan servicios basados en el hogar o en una comunidad de la tercera edad a un grupo limitado de individuos (ejemplo: las personas con lesiones del cerebro, personas con discapacidades físicas o personas mayores de 65 años de edad.
  + Los individuos sólo pueden participar en el programa si ellos requieren cuidado en instalaciones de cuidado médico especializado (SNF) o una facilidad de cuidado de intermedio para las personas con una discapacidad intelectual(ICF/MR).
  + Se les obliga a los Estados que mantengan una neutralidad del costo, lo que significa el costo de proporcionar servicios a las personas en casa o en la comunidad tiene que ser el mismo o menos de si ellos vivieran en un centro de Enfermería Especializada.
* Los servicios proporcionados no pueden reproducir servicios proporcionados por Medicaid bajo el Plan de Medicaid Estatal
* Los Estados deben proveer la certeza al Centro de Medicare & Servicios de Medicaid (CMS) que varios pasos se están tomando en cuenta para proteger la salud y el bienestar de los destinatarios de un programa de renuncia a la vejez.

Medicaid 1915(c) Home & Community Based Services Waivers

La Red de Familia a Familia es una red de apoyo para padres a nivel estatal diseñado para educar, reforzar y apoyar a familias que están en la lista de espera de DSPD o en servicios con DSPD. Los líderes también son padres de personas con discapacidades y vinculan a las familias con los recursos locales, servicios y eventos locales para personas con discapacidades.



**¡Póngase en Contacto!**

"Está es la primera vez que hemos disfrutado un evento como este. Usualmente tenemos que lidiar con problemas sensoriales. El evento de hoy fue perfecto, ningún problema sensorial y todos lo disfrutamos”.

- Amy W, Condado de Utah

**¡Forme Parte de este Programa!**

Puede ponerse en contacto con otras familias en persona, redes sociales, por medio de “list services” y en actividades locales. Siempre estamos buscando nuevo líderes y voluntarios.

Por favor llámenos si quiere formar parte de esta red.

**¡CONTÁCTENOS!**

Para más información llame al: 801-272-1051

Número gratuito de Utah: 1-800-468-1160

Email: [FtoFN@utahparrentcenter.org](mailto:FtoFN@utahparrentcenter.org)

Por Internet: [www.utahfamilytofamilynetwork.org](http://www.utahfamilytofamilynetwork.org/) [www.facebook.com/utahfamilytofamilynetwork](http://www.facebook.com/utahfamilytofamilynetwork)



Utah Parent Center

**Special needs, extraordinary potential**

**f**

La Red de Familia a Familia es un programa de voluntarios por parte del Centro de Padres de Utah, fundado por la División De Servicios para Personas con Discapacidades (DSPD) y patrocinadores de la comunidad.

**Q**

[**www.utahfamilytofamilynetwor.korg**](http://www.utahfamilytofamilynetwor.korg/)

[**www.facebook.com/utahfamilytofamilynetwork**](http://www.facebook.com/utahfamilytofamilynetwork)

1