

LISTA DE DOCUMENTOS

## Discapacidades Intelectuales & Condiciones Relacionadas

**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.

# 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

1. Una especialista de Admisiones le contactará p ara fijar una cita para completar el Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ por sus siglas en Inglés).

Evaluación Psicológica

(Para todos los que tengan más de 7 años y que haya sido completada en los últimos 5 años. Debe incluir diagnósticos y pruebas hechas)

Evaluación del Desarrollo

(Para niños menores de 7 años y que haya sido completada en los últimos 5 años)

### PUEDE NECESITARSE PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD

Copia de la tarjeta de Medicaid

(Si no es pertinente, indíquelo en la historia social)

Liberación de Información

Registros Médicos

(Solo relevantes al diagnóstico)

Formulario 18 Requisito del Código de ICD (deberá ser completada por un doctor)

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

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

Correo Electrónico: DSPDIntake@utah.gov. Por 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, 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 de 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 o en 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 estoy solicitando 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 Nombre del Representante Personal Autorizado:

Fecha:

( ) Representante legal autorizado de la persona

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



 HISTORIA SOCIAL PARA ADMISION

Formulario 824-I

Fecha de la Versión: Marzo 2021

# Información personal del Solicitante:

Fecha:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Completada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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.**

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

Raza y 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 Género:

Mujer

Prefiero no decir

Hombre

Prefiero describirme

No-binario

Transgenero

Cisgenero

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


### ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Recibe apoyo?

Si No

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

¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón de admisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

## Discapacidades Intelectuales y Condiciones Relacionadas (ID/RC)

|  |  |
| --- | --- |
| **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”.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 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. | **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. * **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 instruccionesUsted 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
 |

Servicios del Programa:

* Consulta del comporta- miento
* Servicios de quehaceres
* Servicios de acompaña- miento
* Apoyos durante el día
* Sistema de Respuesta para Emergencias
* Adaptaciones del entorno
* Soportes de extensión de vida
* Entrenamiento y preparación familiar/individual
* Servicios de manejo financiero
* Servicios de ama de casa
* Actualización de los costos de vida
* Terapia de masajes
* Monitoreo de la medicina
* Transporte (no medico)
* Asistente personal
* Asistencia con el presupuesto personal
* Habilitación residencial
* Cuidado de respiro
* Animales de servicio
* Equipo medico especializado
* Apoyo en el empleo
* Vida apoyada
* Coordinación de apoyo del programa

Programa de renuncia de apoyo en la Comunidad

#### ¿Qué es Community Support Waiver o Renuncia de Apoyo en la Co- munidad?

* + - Este es un programa para individuos con discapacidades intelectuales u otras condiciones relacionadas.
		- Esta diseñado para proveer servicios a través del estado el cual ayuda a personas con discapacidades intelectuales o condiciones relacionadas a la discapacidad intelectual a permanecer en sus propios hogares u otros entornos comunitarios.
		- Individuos son capaces de vivir lo mas independiente posible con servicios de apoyo provistos a través de este programa.

#### ¿Quién califica para servicios a través de este programa?

Para calificar, un individuo debe:

* + - Demostrar discapacidad funcional en 3 o mas áreas importantes de actividades diarias,
		- Su discapacidad debe haber ocurrido antes de los 18 años para discapacidades intelectuales, o antes de los 22 años para otras condiciones relacionadas,
		- No tener una condición primaria atribuida a una enfermedad mental,
		- Satisfacer el criterio del nivel de cuidado para admisión en un centro de cui- dado intermediario para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID),
		- Satisfacer los requisitos de elegibilidad financiera para Medicaid, y
		- Poder vivir seguro en la comunidad una vez que los apoyos del programa de renuncia y los servicios empiecen.

#### ¿Qué más debo saber de este programa?

* + - Solo ayudamos a un número limitado de individuos.
		- Hay una lista de espera para este programa.
		- Individuos solo pueden usar los servicios que se les asigno como una necesidad.

##### Para mayor información, contacte:

División de Servicios para Personas con Discapacidades 195 North 1950 West

SLC, UT 84116

(801) 538-4200

dspd@utah.gov

Proveedores de ICF/ID:

Hidden Hollow Care Center Orem—(801) 225-2145

Hillcrest Care Center Sandy—(801-) 566-4191

Lindon Care & Trng Center Lindon—(801) 785-2179

Medallion Manor

Provo—(801) 375-2710

Medallion Supported Living Lehi (801) 768-0471

Medallion Supported Living Payson—(801 465-8414

Medallion Supported Living Springville—(801– 491-2208

Mesa Vista Orem—(801) 225-9292

North Side Center

Bountiful—(801) 292-6797

Provo Care Center

Provo—(801) 373-8771

Topham’s Tiny Tots Orem—(801) 225-0323

West Jordan Care Center West Jordan—

(801) 282-0686

West Side Center West Valley (801) 968-8122

Wide Horizons Residential Care

Ogden—(801-) 399-5876

ICF/ID

#### ¿Qué es una Facilidad de Cuidado Intermediario para personas con discapacidades intelectuales o ICF/ID?

Un ICF/ID:

* Está específicamente orientado a asistir a personas con discapacidades intelectuales;
* Provee cuidado las 24 horas y se les requiere mantener un ambiente como en un hogar. Cada individuo es evaluado y los programas son diseñados para asistir a cada individuo en áreas específicas de sus necesidades y complacer sus intereses;
* Provee una variedad de servicios para asistir a que cada individuo alcance todo su potencial. Con los apoyos ofrecidos, individuos son provistos con una vasta oportunidad de sobresalir. Estos apoyos incluyen asistencia en lo siguiente: habilidades en la vida en general, apoyo con el comportamiento, recreación e interacción social a tevés de involucramiento activo en la comunidad;
* Tienen apoyo medico, psicológico y nutricional (dietista) disponible; y
* Apoyos individuales si es que están dentro de la edad escolar para que permanezcan en el sistema educacional y apoyos para individuos mayores para explo rar y participar en oportunidades vocacionales a través de empleo con apoyo y talleres vocacionales.

#### ¿Quiénes califican?

Para calificar, individuos deben:

* Satisfacer el nivel de criterio para el cuidado el cual es verificado por enfermeras dedicadas del Departamento de Salud de Utah,
* Tener un diagnóstico de discapacidad intelectual u otra condición relacionada y requerir por lo menos intervenciones semanales por un profesional de la salud, y
* Satisfacer los requisitos de calificación financiera para Medicaid si el pago de los servicios van a ser fundados por Medicaid.

#### ¿Algo más que debería saber?

* No hay lista de espera.
* Habilidades son enseñadas para que puedan alcanzar la mayor independencia.
* Un individuo puede escoger a permanecer en este ambiente hasta que ellos deseen.
* Servimos a todos los grupos.
* Incentivamos mucho a que la familia se involucre.

Para mas información, contacte o visite una de los proveedores que están a la izquierda o contacte:

The Utah Health Care Association 2180 South 1300 East, Oficina # 445 Salt Lake City, UT 84106

(801) 486-6100

info@uthca.org

**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 Disbilidades Intelectuales o Otras Condiciones

Información General

# ¿Que es el programa de Renuncia a la Vejez 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 el “la renuncia” de ciertos requisitos estatutarios de Medicaid.
* La Renuncia de estos requisitos estatutarios obligatorios 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.

# ¿Como trabaja este programa de la sección 1915(c)?

Relacionadas

* Programa de Renuncia de Disabilidades 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 para 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 o las personas con disabilidades físicas)
	+ Los individuos sólo pueden participar en el programa si ellos requieren el nivel de cuidado proporcionado en un asilo de ancianos hospitalario (NF) o una facilidad de cuidado de intermedio para las personas con retraso mental (ICF/MR).
	+ Se exigen a Estados que mantengan 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 asilo de ancianos.
* Los servicios proporcionados no pueden reproducir servicios proporcionados por Medicaid bajo el Plan de Medicaid Estatal
* Los Estados deben proveer aseguramiento al Centro de Medicare & Servicios de Medicaid (CMS) que sea necesario para proteger la salud y bienestar de los destinatarios de un programa de renuncia a la vejez

Medicaid 1915(c) Home & Community Based Services Waiv

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

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