

# LISTA DE DOCUMENTOS

##### *Discapacidades Físicas*

**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) y laEvaluación Minimum Data Set – Home and Community |

Documentos de Elegibilidad

**OBLIGATORIO PARA TODOS**

|  |  |
| --- | --- |
| * Formulario 1-1 Requisito para determinar la Elegibilidad para Servicios
* Copia de la tarjeta del Seguro Social
* Copia de la Partida de Nacimiento
 | * Registros médicos

(solo documentación relevante al diagnóstico)* Formulario 3-1 Aplicación para Discapacidades Físicas (Parte A completada por el solicitante. Parte B completada por un doctor en medicina o un doctor de medicina osteopática)
 |

**PUEDE SER USADO PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| * Copia de la tarjeta del Medicaid

(si no es pertinente, indíquelo en la historia social)* Formulario 1-2 Autorización para Proporcionar Información y Descargo de Responsabilidad
 |  Formulario 18 Requisito del Código ICD (para ser completado por un doctor en medicina o un doctor en medicina ostepatica) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo electrónico:**cfiedel@utah.gov | **Correo:** Division of Services for People with Disabilities Christina Fiedel, RN150 East Center StProvo, UT 84606 | **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



APLICACION PARA SERVICIOS POR DISCAPACIDADES FÍSICAS

##### *Parte A – Para ser completada por el solicitante*

Formulario 3-1

Fecha de Versión: Mayo 2021

### Introducción

Los servicios por Discapacidad Física solo son proporcionados a través del modelo de Servicios Auto- Administrados (SAS). El modelo SAS apoya a la persona con discapacidades a auto-dirigir los servicios de asistencia personal que reciben a través del programa de discapacidades físicas. Es importante tener en cuenta que:

1. Usted es el empleador, y asume la responsabilidad de contratar y manejar a sus propios asistentes personales, el cual incluye seleccionar empleados, fijar un horario, despido, evaluaciones de rendimiento, organizar cobertura de respaldo, y entregar las hojas de tiempo. Hable con su Enfermera Coordinadora sobre como usar el Servicio de Preparación del Consumidor para aprender más acera de sus responsabilidades como empleador.
2. Usted entrenará a sus asistentes personales en como y cuando necesite ayuda, cambio de niveles en necesidades personales, procedimiento para quejas, cobertura de emergencia, explotación y abuso.

Esta solicitud está diseñada para indicar cualquier tema de preocupación o barreras que pueda impedirle operar el programa de manera segura y eficiente.

#### Información del Solicitante

Nombre: \_ Fecha de nacimiento: \_ \_ Mayor de 18 años: SI NO Dirección completa: \_ \_ \_ \_ \_ \_

No. Seguro Social: \_ \_ Teléfono: Correo electrónico

Para calificar por servicios de discapacidad física usted debe de tener una discapacidad física que ha resultado en la perdida funcional de dos o más extremidades. Por favor describa la naturaleza de su discapacidad:

¿Su discapacidad es permanente? ( ) Si ( ) No Fecha de la ocurrencia:

Si su discapacidad temporal, ¿cuánto tiempo se espera que dure?:

Página 1 de 2



¿Tiene una tarjeta de Medicaid? ( ) Si ( ) No ( ) Pendiente

¿Cuál es su ingreso bruto mensual? $

¿Usa servicios de asistencia en su hogar? ( ) Si ( ) No

Si es si, ¿cuántas horas? por día o por semana

Actualmente, ¿tiene usted un asistente personal que no trabaja para una agencia? ( ) Si ( ) No Si es si, ¿cuántas horas? por día o por semana

¿Cuál es el nombre de su asistente personal (si indicó que tiene uno)?

Seleccione todas las actividades de la vida diaria en la cual usted requiere asistencia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Vestirse
* Comer
* Transferir al/del baño/ducha ó auto
 | * Ventilador, cuidado de catéter/sonda, succión
* Cuidado durante la noche
* Aseo
 | * Lavandería
* Cocinar
* Compra de comestibles
 |

Por favor describa como espera que este programa le ayudará:

#### Firma

Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, estoy de acuerdo a cumplir con todos los requisitos del programa.

Firma del Solicitante: Fecha:

**ENVIE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR CORREO, CORREO ELECTRONICO O FAX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo Electrónico:**cfiedel@utah.gov | **Correo:** Division of Services for People with Disabilities Christina Fiedel, RN150 East Center StreetProvo, UT 84606 | **Fax:** 801 – 538 – 4279 |

Formulario 3-1 Parte A I Página 2 de 2



APPLICATION FOR PHYSICAL DISABILITIES SERVICES

*Part B – Completed by the Physician/Para ser completada por el médico*

Form 3-1

Version: June 2021

### Introduction

Your patient is applying for physical disabilities services available through the Division of Services for People with Disabilities (DSPD). Physical disabilities services means hands-on care, of both a medical (to the extent permitted by State law) and non-medical services of a supportive nature, specific to the needs of an adult with a physical disability (assistance with activities of daily living and personal care). The information you provide will assist the DSPD Nurse Coordinator with making a determination about your patient’s eligibility for services.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Physician InformationName: |  | Phone Number: |  |  |
| Address (Include Zip Code): |  |  |  |
| Patient InformationPatient Name: |  |  |  |  |  |
| ICD 10 Code: Definition: |  |  |  |  |  |
| Patient is medically stable. | Yes |  No |
| Patient has a functional loss of two or more limbs. | Yes |  No |
| Patient’s functional loss of two or more limbs is permanent. | Yes |  No |
| Patient’s functional loss of two or more limbs is expected to last at least 12 months. | Yes |  No |

Page 1 of 2

### Self-Administered Assessment

Self-Administered Services (SAS) is a service delivery model that supports an individual with a disability in self-directing the personal assistance services they receive through the physical disabilities program. Physical disabilities services may only be delivered through self-administered services.

This means that in order to be eligible for Physical Disabilities Services, your patient must be able to:

1. hire, train and supervise their own personal attendant(s);
2. determine how and when services are provided; and
3. instruct the personal attendant as to how and when assistance is needed.

If you have concerns about your patient’s ability to complete these tasks, please state them in the “Comments” section below. This assessment is intended to identify any issues of concern or deficits that may interfere with the patient’s ability to self-direct the physical disabilities services needed. Feel free to engage your patient in an open dialogue while filling out the form.

I certify that the patient, based on the assessment above:  Is able to self-administer their program.

 Is not able to self-administer their program.

**COMMENTS**

Include any additional information or concerns.

### Signature

I certify that the information provided in this application is true and accurate to the best of my knowledge. Physician Signature: Date:

**SEND COMPLETED FORM BY EMAIL, MAIL, OR FAX.**

**Email:** cfiedel@utah.gov **Mail:** Division of Services for People with Disabilities Christina Fiedel, RN

150 East Center Street Provo, UT 84606

**Fax:** 801-538-4279

Form 3-1 Part B | Page 2 of 2



## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ADMISION

##### *Discapacidades Físicas (PD por sus siglas en Inglés)*

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 incluida en el paquete de admisiones, enlista los documentos que necesitamos revisar. DSPD puede solicitar más 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 su enfermera coordinadora le manda el paquete o usted empezó el proceso a través de MySTEPS. Si tiene problemas para recolectar la documentación necesaria, la enfermera coordinadora 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 enfermera coordinadora 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 incluida 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.

* 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.

* Formulario 3-1 Solicitud para Discapacidades Físicas
	+ Parte A para ser completada por usted
	+ Parte B para ser completada por su médico. Su médico es un doctor en medicina (MD), o un doctor de medicina osteopática (DO).
* Descargo de información

El descargo de información permite a su enfermera coordinadora 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.

Intake FAQ PD I Página 1 de 3

No podremos solicitar a la escuela, médico o proveedor de servicios su información protegida sin este formulario firmado. Contacte a su enfermera coordinadora si necesita otra copia del formulario.

Por favor enliste el nombre y teléfono de cada lugar al que su enfermera coordinadora puede solicitar información.

* Cuestionario de Evaluación de las Necesidades (NAQ)

El NAQ (por sus siglas en Inglés), es una evaluación de DSPD la cual es hecha con su enfermera coordinadora. DSPD necesita revisar todos sus documentos antes de completar el NAQ. Su enfermera coordinadora 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 enfermera coordinadora revisará todos sus documentos. Después, ellos 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/soy elegible?

Respuesta: Le mandaremos una 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 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 enfermera coordinadora 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. Sus necesidades críticas provienen del NAQ y del cuestionario anual de la lista de espera. Financiamiento es ofrecido a las personas con necesidades más críticas, no está basado en el que viene primero se le sirve primero. Contacte a su enfermera coordinadora 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.

Intake FAQ PD I Página 2 de 3

Llame a la línea de admisiones al 1-877-568- 0084 si su caso está inactivo.

Usted puede contactar a su enfermera coordinadora 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 enfermera coordinadora revisará toda la documentación de elegibilidad. Puede ser que necesite actualizar su documentación. Esta actualización puede parecer mucho al proceso de admisión. Su enfermera coordinadora le informará si DSPD necesita nuevos documentos. Dígale a su enfermera coordinadora 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 SOBRE MEDICAID**

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

**INFORMACION DE CENTROS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA (SNF)**

* Visite <https://medicaid.utah.gov/>medicaid- long-term-care-and-waiver-programs

**INFORMACION DE DSPD**

* Visite dspd.utah.gov
* Contacte a su enfermera coordinadora.

Intake FAQ PD I Página 3 de 3

**Servic ios**

* Servicios de Preparación del Consumidor
* Servicios de

Programa de Discapacidades Físicas

# Propósito y Elegibilidad

Manejo Financieros

* Conexión con Coordinación de Apoyos del area local
* Servicios de asistencia personal
* Sistema de respuesta de emergencia personal Personal (PERS)

**Propósito**

Este programa está diseñado para proveer servicios en todo el estado para ayudar a personas con discapacidades físicas a permanecer en sus hogares o en la comunidad. Individuos pueden vivir lo mas independientemente que dessen con servicios de apoyo provistos a través de éste programa program. Está diseñado para ser consistente con un sistema de servicio de entrega el cual promueve y apoya la auto- determinación del participante.

**Requisitos de Admisión**

* Tener 18 años de edad omas .
* Tener un médico que certifique la discapacidad física del individuo.
* Tener un impedimento físico que resulte en la

perdida funcional de dos o mas extremidades y requiera asistencia personal por lo menos 14 horas a la semana .

* Ser capáz de seleccionar, entrenar y supervisar a su(s)

asistente(s) .

* Ser capáz de manejar sus asuntos financieros y legales .
* Requi ere un nivel de cuidado de un centro .
* Satisface los requisitos de elegibilidad financiera de Medicaid.
* Tiene por lo menos un asistente personal entrenado (o está

disouesto a entrenar) y está disponible a proveer servicios autorizados por el programa en una residencia que es segura y está adecuadamente equipada para el cuidado del individuo .

# Limitaciones y Contacto

**Limita ciones**

* + Se sirve a un número limido de individuos.
	+ Hay una lista de espera para este programa .
	+ Los individuos solo pueden usar servicios que se identifican como necesarios.

**Información de Contacto**

Divisi ón de Servicios para Personas con Discapacidades

195 North 1950 West

SLC, UT 84116

(801) 538-4200

dspd@utah.gov

Medicaid 1915(c) Home & Community Based Services Waivers Informational Fact Sheet

Utah Department of Health (UDOH) - Bureau of Authorization & Community Based Services (BACBS)

Updated February 2012

**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

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