

# Evaluación de necesidades prioritarias de exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (por sus siglas en inglés, HCBS)

Las personas que solicitan servicios de exención de HCBS con grandes necesidades en riesgo de institucionalización deben completar este formulario de Evaluación de necesidades prioritarias de exención (por sus siglas en inglés, WPNA). Si la persona que solicita los servicios de HCBS no es capaz de completar la WPNA, otra persona puede hacerlo en su nombre. La WPNA contiene preguntas sobre antecedentes médicos y sociales, como así también sobre potenciales riesgos para su seguridad; estos factores podrían darle prioridad en la lista de espera para la exención.

**En este formulario, el “individuo” es la persona que solicita los servicios de exención de HCBS.** Téngalo en cuenta, especialmente si está completando este formulario para otra persona.

Nombre del individuo que solicita la exención	Fecha de nacimiento
Ident. del estado (si la conoce)	Número de Seguro Social
Persona que completa el formulario (si no es el individuo que solicita la exención)	Relación con el individuo (si no es el individuo que solicita la exención)
Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto

## El individuo ha solicitado la siguiente exención de HCBS:

- ☐ Lesión cerebral
- ☐ Salud mental de los menores
- ☐ Salud y discapacidad
- ☐ Discapacidades intelectuales
- ☐ Discapacidad física

**Mayor riesgo de institucionalización:** marque todas las opciones que correspondan y proporcione detalles bajo cada declaración que marque. Adjunte documentos u hojas adicionales según sea necesario.

1. ¿El individuo tiene 55 años de edad o más?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su edad? \_\_\_\_\_

2. ¿El individuo ha pasado la noche en un hospital en los últimos 3 meses por algún motivo que no sea dar a luz?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuántas oportunidades? Explique los motivos de cada hospitalización del individuo. Adjunte documentos u hojas adicionales según sea necesario.

---

---

---

---

---

3. ¿El individuo visitó el departamento de emergencias (no atención de urgencia) en los últimos 3 meses?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuántas oportunidades? Explique los motivos de cada visita al departamento de emergencias del individuo. Adjunte documentos u hojas adicionales según sea necesario.

---

---

---

---

---

**Criterios de necesidad de emergencia:** marque todas las opciones que correspondan y proporcione detalles bajo cada declaración que marque. Adjunte documentos u hojas adicionales según sea necesario.

1. ☐ El cuidador habitual ha fallecido o ya no puede proporcionar cuidado, y no hay otros cuidadores disponibles para brindar el apoyo necesario.

---

---

---

---

---

2. ☐ El individuo ha perdido o perderá su vivienda en los próximos 30 días y no tiene otras opciones de vivienda disponibles.

---

---

---

---

---

3. ☐ El individuo vive en un refugio para personas sin hogar y no hay opciones de vivienda alternativa disponibles.

---

---

---

---

---

4. ☐ Hay abuso o negligencia fundada por parte de un cuidador u otras personas que viven dentro del hogar del individuo, y el individuo debe mudarse del hogar.

---

---

---

---

---

5. ☐ El individuo no puede satisfacer las necesidades básicas de salud y seguridad sin apoyo inmediato. (No se aplica a menores de 18 años por responsabilidad parental)

---

---

---

---

---

6. ☐ El individuo está en peligro o sufrirá abuso o negligencia si no recibe apoyo o servicios inmediatos.

---

---

---

---

---

7. ☐ El individuo experimenta una crisis y se espera que sea ingresado en una institución sin apoyos en los próximos 30 a 60 días.

---

---

---

---

---

8. ☐ El cuidador está bajo estrés o presión extremos y no podrá velar por la salud y la seguridad del individuo si no se le proporciona apoyo en los próximos 30 a 60 días.

---

---

---

---

---

**Criterios de necesidad de urgencia:** marque todas las opciones que correspondan y **proporcione detalles bajo cada declaración que marque.** Adjunte documentos u hojas adicionales según sea necesario.

1. ☐ El cuidador necesitará apoyo dentro de los 60 días para que el individuo siga viviendo en su hogar.

---

---

---

---

---

2. ☐ El cuidador no podrá continuar proporcionando el cuidado dentro de los próximos 60 días.

---

---

---

---

---

3. ☐ El cuidador tiene 55 años o más y tiene una condición física o psicológica crónica, o a largo plazo, que limita su capacidad de proporcionar cuidado.

---

---

---

---

---

4. ☐ El individuo vive en una vivienda temporal y planea mudarse en un plazo de entre 31 y 120 días.

---

---

---

---

---

5. ☐ El individuo va a perder su vivienda permanente y planea mudarse en un plazo de entre 31 y 120 días.

---

---

---

---

---

6. ☐ El cuidador no puede ser empleado si los servicios no están disponibles.

---

---

---

---

---

7. ☐ Existe un riesgo potencial de abuso o negligencia por parte de un cuidador u otras personas dentro del hogar del individuo.

---

---

---

---

---

8. ☐ El individuo tiene conductas que los ponen en riesgo.

---

---

---

---

---

9. ☐ El individuo tiene conductas que ponen en riesgo a los demás.

---

---

---

---

---

10. ☐ El individuo corre el riesgo de colocación en un centro cuando las necesidades podrían satisfacerse a través de servicios comunitarios.

---

---

---

---

---

Mediante su firma abajo, usted certifica que sus respuestas son verdaderas y correctas a su leal saber y entender. Si surgen preguntas, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener más información.

Firma	Fecha
-------	-------

**Devolver el formulario completado a:**

Iowa Department of Health and Human Services

Iowa Medicaid

Atención: Lista de espera de HCBS

PO Box 36330

Des Moines, Iowa 50315

O por correo electrónico a: [WaiverSlot@hhs.iowa.gov](mailto:WaiverSlot@hhs.iowa.gov)