

**Home- and Community-Based Services
Elderly Waiver Information Packet**
(Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
Exención para adultos mayores Paquete de información)

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Adultos Mayores (HCBS Elderly) provee el financiamiento de servicios y apoyos personalizados para mantener a miembros elegibles en sus propios hogares o comunidades, quienes de otra manera requerirían cuidados en una institución médica. La prestación de estos servicios debe ser económica.

Si necesita asistencia, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366** o si se encuentra en la zona de Des Moines al **515-256-4606**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

*Si usted es sordo, tiene dificultades de audición, es sordomudo, o tiene dificultades del habla y necesita acceso a un teléfono especial, llame al Relay Iowa TTY al **1-800-735-2942**.*

Parámetros generales

- ◆ Los servicios de la exención para adultos mayores se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los servicios siguientes:
 - Cuidado diurno de adultos
 - Servicio de vida asistida
 - Dispositivos de ayuda
 - Administración de caso
 - Rutinarios
 - Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor (CDAC)
 - Sistema de respuesta ante emergencia
 - Modificación en la casa y el vehículo
 - Comidas entregadas a domicilio
 - Asistente de salud a domicilio
 - Servicios domésticos
 - Ayuda con la salud mental
 - Cuidados de enfermería
 - Asesoramiento en nutrición
 - Relevo
 - Adultos mayores acompañantes
 - Transporte
 - Opción de Elección del Consumidor (CCO)
- ◆ Todos los servicios de la exención HCBS deben proveerse en entornos integrados basados en la comunidad.
- ◆ Los servicios, que se consideren necesarios y apropiados para el miembro, serán determinados por un equipo interdisciplinario (IDT) conformado por el miembro, la administradora de caso, la administradora de caso de servicios basados en la comunidad (CBCM) de la Organización de Cuidado Administrado (MCO), los proveedores de servicio, y otras personas que elija el miembro.
- ◆ El equipo interdisciplinario (IDT) se reúne para planificar las intervenciones y apoya las necesidades del miembro para mantener de forma segura la salud física y mental del miembro en el hogar del miembro. El equipo estará formado por el miembro, la administradora de caso, los proveedores de servicios y cualquier otra persona que el miembro elija incluir.
- ◆ Cada miembro tendrá un plan integral personalizado (ICP) desarrollado en colaboración con el IDT. Este plan documenta las metas, los objetivos y las actividades de servicio acordados. También desarrollado en conjunto con el IDT hay un plan de crisis individual que ha sido diseñado para permitir que el miembro y la familia puedan prevenir, autogestionar, remediar o terminar una crisis.
- ◆ Como un prerrequisito de elegibilidad para la exención para adultos mayores, los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- ◆ El plan de servicios integrales debe ser desarrollado y revisado anualmente con el equipo interdisciplinario y firmado por la administradora de caso o la MCO CBCM.
- ◆ El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- ◆ Para recibir los servicios de la exención para adultos mayores (Elderly Waiver), debe haber disponible un proveedor autorizado para proveer esos servicios.
- ◆ Los servicios de exención de Medicaid no pueden ser reembolsados simultáneamente con otra exención o servicio de Medicaid.

- ◆ Los servicios de la exención para adultos mayores no pueden entregarse cuando la persona es un paciente internado en una institución médica.
- ◆ Los miembros deben necesitar y usar una unidad de servicio facturable de la exención para adultos mayores durante cada trimestre calendario.
- ◆ Los costos totales de los servicios de exención para adultos mayores no pueden exceder de los siguientes:

Nivel de cuidado de enfermería	\$1,365.78 por mes
Nivel de cuidado especializado	\$2,792.65 por mes
- ◆ A continuación se muestra el orden jerárquico para acceder a los servicios de exención:
 1. Seguro privado
 2. Medicare
 3. Medicaid
 4. Servicios de exención para adultos mayores
 5. In-Home Health-Related Care (IHHRC) (Cuidados relacionados con la salud a domicilio)
- ◆ Además de los servicios disponibles a través de la exención para adultos mayores, es posible que haya ayuda disponible a través del programa IHHRC o del programa Rent Subsidy (Subsidio de Alquiler) a través de la Autoridad Financiera de Iowa.

Criterios de elegibilidad del miembro

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de la exención HCBS para adultos mayores si cumplen los siguientes criterios:

- ◆ Ser un residente de Iowa y ciudadano estadounidense o una persona nacida en el extranjero con entrada legal a los Estados Unidos.
- ◆ Tener 65 años de edad o más.
- ◆ Haber sido determinado elegible para Medicaid (Título XIX) *como si* el miembro estuviera en una institución médica. Los miembros pueden ser elegibles para Medicaid antes de acceder a los servicios de exención, o bien, pueden ser determinados elegibles a través del proceso de solicitud del programa de exención. Es posible que existan oportunidades adicionales para acceder a Medicaid a través del programa de exención, incluso si previamente se hubiese determinado que el miembro no era elegible.
- ◆ Haber sido determinado por la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise (IME) que necesita un nivel de cuidado de enfermería o especializado.

Descripciones de servicios

Tenga presente lo siguiente:

Los servicios de la exención HCBS para adultos mayores se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a los servicios apropiados, la cantidad de unidades o los montos de dinero de los servicios pertinentes se basan en las necesidades del miembro, según lo determinado por el miembro y el equipo interdisciplinario.

Cuidado diurno de adultos

Qué: Los servicios de cuidado diurno de adultos proveen un programa organizado de cuidados de apoyo en un ambiente grupal a personas que necesitan un grado de supervisión y asistencia sobre una base regular o intermitente en un entorno de cuidado diurno.

Dónde: En un programa de cuidado diurno de adultos en la comunidad, certificado para proveer los servicios de la exención para adultos mayores.

Unidad: Una unidad es por horas o medio día (1 a 4 horas) o día entero (4 a 8 horas) o día extendido (8 a 12 horas).

Servicio de vida asistida

Qué: El servicio de vida asistida provee cuidados personales no anticipados y no programados, y los servicios de apoyo que se brindan a los beneficiarios de exenciones, que residen en un entorno hogareño y no institucional. El servicio de vida asistida incluye la capacidad de respuesta en el lugar de residencia durante las 24 horas para satisfacer las necesidades de los miembros ante eventos impredecibles y proveer seguridad a través de la supervisión incidental. El servicio de vida asistida no es reembolsable si se realiza al mismo tiempo que cualquier servicio incluido en un acuerdo de CDAC.

Dónde: En una instalación de vida asistida.

Unidad: Por día basado en el censo de camas.

Dispositivos de ayuda

Qué: Los dispositivos de ayuda son equipos prácticos para ayudar a los miembros con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, que permiten mayor independencia al miembro. Los dispositivos de ayuda pueden incluir, entre otros:

- ◆ Cepillo de largo alcance
- ◆ Calzador extra largo
- ◆ Agarradores antideslizantes para tomar y alcanzar objetos
- ◆ Aparatos de ayuda para vestirse
- ◆ Bandejas para el enjuague del cabello
- ◆ Bandejas inflables para el lavado del cabello
- ◆ Taza con dos asas
- ◆ Tapa con orificio para beber

Dónde: En la casa del miembro

Unidad: Una unidad es el costo de un artículo.

Unidades máximas: El costo de cualquier dispositivo de ayuda no puede exceder de \$115.62 por unidad.

Servicios de administración de caso

Qué: El objetivo de la administración de caso es mejorar la capacidad del miembro para ejercer sus preferencias, tomar decisiones y tomar riesgos que son típicos en la vida, y participar plenamente en la comunidad.

Las actividades de administración de caso incluyen las siguientes:

- ◆ Diagnóstico y evaluación integrales
- ◆ Asistencia para la obtención de servicios y arreglos residenciales adecuados
- ◆ Coordinación de la entrega de servicios
- ◆ Monitoreo permanente de la idoneidad de los servicios y arreglos residenciales
- ◆ Asistencia en momentos de crisis para facilitar la referencia a proveedores apropiados

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos. Los miembros inscritos en una MCO recibirán MCO CBCM en lugar de administración de caso.

Servicios rutinarios

Qué: Los servicios rutinarios se limitan a los siguientes servicios:

- ◆ Mantenimiento de puertas y ventanas, tales como instalar mosquiteros en puertas y ventanas, reemplazar vidrios de ventanas y lavar ventanas
- ◆ Reparaciones menores en paredes, pisos, escaleras, pasamanos y manijas
- ◆ Limpieza pesada, que incluye limpiar los áticos o basements para eliminar peligros de incendio, mover los muebles pesados, lavar a fondo los paredes, cuidar el piso, pintar y sacar la basura
- ◆ Cortar el césped, quitar la nieve y el hielo de las aceras y las entradas de automóvil

No incluye: Los siguientes no se incluyen en este servicio:

- ◆ Rastrillar las hojas
- ◆ Podar los árboles y arbustos
- ◆ Quemar la basura
- ◆ Remover ramas y árboles

Dónde: Dentro y fuera de la casa, y en la propiedad del miembro

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor (CDAC)

Qué: Asistencia con las tareas de autocuidado que el miembro normalmente haría de forma independiente si estuviera capacitado. Una persona o agencia, dependiendo de las necesidades del miembro, podría proveer el servicio. El miembro, padre, tutor, o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud será responsable de seleccionar a la persona o agencia que proveerá los componentes de los servicios CDAC que se proveerán.

Los servicios CDAC pueden incluir la asistencia de servicios especializados y no especializados. Los servicios especializados deben prestarse bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada o un terapeuta con licencia que trabaje bajo la dirección de un médico. La enfermera o el terapeuta serán los responsables de las acciones delegadas.

Los servicios especializados pueden incluir, entre otros:

- ◆ Alimentación por sonda,
- ◆ Terapia intravenosa,
- ◆ Inyecciones parenterales,
- ◆ Cateterizaciones,
- ◆ Cuidado respiratorio,
- ◆ Cuidado de úlceras de decúbito y otras partes ulcerosas,
- ◆ Servicios de rehabilitación,
- ◆ Cuidado de colostomía,
- ◆ Cuidado de condiciones médicas fuera de control,
- ◆ Cuidados de enfermería posoperatorios,
- ◆ Monitoreo de medicamentos,

- ◆ Preparación y monitoreo de respuesta a dietas terapéuticas, y
- ◆ Registro y reporte de cambios en signos vitales.

Los servicios no especializados pueden incluir, entre otros:

- ◆ Vestir a la persona,
- ◆ Higiene,
- ◆ Acicalar,
- ◆ Apoyos para bañarse,
- ◆ Transferencia en silla de ruedas,
- ◆ Deambulaci3n y movilidad,
- ◆ Asistencia en el uso del baño,
- ◆ Preparaci3n de comidas,
- ◆ Cocinar,
- ◆ Dar de comer y alimentar,
- ◆ Aseo de la casa,
- ◆ Medicamentos normalmente autoadministrados,
- ◆ Cuidado de heridas leves,
- ◆ Apoyo para el empleo,
- ◆ Asistencia cognitiva,
- ◆ Fomentar la comunicaci3n, y
- ◆ Transporte.

Este servicio solo es apropiado si el miembro, padre, tutor o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud tiene la potestad y la voluntad para administrar todos los aspectos del servicio.

D3nde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los siguientes no se incluyen en este servicio:

- ◆ Cuidado diurno
- ◆ Relevos
- ◆ Alojamiento y comida
- ◆ Administraci3n de caso
- ◆ Supervisi3n

Los servicios CDAC no pueden sustituir a un servicio que sea m3s barato.

Un proveedor individual de CDAC no puede ser el beneficiario de los servicios de relevos prestados en nombre del miembro que recibe los servicios de exenci3n de HCBS.

El costo de supervisi3n de una enfermera, de ser necesario.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades m3ximas: La administradora de caso o MCO CBCM, en colaboraci3n con el miembro y el equipo interdisciplinario, establecen la cantidad de dinero que puede utilizarse para CDAC. Esta cantidad se ingresa en el plan de cuidados integrales junto con la informaci3n de los servicios HCBS que puede recibir el miembro. Esta informaci3n monetaria tambi3n se ingresa en el plan de servicios junto con las responsabilidades del miembro y el proveedor, y las actividades por las cuales ser3 reembolsado el proveedor.

El miembro y el proveedor acuerdan el costo por unidad. Se debe entregar una copia completa del acuerdo al miembro, al proveedor y a la administradora de caso o MCO CBCM. El acuerdo pasa a ser parte del plan de servicios integrales. Se deben completar estos pasos **antes** de la prestaci3n de los servicios.

La administradora de caso y la MCO CBCM deben estar al tanto y tener conocimiento de los servicios específicos incluidos en el contrato del centro de vida asistida para garantizar lo siguiente:

- ◆ Que los servicios del centro de vida asistida no son una repetición de los servicios CDAC.
- ◆ Conocimiento de cómo se abordan las necesidades del miembro.
- ◆ Estar al tanto de las necesidades no cumplidas que deben estar incluidas en el plan de servicios integrales.
- ◆ Que el pago de CDAC no incluye el costo de alojamiento y comida.
- ◆ Cada miembro debe haber sido determinado por Iowa Medicaid Enterprise que cumple el nivel de cuidado de enfermería.
- ◆ El cobro de CDAC se calcula basado en las necesidades del miembro y puede diferir de una persona a otra.

Proveedor registrado: El proveedor debe estar registrado con el Departamento y certificado como proveedor de CDAC antes del cumplimiento del *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*.

Es importante que el miembro anote en su lista a más de un proveedor de CDAC. Es posible que se necesiten servicios auxiliares en caso de una emergencia.

Sistema de respuesta ante emergencia

- Qué:** Un dispositivo electrónico conectado a un sistema monitoreado por personal las 24 horas del día, que permite al miembro acceder a ayuda en el caso de una emergencia.
- Dónde:** El sistema de respuesta ante emergencia se instala en la casa del miembro e incluye un dispositivo electrónico para uso por parte del miembro.
- Unidad:** Una unidad es el costo por una sola vez de la instalación **y/o** un mes de servicio.
- Unidades máximas:** Doce meses de servicio por año fiscal del estado (1 de julio a 30 de junio).

Modificación en la casa y el vehículo (HVM)

- Qué:** Modificaciones físicas a la casa o el vehículo que ayuden con las necesidades de salud, seguridad y bienestar del miembro, y a aumentar o mantener su independencia. La competitividad del presupuesto es esencial para determinar la eficacia del artículo solicitado. Todas las solicitudes de modificación se revisan individualmente y se toma una determinación respecto a la idoneidad de la solicitud de modificación.
- Dónde:** En la casa o en el vehículo del miembro. **Por favor, tenga presente que solo se incluyen las siguientes modificaciones:**
- ◆ Mesones de cocina, espacio de fregadero y gabinetes
 - ◆ Adaptaciones especiales a refrigeradores, estufas y hornos
 - ◆ Bañeras e inodoros para acomodar la transferencia, manijas especiales y mangueras para la regadera, controles para grifos de agua, y zonas accesibles a la ducha y lavatorios
 - ◆ Barras y pasamanos
 - ◆ Adaptaciones de espacio para poder girar

- ◆ Rampas, elevadores, ensanchamiento de puertas, pasillos y ventanas
- ◆ Equipo de alarma contra incendios específico para discapacitados
- ◆ Dispositivos activados por voz, sonido, luz o movimiento o electrónicos, directamente relacionados con la discapacidad del miembro
- ◆ Elevadores de vehículo, adaptaciones específicas para el conductor, sistemas de arranque remoto, incluidas las modificaciones ya instaladas en un vehículo
- ◆ Sistemas de entrada sin llave
- ◆ Dispositivo para abrir la puerta de la casa o el vehículo de forma automática
- ◆ Seguros especiales para puertas y ventanas
- ◆ Perillas y manijas de puerta especializadas
- ◆ Reemplazo del vidrio de las ventanas por Plexiglass.
- ◆ Modificación de escaleras existentes para ensanchar, bajar, elevar o cercar las escaleras abiertas
- ◆ Detectores de movimiento
- ◆ Alfombra delgada o piso antideslizante
- ◆ Dispositivo de telecomunicación para personas sordas
- ◆ Pasillo exterior de superficie dura
- ◆ Abertura para puerta nueva
- ◆ Puerta corredera
- ◆ Instalación o reubicación de controles, tomacorrientes e interruptores
- ◆ Aire acondicionado o filtrado del aire si fuera médicamente necesario
- ◆ Aumento de altura de la abertura de la puerta de garaje existente para acomodar la camioneta modificada

No incluye: Los siguientes no se incluyen en este servicio:

- ◆ Las modificaciones que aumentan los pies cuadrados de la casa
- ◆ Los artículos de reemplazo que son la responsabilidad del propietario o arrendador
- ◆ Compra de un vehículo
- ◆ Rejas
- ◆ Hornos
- ◆ Modificaciones o adaptaciones disponibles a través del Medicaid regular

Unidad: Una unidad es el costo de la modificación o adaptación completada.

Máximo: El beneficio máximo de por vida es de \$1,061.11. Este no se incluye en el total mensual.

Comidas entregadas a domicilio

Qué: Las comidas entregadas a domicilio se preparan fuera de la casa del miembro y se entregan al miembro.

Cada comida debe garantizar que el miembro reciba como mínimo un tercio de la ingesta dietética diaria recomendada, según lo establecido por el Consejo de Investigaciones de Alimentos y Nutrición de la Academia Nacional de Ciencias. Cada comida también puede ser un suplemento líquido que cumpla con el estándar mínimo de un tercio.

Cuando un restaurante provee las comidas entregadas a domicilio, se debe completar una consulta de la calidad nutritiva. La consulta de la calidad nutritiva incluye un contacto con el restaurante para explicar las necesidades dietéticas del cliente y además explicar qué constituye "recibir como mínimo un tercio de la ingesta dietética diaria recomendada". Los miembros deben informar a su administradora de caso o MCO CBCM y proveedor de comidas entregadas a domicilio inmediatamente si ya no necesitan el servicio.

Dónde: Entregadas en la casa del miembro

Unidad: Una unidad es una comida.

Unidades máximas: Se pueden entregar hasta catorce comidas durante cualquier semana; esto es un máximo de dos comidas por día. Ninguna comida (mañana, mediodía o noche) ni suplemento líquido se puede duplicar en cualquier día.

Asistente de salud a domicilio (HHA)

Qué: Servicios médicos no especializados que proveen cuidados personales directos. Este servicio puede incluir:

- ◆ Observar y reportar las necesidades físicas o emocionales;
- ◆ Ayudar a las personas a bañarse, lavarse el cabello, lavarse los dientes, usar el inodoro y caminar;
- ◆ Ayudar a las personas a subir y bajar de la cama;
- ◆ Restablecer las actividades de la vida diaria;
- ◆ Ayudar con los medicamentos orales que habitualmente son autoadministrados y están prescritos por un médico; y
- ◆ Realizar servicios domésticos incidentales en el hogar, que sean esenciales para el cuidado de la salud de la persona y necesarios para prevenir o posponer la institucionalización, con el fin de completar una unidad de servicio completa.

El servicio de asistente de salud a domicilio es una exención que puede accederse **después** de acceder a los servicios bajo el plan estatal de Medicaid.

Dónde: En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los servicios domésticos como cocinar y limpiar, o los servicios que cumplen con las pautas de cobertura intermitente.

No pueden ser la repetición de servicios regulares prestados por Medicaid o por una exención provista bajo el plan estatal.

Cobertura intermitente de Medicaid: El Medicaid regular provee cobertura intermitente de servicios de enfermería especializada y asistentes de salud a domicilio provistos en la casa de la persona adulta o menor de edad. Generalmente los servicios se proveen de dos a tres horas por día durante dos a tres días a la semana. La cobertura intermitente de servicios especializados incluye visitas hasta cinco días por semana y visitas diarias o múltiples para el cuidado de heridas o la administración de inyecciones de insulina. La cobertura intermitente de asistente de salud a domicilio incluye visitas dos veces al día, hasta siete días por semana, para personas que asisten a la escuela o trabajan, o cuando el médico las ordena e incluye en el plan de cuidado, sin que estas excedan de 28 horas por semana.

Unidad: Una unidad es una visita.

Servicios domésticos

Qué: Los servicios domésticos son aquellos servicios que se proveen cuando el miembro vive solo o cuando la persona que habitualmente realiza dichas funciones para el miembro necesita ayuda. El servicio doméstico se limita a los siguientes componentes:

- ◆ Hacer las compras esenciales. Hacer las compras de necesidades básicas; es decir, alimentos, ropa, artículos de cuidado personal o medicamentos.
- ◆ Limpieza limitada de la casa. Limpieza de mantenimiento, por ejemplo:
 - Pasar la aspiradora,
 - Quitar el polvo,
 - Fregar el piso,
 - Descongelar refrigeradores,
 - Limpiar las hornillas de la cocina,
 - Limpiar equipos médicos,
 - Lavar y enmendar ropa,
 - Lavar artículos personales usados por el miembro, y
 - Lavar los platos.
- ◆ Preparación de comidas. Planificar y preparar comidas balanceadas.

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Ayuda con la salud mental

Qué: Los servicios provistos en la casa del miembro para identificar, evaluar y proveer tratamiento y apoyo psicosocial. Los servicios se pueden proveer solo sobre la base de una referencia proveniente de la administración de casos.

Dónde: En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Cuidados de enfermería

Qué: Los servicios de enfermería deben ser prestado por una enfermera con licencia. Los servicios deben ser ordenados y estar incluidos en el plan de tratamiento establecido por el médico. Los servicios deben ser razonables y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión e incluyen:

- ◆ Observación;
- ◆ Evaluación;
- ◆ Instrucción;
- ◆ Capacitación;
- ◆ Supervisión;
- ◆ Ejercicio terapéutico;
- ◆ Cuidado de las funciones de la vejiga y los intestinos;
- ◆ Administración de medicamentos;

- ◆ Aplicaciones intravenosas, infusiones subcutáneas (hipodermocclisis) y alimentación enteral;
- ◆ Cuidados de la piel;
- ◆ Preparación de notas clínicas y de progreso;
- ◆ Coordinación de servicios; e
- ◆ Información al médico y personal de cambios en las condiciones y necesidades del miembro.

Dónde: En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los servicios de enfermería provistos fuera de la casa o los servicios que cumplen las pautas de cobertura intermitente

Cobertura intermitente de Medicaid: El Medicaid regular provee cobertura intermitente de servicios de enfermería especializada y asistentes de salud a domicilio provistos en la casa de la persona adulta o menor de edad. Generalmente los servicios se proveen de dos a tres horas por día durante dos a tres días a la semana. La cobertura intermitente de servicios especializados incluye visitas hasta cinco días por semana y visitas diarias o múltiples para el cuidado de heridas o la administración de inyecciones de insulina. La cobertura intermitente de asistente de salud a domicilio incluye visitas dos veces al día, hasta siete días por semana, para personas que asisten a la escuela o trabajan, o cuando el médico las ordena e incluye en el plan de cuidado, sin que estas excedan de 28 horas por semana.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades Nivel de cuidado intermedio: Ocho visitas de enfermería por mes.

máximas: Nivel de cuidado especializado: Sin cantidad máxima de visitas por mes.

Asesoramiento en nutrición

Qué: Asesoramiento en nutrición en el caso de un problema o estado nutricional grave, que requiere atención más allá del manejo médico estándar.

Dónde: En la casa del miembro o el consultorio del médico.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Relevo

Qué: Los servicios de relevo son servicios provistos al miembro que brindan un alivio temporal al cuidador habitual y proveen todos los cuidados necesarios que el cuidador habitual prestaría durante todo ese periodo. El propósito del cuidado de relevo es habilitar al miembro para pueda mantener su situación de vida actual.

- ◆ **Relevo especializado** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de personal a miembro de 1:1 o superior, para personas con necesidades médicas especializadas que requieren monitoreo o supervisión por parte de una enfermera registrada o enfermera practicante con licencia.
- ◆ **Relevo grupal** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de personal a miembro de menos de 1:1.
- ◆ **Relevo individual básico** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de personal a miembro de 1:1 o superior, para personas sin necesidades

médicas especializadas que requerirían cuidados por parte de una enfermera registrada o enfermera practicante con licencia.

Dónde:

El relevo debe prestarse en:

- ◆ En la casa del miembro.
- ◆ Otra casa de la familia,
- ◆ Campamentos,
- ◆ Programas comunitarios organizados (YMCA, centros de recreación, centro para el adulto mayor, etc.),
- ◆ ICF/ID,
- ◆ RCF/ID,
- ◆ Hospital,
- ◆ Asilo de ancianos (NF),
- ◆ Centro de enfermería especializada (SNF),
- ◆ Programa de vida asistida,
- ◆ Centro de cuidado diurno de adultos,
- ◆ Cuidado tutelar en institución,
- ◆ Casa de familia adoptiva, o
- ◆ Guardería infantil con licencia del DHS.

El relevo provisto fuera de la casa del miembro —o fuera de un centro, en lugares cubiertos por la licencia, certificación, acreditación o contrato del centro— debe ser aprobado por el padre, tutor o cuidador principal y el equipo interdisciplinario, y debe ser coherente con el uso del lugar por parte del público en general. El relevo en estos lugares no debe exceder de 72 horas continuas.

No incluye:

Los servicios no serán reembolsables si la residencia se reserva de algún modo para personas con una licencia temporal sin goce de sueldo.

El relevo **no** se puede proveer a los miembros que residen en la casa de la familia, del tutor o cuidador habitual durante las horas en las que el cuidador habitual está empleado, a menos que sea en un entorno de campamento.

El servicio de relevo no se puede reembolsar o proveer simultáneamente con servicios duplicados bajo la exención.

Unidad:

Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades máximas:

Se pueden reembolsar catorce días consecutivos de cuidado de relevo de 24 horas.

y

Los servicios de relevo provistos a 3 o más personas por un periodo superior a 24 horas consecutivas, en el caso de personas que requieren cuidado de enfermería debido a su condición mental o física, deben ser prestados por un centro de atención médica autorizado, según se describe en el capítulo 135C del Código de Iowa.

Adultos mayores acompañantes

- Qué:** Un compañero que provea supervisión no médica, vigilancia y relevo. Los adultos mayores acompañantes pueden ayudar en tareas como: preparación de comidas, lavado, compras y limpieza liviana de la casa.
- Dónde:** En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.
- No incluye:** Cuidados prácticos de enfermería o médicos
- Unidad:** Una unidad equivale a 15 minutos.

Transporte

- Qué:** Los servicios de transporte para miembros para:
- ◆ Llevar a cabo trámites comerciales,
 - ◆ Completar las compras esenciales,
 - ◆ Recibir servicios médicos no reembolsables a través del transporte médico no de emergencia, y
 - ◆ Reducir el aislamiento social.
- Dónde:** En la comunidad como se identifica en el plan de servicios integrales
- Unidad:** Las unidades son por milla o por un viaje de ida.

Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Qué: La **Opción de Elección del Consumidor (CCO)** está disponible bajo la exención para adultos mayores. Esta opción ofrece más control sobre un monto determinado de dinero de Medicaid. El miembro usará este dinero para desarrollar un plan de presupuesto individual para satisfacer las necesidades del miembro; para ello puede contratar directamente a sus empleados y comprar otros bienes y servicios.

La CCO ofrece más variedad, control y flexibilidad para abordar sus servicios, al igual que una mayor responsabilidad de su parte. Hay asistencia adicional disponible si elige esta opción. Usted deberá elegir a un Agente de Apoyo Independiente, quien le ayudará a desarrollar su presupuesto individual y a reclutar a sus empleados.

Usted también trabajará con un servicio de administración financiera que administrará su presupuesto y pagará a sus trabajadores en su nombre. Para obtener más información, comuníquese con su administradora de caso. También puede encontrar información adicional en el sitio web: <http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/consumer-choices-option>

Los servicios que podrían incluirse en un presupuesto individual bajo la CCO son:

- ◆ Dispositivos de ayuda
- ◆ Servicios rutinarios
- ◆ Cuidados con asistente (no especializado) dirigidos por el consumidor
- ◆ Modificación en la casa y el vehículo
- ◆ Comidas entregadas a domicilio
- ◆ Servicios domésticos
- ◆ Cuidados básicos de relevo individual
- ◆ Adulto mayor acompañante
- ◆ Transporte

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los fondos de CCO no se pueden usar para pagar:

- ◆ Alojamiento y comida
- ◆ Servicios de taller
- ◆ Otra guardería infantil
- ◆ Artículos de entretenimiento personal

Los fondos de CCO no se pueden usar para pagar bienes y servicios que de otra manera se proveen a través de los servicios de plan estatal de Medicaid. Los bienes y servicios:

- ◆ Disminuirían la necesidad de otros servicios de Medicaid;
- ◆ Promoverían la inclusión en la comunidad; o
- ◆ Aumentarían su seguridad en la casa y en la comunidad.

Unidad: Se fija un monto mensual de presupuesto para cada miembro.

Proceso de solicitud

El proceso de solicitud de una exención para adultos mayores requiere de un esfuerzo coordinado entre el Department of Human Services (DHS) y agencias ajenas al Departamento en representación del posible miembro. Si actualmente trabaja con personal de DHS, por favor comuníquese con esa persona respecto al proceso de solicitud.

Responda inmediatamente a la correspondencia proveniente de una trabajadora de mantenimiento de ingresos (IM), administradora de caso o MCO CBCM. Esto reducirá la cantidad necesaria de tiempo para completar el proceso de solicitud y ayudará en la comunicación.

1. La solicitud de Medicaid (Título XIX) y de la exención para adultos mayores se hace con una trabajadora de IM en la oficina local de DHS. La documentación solicitada que debe presentar podría incluir:
 - ◆ Registros financieros
 - ◆ Tarjeta de Título XIX
 - ◆ Carta de elegibilidad de Medicaid
 - ◆ Verificación de elegibilidad para Ingreso de Seguro Complementario (SSI), Seguro de Invalidez del Seguro Social (SSDI) o Asistencia Complementaria del Estado (SSA), si corresponde. Si actualmente no recibe asistencia, se le pedirá que haga una solicitud en la oficina del Seguro Social.
2. Se contactará al solicitante para programar una evaluación. La evaluación se debe completar como uno de los requisitos de elegibilidad para obtener la exención. El evaluador enviará la evaluación realizada a la Unidad de Servicios Médicos de IME. Los Servicios Médicos de IME revisarán la documentación enviada y tomarán una determinación respecto a si el solicitante cumple o no los criterios estipulados de nivel de cuidado.
3. La Unidad de Servicios Médicos de IME revisará la evaluación de HCBS para determinar si las necesidades del miembro requieren un nivel de cuidado intermedio o especializado.

Si el miembro no reúne los requisitos de nivel de cuidado, la trabajadora de IM enviará un *Aviso de Decisión (NOD)* donde se indicará al miembro la denegación del servicio. El miembro tiene el derecho de apelar la decisión. El proceso de apelación se explica en el *Aviso de Decisión (NOD)*.
4. Se debe completar una evaluación anualmente. Si el miembro está inscrito en una MCO, entonces la MCO tomará la determinación anual de nivel de cuidado después de la evaluación. Si el miembro es

de pago por servicio (FFS), entonces IME tomará la determinación anual de nivel de cuidado después de la evaluación.

5. Se lleva a cabo una reunión del equipo interdisciplinario para determinar los servicios que se necesitan, la cantidad de los servicios que deben entregarse y los proveedores de los servicios. La reunión del equipo interdisciplinario también contará con la presencia del miembro, la administradora de caso o trabajadora de servicio de DHS, y otras personas de apoyo que el miembro puede elegir. El resultado final de las decisiones del equipo interdisciplinario será un plan de servicios integrales desarrollado por la administradora de caso o trabajadora de servicios de DHS.
6. La firma y fecha de la administradora de caso en el plan de servicios integrales indica la aprobación del miembro para recibir los servicios de exención para adultos mayores.

Recuperación de patrimonio

Referencia legal para la recuperación del patrimonio: 441 IAC 75.28(7)

La recuperación del patrimonio se aplica a todas las personas que recibieron Medicaid a partir del 1 de julio de 1994 y que tienen 55 años o más, o que viven en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que regresen a casa. Esto incluye a los miembros en los programas de exención, como el Elderly Waiver Program (Programa de exención para personas mayores) y el Medically Needy Program (Programa para personas con necesidades médicas).

Cuando fallece un miembro de Medicaid, los activos de su patrimonio se utilizan para reembolsar al estado los costos pagados por la asistencia médica. Esto incluye el monto total de los pagos de capitación hechos a una Organización de Cuidados Administrados (MCO) por cobertura médica y dental, independientemente del uso del servicio o cuánto pagó la entidad de cuidados administrados por los servicios.

También se puede encontrar información adicional en el sitio web:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members/members-rights-and-responsibilities/estate-recovery>

o contacte a:

**Servicios para Miembros de Medicaid al 800-338-8366
515-256-4606 (área de Des Moines)**

o

**Iowa Estate Recovery Program (Programa de Recuperación del Patrimonio de Iowa) al 1-877-
463-7887**

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

La discriminación es contra la ley

El Iowa Department of Human Services (DHS) cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles que exigen proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes, y no discrimina basándose en su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. DHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

DHS:

- ◆ Provee medios y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- ◆ Provee servicios lingüísticos gratuitos para las personas que no hablan inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 1-800-338-8366.

Si usted cree que el DHS no le ha entregado estos servicios o que de otro modo lo ha discriminado debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: DHS, Office of Human Resources; para ello envíe un correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us o escriba a:

DHS Office of Human Resources
Hoover State Office Building, 1st floor
1305 East Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Puede presentar su queja formal en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, la Oficina de Recursos Humano del DHS está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para la presentación de una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

