

**Home- and Community-Based Services
Health and Disability Waiver Information Packet**
(Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
Exención por Salud y Discapacidad Paquete de información)

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Salud y Discapacidad (HCBS HD) provee el financiamiento de servicios y apoyos personalizados para mantener a personas 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

- ◆ 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, los proveedores de servicio, la enfermera regional de Iowa Child Health Speciality Clinics y otras personas que elija el miembro.
- ◆ El 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, los padres o tutores legales del miembro, la administradora de caso, los proveedores de servicios y cualquier otra persona que el menor o la familia del menor 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.
- ◆ El ICP debe completarse antes de la implementación de los servicios y debe ser revisado y actualizado anualmente.
- ◆ El plan de servicios para miembros **de 20 años o menos** debe desarrollarse o revisarse considerando los servicios que se pueden proveer a través del plan de educación individual (IEP) y los planes EPSDT (Care for Kids).
- ◆ Como un prerrequisito de elegibilidad para la exención por salud y discapacidad (HD), los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- ◆ El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- ◆ Para recibir los servicios de la exención HD, debe haber disponible un proveedor autorizado para proveer esos servicios.
- ◆ Los servicios de la exención por HD no pueden entregarse cuando una persona es un paciente internado en una institución médica.
- ◆ Los miembros deben necesitar y usar por lo menos una unidad de servicio de la exención HD durante cada trimestre del año calendario.
- ◆ Los servicios de exención de Medicaid no pueden ser reembolsados simultáneamente con otra exención o servicio de Medicaid.
- ◆ Los costos totales de los servicios de exención HD no pueden exceder de lo siguiente:

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| Nivel de cuidado de enfermería | \$ 959.00 por mes |
| Nivel de cuidado especializado | \$2,792.00 por mes |
| Nivel de cuidado de ICF/ID | \$3,472.00 por mes |
- ◆ La exención de HD tiene un comité asesor que se reúne regularmente para hacer recomendaciones y tomar medidas para garantizar que la exención cumpla mejor con la necesidad de la persona a quien sirve.

- ◆ A continuación se muestra el orden jerárquico para acceder a los servicios de exención:
 1. Seguro privado
 2. Medicare
 3. Medicaid y/o EPSDT (Care for Kids)
 4. Servicios de exención por HD
 5. Cuidados relacionados con la salud a domicilio
- ◆ Además de los servicios disponibles a través de la exención por HD, es posible que haya ayuda disponible a través del programa In-Home Health-Related Care (Cuidado en el Hogar Relacionado con la Salud) y el Rent Subsidy Program (Programa de Subsidio de Alquiler) a través de la Autoridad Financiera de Iowa.
- ◆ Cuando un miembro de exención de HD llega a los 65 años, el miembro puede recibir servicios de exención después de solicitar la exención para personas mayores.

Criterios de elegibilidad del miembro

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de la exención HCBS HD 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 menos de 65 años.
- ◆ Ser ciego o discapacitado según lo determinado por los Servicios de Determinación de Discapacidad o, en algunas excepciones, recibir beneficios de discapacidad del Seguro Social.
- ◆ Las personas deberán cumplir con los requisitos de elegibilidad del SSI, excepto por lo siguiente:
 - La persona es menor de 18 años, soltera y no es jefe de hogar, y no es elegible para SSI debido a los ingresos de los padres o padres.
 - La persona está casada y no es elegible para SSI debido a la determinación de los ingresos o recursos del cónyuge.
 - La persona no es elegible para el SSI debido a un ingreso excesivo y el ingreso de la persona no excede del 300 por ciento del pago mensual máximo para una persona bajo SSI.
 - La persona es menor de 18 años y no es elegible para el SSI debido a los recursos excedentes.
- ◆ Haber sido determinado por los Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise que necesita uno de los siguientes niveles de cuidado:
 - Asilo de ancianos
 - Centro de enfermería especializada (SNF)
 - Instalación de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/ID)

Descripciones de servicios

Tenga presente lo siguiente:

Los servicios de exención por HD del HCBS 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 centro de cuidado diurno.
- Dónde:** En un programa de cuidado diurno de adultos en la comunidad, certificado para proveer los servicios de exención HD.
- 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).

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,
- ◆ Deambulación y movilidad,

- ◆ Asistencia en el uso del baño,
- ◆ Preparación 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 comunicación, 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.

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

No incluye: Cuidado diurno, relevo, alojamiento y comida, administración de caso o supervisión CDAC no pueden sustituir a un servicio que sea más barato.

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

El costo de supervisión de una enfermera, de ser necesario

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades máximas: La administradora de caso o MCO CBCM, en colaboración 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 información de los servicios HCBS que puede recibir el miembro. Esta información monetaria también se ingresa en el plan de servicios junto con las responsabilidades del miembro y el proveedor, y las actividades por las cuales será 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/MCO CBCM. El Acuerdo pasa a ser parte del plan de servicios integrales. Se deben completar estos pasos **antes** de la prestación de los servicios.

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.

Servicios de asesoramiento

Qué: Los servicios de asesoramiento son servicios de salud mental en persona que se brindan al miembro y al cuidador por parte de un profesional de la salud mental según se define en la Regla Administrativa de Iowa 44.1 (225C) para facilitar el manejo del miembro en el hogar y evitar la institucionalización. Los servicios de asesoramiento son servicios no psiquiátricos necesarios para el(la):

- ◆ Manejo de la depresión,
- ◆ Asistencia en un proceso de aflicción,
- ◆ Alivio del aislamiento psicosocial y apoyo para superar una discapacidad o enfermedad, incluida cualquier enfermedad terminal.

Los servicios de asesoramiento pueden brindarse con el propósito de capacitar a la familia del miembro u otro cuidador para que brinden atención y con el propósito de ayudar al miembro y a los que cuidan al miembro a adaptarse a la discapacidad o condición terminal del miembro. Los servicios de asesoramiento se pueden proveer al cuidador del miembro solo cuando se incluyen en el plan de caso del miembro.

Dónde: En un centro de salud mental comunitario u otro lugar utilizado por un proveedor que cumpla con la acreditación de la Mental Health and Disabilities Commission.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos. El pago de asesoramiento grupal se basa en la tasa grupal dividida por seis o, si el número de personas que componen el grupo excede de seis, el número real de personas que componen el grupo.

Modificación en la casa y el vehículo (HVM)

Qué: Modificaciones físicas a la casa y 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 las duchas y lavatorios
- ◆ Sillas para el baño
- ◆ 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: Las modificaciones que aumentan los pies cuadrados de la casa, los artículos de reemplazo que son responsabilidad del propietario o arrendador de la casa, la compra de vehículo, rejas, hornos, o cualquier modificación o adaptación disponible a través del Medicaid regular.

Se excluye la compra, el arriendo o las reparaciones de un vehículo motorizado.

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

Máximo: El miembro es elegible hasta \$6,366.64 por año. 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”.

Dónde: Entregadas en la casa del miembro

Unidad: Una unidad es una comida.

Máximo unidades: 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 reemplazo líquido se puede duplicar en cualquier día.

Servicios de asistente de salud a domicilio (HHA)

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

- ◆ Asistencia con medicamentos orales,
- ◆ Dar de comer,
- ◆ Bañar,
- ◆ Vestir a la persona,
- ◆ Higiene personal
- ◆ Miembro acompañante a servicios médicos,
- ◆ Transportar al miembro ida y vuelta a la escuela o citas médicas, y
- ◆ Otras actividades necesarias de la vida diaria que tengan como propósito prevenir o posponer la institucionalización.

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.

Se puede acceder al transporte como servicio de exención para asistentes de salud en el hogar **después** de que se hayan utilizado todos los servicios de transporte disponibles bajo el programa de transporte médico no urgente de Medicaid.

Dónde: En el hogar del miembro excepto cuando se transporta a la escuela o desde la escuela. 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 o aquellos prestados bajo la autoridad de EPSDT.

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.

Programa EPSDT (Care for Kids). Los servicios EPSDT para personas menores de 21 años solamente incluyen servicios de enfermería privada y cuidado personal, que cumplan la definición de necesidad médica, según lo provisto por CMS para el programa EPSDT. Los servicios se pueden prestar a un menor fuera de la residencia del menor cuando las actividades normales de la vida implican llevar al menor fuera de la residencia.

Unidad: Una unidad es una visita.

Servicios domésticos

Qué: Los servicios domésticos son aquellos servicios que se proveen cuando el miembro vive solo u 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,
- ◆ Limpieza limitada de la casa, y
- ◆ Preparación de comidas.

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

No incluye: Los servicios de enfermería no deben ser reembolsados de forma simultánea con otros servicios de exención.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Monitoreo y tratamiento médico interino (IMMT)

Qué: Monitoreo y tratamiento de naturaleza médica que requieran cuidadores especialmente capacitados, más allá de lo que está normalmente disponible en un entorno de cuidado diarios para personas de 20 años de edad o menos. Los servicios de monitoreo y tratamiento médico interino (IMMT) deben proveer experiencias para el desarrollo social, emocional, intelectual y físico del miembro. El servicio incluirá el cuidado del desarrollo y cualquier servicio especial para un miembro con necesidades especiales; e incluirá una evaluación médica, el monitoreo médico y la intervención médica según sea necesario de forma regular o en caso de emergencia.

El servicio permite que los cuidadores usuales del miembro puedan estar empleados. El IMMT también se puede usar después del fallecimiento de un cuidador habitual. Los servicios de IMMT pueden incluir la supervisión de un menor durante el transporte de ida y vuelta a la escuela cuando este servicio no está disponible a través de la escuela u otros recursos. Los servicios de IMMT también se pueden prestar por un periodo limitado cuando el cuidador habitual se encuentre en las siguientes circunstancias:

- ◆ Asistencia a una capacitación académica o vocacional
- ◆ Búsqueda de empleo
- ◆ Hospitalización
- ◆ Tratamiento de enfermedad física o mental

Nota: El menor primero debe maximizar los servicios bajo servicios intermitentes, EPSDT, enfermería privada o asistente de salud a domicilio para ser elegible para acceder a este servicio.

Dónde: Los servicios se pueden proveer:

- ◆ En la casa del miembro.
- ◆ Una guardería infantil institucional registrada,
- ◆ Una guardería infantil familiar registrada,
- ◆ Un centro de guardería con licencia, o
- ◆ Durante el transporte de ida y vuelta a la escuela.

Los proveedores de este servicio deben:

- ◆ Tener por lo menor 18 años de edad,
- ◆ No ser el cónyuge del miembro ni el padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos,
- ◆ No ser el cuidador habitual,
- ◆ Estar capacitado o tener experiencia según lo determinado por el cuidador habitual, y
- ◆ Ser un profesional médico con licencia del equipo interdisciplinario del miembro para prestar atención médica o intervención en una emergencia médica.

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

Servicios de guardería para niños que no tienen un monitoreo médico o necesidad de tratamiento.

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.

Programa EPSDT (Care for Kids): Los servicios EPSDT para personas menores de 21 años solamente incluyen servicios de enfermería privada y cuidado personal, que cumplan la definición de necesidad médica, según lo provisto por CMS para el programa EPSDT. Los servicios se pueden prestar a un menor fuera de la residencia del menor cuando las actividades normales de la vida implican llevar al menor fuera de la residencia.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Máximo unidades: Doce unidades de una hora de servicio por día.

Servicios de enfermería

Qué: Los cuidados de enfermería son los servicios prestados 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 intermitentes o aquellos prestados bajo las pautas de EPSDT.

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.

Programa EPSDT (Care for Kids): Los servicios EPSDT para personas menores de 21 años solamente incluyen servicios de enfermería privada y cuidado personal, que cumplan la definición de necesidad médica, según lo provisto por CMS para el programa EPSDT. Los servicios se pueden prestar a un menor fuera de la residencia del menor cuando las actividades normales de la vida implican llevar al menor fuera de la residencia.

Este servicio de enfermería no debe ser reembolsado de forma simultánea con otros servicios de Medicaid.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

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. No en la casa del proveedor.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS)

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.

Máximo Unidades: Doce meses de servicio de acuerdo con el año fiscal del estado (1 de julio a 30 de junio).

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.

Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Qué: La **Opción de Elección del Consumidor (CCO)** es una opción disponible bajo la mayoría de las exenciones HCBS. Esta opción le dará más control sobre un monto determinado de dinero de Medicaid. Usted usará este dinero para desarrollar un plan de presupuesto individual para satisfacer sus necesidades; 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 trabajadora de servicios o 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:

- ◆ Cuidados con asistente (no especializado) dirigidos por el consumidor
- ◆ Modificación en la casa y el vehículo
- ◆ Comidas entregadas a domicilio
- ◆ Servicio doméstico
- ◆ Cuidados básicos de relevo individual

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, y
- ◆ Artículos de entretenimiento personal.

Los bienes y servicios que se proveen a través de la CCO no se pueden entregar de otra manera 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 por HD 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 o administradora de caso/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 por HD se hace con una trabajadora de mantenimiento de ingresos (IM) en la oficina local de DHS. La documentación solicitada 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 los Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise (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. Los Servicios Médicos de IME revisarán 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/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/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 por HD.

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 ayudarle.

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>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-338-8366 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-735-2942).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

مقرب لصتنا. ناچملا ب كل رفاونتت قيوغلا قدعاسملا تامدخ نإف، ةغلا ركذا تئحتت تنك اذا: فظوحلم (مقرب 1-800-338-8366). مصلًا فتاه

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942) 전화해 주십시오.

ध्यान दः य द आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942) पर कॉल कर ।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-338-8366 (ATS: 1-800-735-2942).

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ເອີ້ນ: ຖ້າກຸ່ມພູດພາສາໄທຍກຸ່ມສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ ໂທ 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ပပ်သုဂ်ပတ်သး- နမူကတိက ကညီ ကျိဂ်အယိ, နမူနာ ကျိဂ်အတိမၤစၤလၤ တလၢဂ်ဘုဂ်လၢဂ်စ့ၤ နီတံၤဘုဂ်သ့န့ဂ်လီၤ. ကိ: 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-338-8366 (телетайп: 1-800-735-2942).