



Home- and Community-Based Services AIDS/HIV Waiver Information Packet

**(Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
Exención por SIDA/VIH Paquete de información)**

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Virus de Inmunodeficiencia Humana (HCBS AIDS/HIV) 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 por SIDA/VIH se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los servicios siguientes:
 - Cuidado diurno de adultos
 - Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor
 - Servicios de asesoramiento
 - Comidas entregadas a domicilio
 - Asistente de salud a domicilio
 - Servicios domésticos
 - Cuidados de enfermería
 - Relevo
 - Opción de elección del consumidor
- ◆ Los servicios que se consideren necesarios y apropiados para satisfacer las necesidades del miembro serán determinados por un equipo interdisciplinario conformado por el miembro, la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS, los proveedores de servicios de exención por SIDA/VIH, y otras personas que elija el miembro.
- ◆ Todos los miembros tendrán un plan de servicios desarrollado por la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS en colaboración con el miembro. Este plan debe completarse, firmarse y fecharse antes de la implementación de los servicios. 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 de Evaluaciones, Diagnósticos y Tratamientos Periódicos Preventivos (EPSDT o Care for Kids).
- ◆ Como un prerrequisito de elegibilidad para la Exención por SIDA/VIH, los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- ◆ El plan de servicios debe ser desarrollado y revisado anualmente con el equipo interdisciplinario, además debe ser firmado y fechado por la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS.
- ◆ El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- ◆ Para recibir los servicios de la Exención por SIDA/VIH, debe haber disponible un proveedor de servicios de exención por SIDA/VIH autorizado para proveer esos servicios.
- ◆ Los servicios de la Exención por SIDA/VIH no pueden entregarse cuando un miembro es un paciente internado en una institución médica.
- ◆ Los miembros deben necesitar y usar uno de los servicios de exención por SIDA/VIH disponibles durante cada trimestre del año calendario.
- ◆ El costo total mensual de los servicios del programa de exención por SIDA/VIH (HCBS AIDS/HIV) no puede exceder de \$1,840 por mes.
- ◆ El programa HCBS AIDS/HIV atiende solamente a una cantidad designada de miembros (asignaciones de pago).
- ◆ Un servicio de exención de Medicaid no puede ser reembolsado simultáneamente con otra exención de Medicaid o un servicio de Medicaid.
- ◆ El costo total combinado de los servicios de exención por SIDA/VIH y servicios de Medicaid no deberá exceder el costo promedio del nivel de cuidado prestado al miembro en una institución médica.

- ◆ Los servicios de exención por SIDA/VIH están disponibles para niños y adultos.
- ◆ A continuación se muestra el orden jerárquico para acceder a los servicios de exención:
 1. Seguro privado
 2. Medicaid y/o EPSDT (Care for Kids)
 3. Cuidados relacionados con la atención médica a domicilio (IHHRC) y los servicios de exención por SIDA/VIH
- ◆ Además de los servicios disponibles a través de la Exención por SIDA/VIH, es posible que haya ayuda disponible a través del Programa IHHRC o del Programa de Subsidio de Alquiler (Rent Subsidy Program) a través de la Autoridad Financiera de Iowa. Los miembros pueden contactar a la Autoridad Financiera de Iowa al 1-800-432-7230.

Criterios de elegibilidad del miembro

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de exención del programa HCBS AIDS/HIV 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.
- ◆ Haber sido diagnosticado con SIDA o con la infección del VIH por parte de un médico. La Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise es responsable de comunicarse con el médico para establecer el diagnóstico. No se requiere una determinación de discapacidad.
- ◆ Haber sido determinado elegible para Medicaid (Título XIX). Los miembros pueden ser elegibles 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 los Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise (IME) que necesita un nivel de cuidado en un asilo de ancianos u hospital.

Descripciones de servicios

Tenga presente lo siguiente:

Los servicios de exención por SIDA/VIH se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a los servicios apropiados y 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:** El cuidado diurno de adultos es un programa organizado de cuidados de apoyo en un ambiente grupal. El cuidado se provee a miembros que necesitan un grado de supervisión y asistencia de forma regular o intermitente en un centro de cuidados diurnos.
- Dónde:** En un programa diurno para adultos
- Unidad:** Una unidad es una hora medio día (2 a 4 horas) día entero (4 a 8 horas) 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 o tutor 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.

Se debe tomar una determinación respecto a qué servicios beneficiarán y ayudarán al miembro. Esos servicios se registrarán en el *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*, formulario 470-3372. Este *Acuerdo* se convierte en parte del plan de servicio desarrollado para el miembro y debe ser firmado y fechado por el miembro, el proveedor de CDAC y la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS.

Este servicio solo está disponible 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, cuidado de niños, relevo, alojamiento y comida, crianza o supervisión. CDAC no pueden sustituir a un servicio que sea más barato.

Un proveedor de CDAC no puede ser el cónyuge del miembro ni un padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos.

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 de Medicaid/Trabajadora de servicios de DHS, 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 junto con la información de los servicios HCBS que puede recibir el miembro. Esta información monetaria también se ingresa en el *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*, formulario 470-3372, junto con las responsabilidades del miembro y el proveedor, y las actividades por las cuales será reembolsado el proveedor. El miembro y el proveedor llegan a un acuerdo en cuanto a la unidad de facturación, por hora o por día, y el costo por unidad. Se debe firmar y fechar una copia completa del *Acuerdo* luego se debe entregar al miembro, al proveedor y a la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS. El *Acuerdo* pasa a ser parte del plan de servicios. Se deben completar estos pasos **antes** de la prestación de los servicios.

Cuando los servicios CDAC son prestados por un centro de vida asistida, por favor tenga presente lo siguiente:

- ◆ El trabajador de servicio o administrador de caso debe 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 del miembro que deben estar incluidas en el plan de cuidados.
- ◆ Que el pago de CDAC no incluye los costos de alojamiento y comida

- ◆ El IFMC debe determinar que cada miembro cumple con el nivel de cuidado en un asilo de ancianos u hospital.
- ◆ 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 agente fiscal del Departamento y certificado como un 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.

Facturación: El miembro, al igual que el proveedor, debe firmar y fechar la *Reclamación de Cuidados Médicos Dirigidos* antes de su presentación para el pago. Esto verifica que los servicios se prestaron como se indica en el formulario de facturación.

Servicios de asesoramiento

Qué: Los servicios de asesoramiento son servicios de salud mental en persona para facilitar la administración del hogar del miembro e impedir la institucionalización. Los servicios de asesoramiento se pueden proveer al cuidador del miembro solo cuando se incluyen en el plan de servicio del miembro. 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.

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 es:
Asesoramiento individual para el miembro o el miembro y su cuidador –
En incrementos de 15 minutos

○

Asesoramiento grupal – 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.

Comidas entregadas a domicilio

Qué: Las comidas entregadas a domicilio son comidas que 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 la Junta del Consejo Nacional 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. Los miembros deben informar inmediatamente a su trabajadora de servicio o administrador de caso de DHS y al proveedor de comidas entregadas a domicilio si ya no necesitan el servicio.

Dónde: Entregadas en la casa

Unidad: Una unidad es una comida.

Máximo: Se pueden entregar hasta catorce comidas durante cualquier semana.

Servicios de 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,
- ◆ 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 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.

Antes de acceder a la exención, la trabajadora de servicio o administradora de caso del DHS debe determinar si hay otros servicios para los cuales los miembros sean elegibles, incluido el 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.

Los servicios no cubiertos por EPSDT incluyen:

- ◆ Servicios a menores con cobertura HMO de Medicaid
- ◆ Servicios de salud mental a menores inscritos en el Iowa Plan
- ◆ Cuidados preventivos del niño
- ◆ Relevo
- ◆ Transporte
- ◆ Asistencia con deberes
- ◆ Servicios a otros miembros del grupo familiar

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.
- ◆ Acompañamiento a servicios médicos o psiquiátricos,
- ◆ Preparación de comidas, y
- ◆ Bañarse y vestirse en los casos de miembros autocontrolados.

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

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Servicios 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 basarse en la necesidad médica del miembro y estar dentro del alcance de las pautas de la práctica profesional de la Iowa Board of Nursing.

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 pautas de cobertura intermitente o aquellos prestados bajo la autoridad 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.

Los servicios no cubiertos por EPSDT incluyen:

- ◆ Servicios a menores con cobertura HMO de Medicaid
- ◆ Servicios de salud mental a menores inscritos en el Iowa Plan
- ◆ Cuidados preventivos del niño
- ◆ Relevo
- ◆ Transporte
- ◆ Asistencia con deberes
- ◆ Servicios a otros miembros del grupo familiar

Este servicio de enfermería no debe ser reembolsado de forma simultánea con otros servicios de Medicaid. Excepción: Se pueden pagar las visitas de supervisión cuando una enfermera registrada, en calidad de supervisora, provee visitas para supervisar los servicios prestados por una asistente de salud a domicilio bajo el plan de tratamiento de una agencia de salud a domicilio.

Unidad: Una unidad es una visita.

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. Los servicios se limitan al máximo mensual disponible para todos los servicios de exención, sin excepción.

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 de DHS. 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
- ◆ Servicios domésticos
- ◆ Relevo básico

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

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

Proceso de solicitud

El proceso de solicitud de una exención por SIDA/VIH requiere de un esfuerzo coordinado entre el Department of Human Services 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 de una trabajadora de servicios o administradora de caso. 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 SIDA/VIH se hace con una trabajadora de mantenimiento de ingresos (IM) en la oficina local de DHS.

En el caso de adultos que soliciten la exención por SIDA/VIH, se programará una cita con la trabajadora de IM. En el caso de menores que soliciten esta exención, llamaremos por teléfono a la casa de la familia. La documentación necesaria para completar este proceso puede 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. Para la evaluación inicial, la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS completará una herramienta de evaluación, la *Evaluación o Re-evaluación de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad*, formulario 470-0659.
 3. Para la re-evaluación, la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS completará la *Evaluación o Re-evaluación de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad*, formulario 470-0659.
 4. La Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise revisará la *Evaluación o Re-evaluación de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad*, formulario 470-0659, para determinar si el miembro necesita un nivel de cuidado en un asilo de ancianos u hospital.

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)*.

5. Se llevará 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 trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS, los proveedores de servicios de la exención por SIDA/VIH, los representantes legales y otras personas de apoyo que el miembro puede elegir. El resultado final de las decisiones del equipo interdisciplinario será un plan de servicios desarrollado, firmado y fechado por la trabajadora de servicio o administradora de caso de DHS.
6. La trabajadora de servicio o la administradora de caso emitirá un *Aviso de Decisión* si el miembro es aprobado para recibir los servicios de exención por SIDA/VIH.

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).

(ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكفر اللغفة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-338-8366** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-800-735-2942**).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, 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 द : य द आप हदी बोलते ह तो आपके िए 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)] schwetzsch, 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).

ഭീയന: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາໄທຍທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ 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).

ပတ်သည့်ပတ်သေး- နမူကတိက ကညီ ကျိန်အလိ, နမူနာ ကျိန်အတိအကျတလေ တလက်ဘူဉ်လက်စု နီတံးဘဉ်သ့န့ဉ်လီၤ. 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).