

Hoja de trabajo de elegibilidad de exención de los Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (Home and Community Based Services, HCBS Waiver Eligibility Work Sheet) de iBudget Florida

Nombre: _____ N.º de SS*: _____	
Región: _____ Fecha de vigencia del plan de apoyo: _____	
<p>I. Nivel de elegibilidad del cuidado:</p> <p>El individuo es un cliente de la Agencia para Personas Discapacitadas (Agency for Persons with Disabilities, APD), con una discapacidad del desarrollo que cumple con uno de los siguientes criterios y es elegible para recibir los servicios proporcionados en un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Intermediate Care Facility for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD). Revise que los criterios se cumplen.</p> <p>Opción A. <input type="checkbox"/> La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (Intelligence Quotient, IQ) de 59 o menos.</p> <p>Opción B. <input type="checkbox"/> La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (IQ) de 60 a 69 y el individuo tiene, por lo menos, una de las condiciones de minusvalía O la discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (IQ) de 60 a 69 y el individuo tiene limitaciones funcionales graves en, por lo menos, tres de las actividades cotidianas más importantes. Por favor, marque todas las condiciones de minusvalía y actividades cotidianas más importantes que apliquen.</p> <p>Opción C. <input type="checkbox"/> El individuo es elegible, conforme a la categoría de autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de Prader Willi, espina bífida o síndrome Phelan McDermid y el individuo tiene limitaciones funcionales graves en, por lo menos, tres de las actividades cotidianas más importantes. Por favor, marque todas las condiciones de minusvalía y actividades cotidianas más importantes que apliquen.</p>	
Condiciones de minusvalía	Actividades cotidianas más importantes
<input type="checkbox"/> Deficiencias en el andar <input type="checkbox"/> Deficiencias sensoriales <input type="checkbox"/> Problemas crónicos de salud <input type="checkbox"/> Síndrome Phelan McDermid	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Síndrome de Prader-Willi <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Uso y entendimiento del lenguaje <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Autodirección <input type="checkbox"/> Capacidad para vivir de forma independiente
<p>II. Elegibilidad de Medicaid:</p> <p>A. <input type="checkbox"/> El individuo tiene un número vigente de Medicaid. N.º de Medicaid _____</p> <p>B. <input type="checkbox"/> El individuo fue referido para elegibilidad de Medicaid el _____ (DD/MM/AAAA)</p> <p style="padding-left: 40px;">El resultado fue: Elegible <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Fecha de la determinación: _____</p>	
<p>III. Determinación de la elegibilidad: Marque la declaración correcta:</p> <p>A. <input type="checkbox"/> El individuo cumple con el Nivel de Elegibilidad del Cuidado (Level of Care Eligibility) (I), tiene un número de Medicaid (IIA) y es elegible para los servicios de exención (waiver services).</p> <p>B. <input type="checkbox"/> El individuo no cumple con el nivel de elegibilidad del cuidado médico en I o II y, por lo tanto, no es elegible para los servicios de exención.</p> <p>Coordinador de apoyo (firma): _____ Fecha: _____</p> <p>Agencia: _____</p>	
<p>IV. Elección: Para completarse solo al momento de la inscripción inicial de la exención (Waiver enrollment) y cada 365 días después. He recibido una explicación de los servicios basados en el hogar y la comunidad.</p> <p style="text-align: center;">(ELIJA UNO DE LOS SIGUIENTES)</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Se me ofrecieron los servicios de exención (waiver services) y elijo recibir los apoyos y servicios basados en el hogar y la comunidad. Entiendo que puedo seleccionar entre los proveedores inscritos elegibles para proveer servicios.</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Elijo recibir los servicios institucionales y prefiero que los servicios sean proporcionados en un ambiente institucional.</p> <p>Individuo (firma): _____ Fecha: _____</p> <p>Representante legal o testigo (firma): _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre en imprenta del representante legal o testigo: _____ Relación: _____</p>	

* La ley federal exige recabar su número de seguro social como una condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid bajo el 42 U.S.C. 1320b-7, y la agencia solicitará, utilizará y revelará el número para propósitos administrativos como lo autoriza la ley.