

Formulario para determinar la elegibilidad para la exención de HCBS de iBudget Florida

Nombre: _____ No. de secciones*: _____

Región: _____ Fecha de vigencia del plan de servicios: _____

I. Elegibilidad para el nivel de cuidado:

La persona es un cliente de la APD con una discapacidad del desarrollo que cumple uno de los siguientes criterios y es elegible para recibir los servicios prestados en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD). Marque los criterios que se cumplen.

Opción A. ☐ La discapacidad principal de la persona es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (CI) de 59 o menos.

Opción B. ☐ La discapacidad principal de la persona es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (CI) de entre 60 y 70, ambos inclusive, y la persona tiene al menos una de las siguientes condiciones de discapacidad O BIEN la discapacidad principal de la persona es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (CI) de entre 60 y 70, ambos inclusive, y la persona tiene limitaciones funcionales graves en al menos tres de las actividades principales de la vida. Marque todas las condiciones de discapacidad y actividades principales de la vida que correspondan.

Opción C. ☐ La persona es elegible en la categoría de autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de Prader-Willi, espina bífida o síndrome de Phelan-McDermid, y tiene limitaciones funcionales graves en al menos tres de las actividades principales de la vida. Marque todas las condiciones de discapacidad y actividades principales de la vida que correspondan.

Condiciones de discapacidad			Actividades principales de la vida	
☐ Déficit ambulatorios	☐ Problemas de conducta	☐ Epilepsia	☐ Autocuidado	☐ Movilidad
☐ Déficit sensoriales	☐ Autismo	☐ Espina bífida	☐ Comprensión y uso del lenguaje	☐ Autodirección
☐ Problemas de salud crónicos	☐ Parálisis cerebral	☐ Síndrome de Prader-Willi	☐ Aprendizaje	☐ Capacidad para vivir de manera independiente
☐ Síndrome de Phelan-McDermid	☐ Síndrome de Down			

II. Elegibilidad para Medicaid:

A. ☐ La persona tiene un número de Medicaid vigente. No. de Medicaid: _____

B. ☐ La persona fue remitida para determinar su elegibilidad para Medicaid el _____ (MM/DD/AA)

El resultado fue: Elegible ☐ Inelegible ☐ Fecha de determinación: _____

III. Determinación de la elegibilidad: Marque la afirmación correcta:

A. ☐ La persona cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir el cuidado (I), tiene un número de Medicaid (IIA) y es elegible para recibir servicios de exención.

B. ☐ La persona no cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir el cuidado de los niveles I o II y, por lo tanto, no es elegible para recibir servicios de exención.

Coordinador de servicios de exención (Firma): _____ Fecha: _____

Agencia: _____

IV. Selección: Solo debe completarse en el momento de la inscripción inicial en la exención y cada 365 días a partir de entonces.

He recibido una explicación sobre los servicios domiciliarios y comunitarios.

(ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)

A. ☐ Me han ofrecido servicios de exención y he decidido recibir apoyos y servicios comunitarios. Entiendo que puedo elegir entre los proveedores elegibles inscritos.

B. ☐ Elijo recibir servicios institucionales y prefiero que los servicios se presten en un entorno institucional.

Persona (Firma): _____ Fecha: _____

Representante legal o testigo (Firma): _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del rep. o testigo: _____ Relación: _____

* La ley federal requiere la recopilación de su número de seguro social como condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid en virtud del artículo 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 1320b-7, y la agencia recopilará, usará y divulgará el número para fines administrativos según lo autorice la ley.