

Hoja de trabajo de elegibilidad de exención de los Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (HCBS Waiver Eligibility Work Sheet) de iBudget Florida

Nombre: _____ N.º de SS*: _____						
Región: _____ Fecha de vigencia del plan de apoyo: _____						
I. Nivel de elegibilidad del cuidado: 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. Opción A. ☐ La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (Intelligence Quotient, IQ) de 59 o menos. Opción B. ☐ La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (IQ) de 60 a 70 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 70 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. Opción C. ☐ El individuo es elegible, conforme a la categoría de autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de Prader-Willi, espina bífida, síndrome de Phelan McDermid o síndrome de Tatton-Brown-Rahman 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.						
Condiciones de minusvalía <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Deficiencias en el andar ☐ Deficiencias sensoriales ☐ Problemas crónicos de salud ☐ Síndrome Phelan McDermid ☐ Problemas de conducta </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Autismo ☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome de Down ☐ Epilepsia ☐ Espina bífida </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Síndrome de Prader-Willi ☐ Síndrome de Tatton-Brown-Rahman </td> </tr> </table>	☐ Deficiencias en el andar ☐ Deficiencias sensoriales ☐ Problemas crónicos de salud ☐ Síndrome Phelan McDermid ☐ Problemas de conducta	☐ Autismo ☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome de Down ☐ Epilepsia ☐ Espina bífida	☐ Síndrome de Prader-Willi ☐ Síndrome de Tatton-Brown-Rahman	Actividades cotidianas más importantes <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Autocuidado ☐ Uso y entendimiento del lenguaje ☐ Aprendizaje </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Movilidad ☐ Autodirección ☐ Capacidad para vivir independientemente </td> </tr> </table>	☐ Autocuidado ☐ Uso y entendimiento del lenguaje ☐ Aprendizaje	☐ Movilidad ☐ Autodirección ☐ Capacidad para vivir independientemente
☐ Deficiencias en el andar ☐ Deficiencias sensoriales ☐ Problemas crónicos de salud ☐ Síndrome Phelan McDermid ☐ Problemas de conducta	☐ Autismo ☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome de Down ☐ Epilepsia ☐ Espina bífida	☐ Síndrome de Prader-Willi ☐ Síndrome de Tatton-Brown-Rahman				
☐ Autocuidado ☐ Uso y entendimiento del lenguaje ☐ Aprendizaje	☐ Movilidad ☐ Autodirección ☐ Capacidad para vivir independientemente					
II. Elegibilidad de Medicaid: A. ☐ El individuo tiene un número vigente de Medicaid. N.º de Medicaid _____ B. ☐ El individuo fue referido para elegibilidad de Medicaid el _____ (DD/MM/AAAA) El resultado fue: Elegible ☐ No elegible ☐ Fecha de la determinación: _____						
III. Determinación de la elegibilidad: Marque la declaración correcta: A. ☐ 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). B. ☐ 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. Coordinador de apoyo (firma): _____ Fecha: _____ Agencia: _____						
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. (ELIJA UNO DE LOS SIGUIENTES) A. ☐ 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. B. ☐ Elijo recibir los servicios institucionales y prefiero que los servicios sean proporcionados en un ambiente institucional. Individuo (firma): _____ Fecha: _____ Representante legal o testigo (firma): _____ Fecha: _____ Nombre en imprenta del representante legal o testigo: _____ Relación: _____						

* 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.