



Departamento
de Salud Pública
de
Wyoming

Guía de solicitud para el programa *Supports Waiver*



Behavioral Health Division
Developmental Disabilities Section
6101 Yellowstone Road, Suite 220
Cheyenne, WY 82002
<https://health.wyo.gov/behavioralhealth/dd/>
1-800-510-0280 307-777-6494

Índice

Introducción: Programas en el hogar y en la comunidad.....	3
Programa <i>Supports Waiver</i>: Requisitos de elegibilidad.....	4
Programa <i>Supports Waiver</i>: Pasos del proceso de elegibilidad	5
Paso 1: Comuníquese con el Departamento de Salud Mental	6
Paso 2: Trabaje con un especialista del programa.....	7
Paso 3: Programe una entrevista con el administrador de caso	8
Paso 4: Entreviste al administrador de caso	9
Hojas de notas para hacer las entrevistas.....	10
Paso 5: Llenar los formularios de solicitud y de selección del administrador del caso	11
Obligaciones del administrador del caso en el programa <i>Supports Waiver</i>.....	12
Proceso de solicitud	Error! Bookmark not defined.
Paso 6: Llenar el formulario LT-104 y otros documentos.....	14
Paso 7: Programe su evaluación	15
Lista de verificación de psicología.....	17
Paso 8: Evaluación ICAP	19
Paso 9: Recibo de la carta de elegibilidad – Aprobación.....	20
Paso 10: Recibo de la carta de elegibilidad - Financiamiento.....	20
Programa <i>Supports Waiver</i>: Denegación	21
Programa <i>Supports Waiver</i>: Funciones y responsabilidades.....	22
<i>Usted y su representante legal</i>	<i>22</i>
<i>Usted y su representante legal, continuación.....</i>	<i>23</i>
<i>Administrador del caso</i>	<i>25</i>
<i>Administrador de caso, continuación</i>	<i>26</i>
<i>Proveedor de servicios.....</i>	<i>27</i>
<i>Proveedor de servicios, continuación.....</i>	<i>28</i>
Definiciones: Términos comúnmente utilizados en el programa <i>Supports Waiver</i>	29
Programa <i>Supports Waiver</i>: Formularios y planillas	34

Introducción: programa *Support Waiver* en el hogar y en la comunidad

La meta del programa *Support Waiver* en el hogar y en la comunidad es brindar apoyo al individuo con discapacidades en su propia comunidad, como una alternativa a recibir cuidado internado en una institución. . Estos programas eliminan ciertas restricciones del plan estatal de Medicaid, permitiéndole al estado de Wyoming financiar más servicios.

En esta guía de solicitud encontrará información, formularios y los procesos necesarios para ayudarle a solicitar la participación en el programa *Supports Waiver*.

Misión del Programa *Supports Waiver*

Supports Waiver provee servicios de apoyo a personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo o daño cerebral, para que puedan ser miembros activos de la comunidad, con amigos y familia, trabajar y vivir de forma segura e independiente, siempre cuando sea posible, según sus propias decisiones y preferencias.

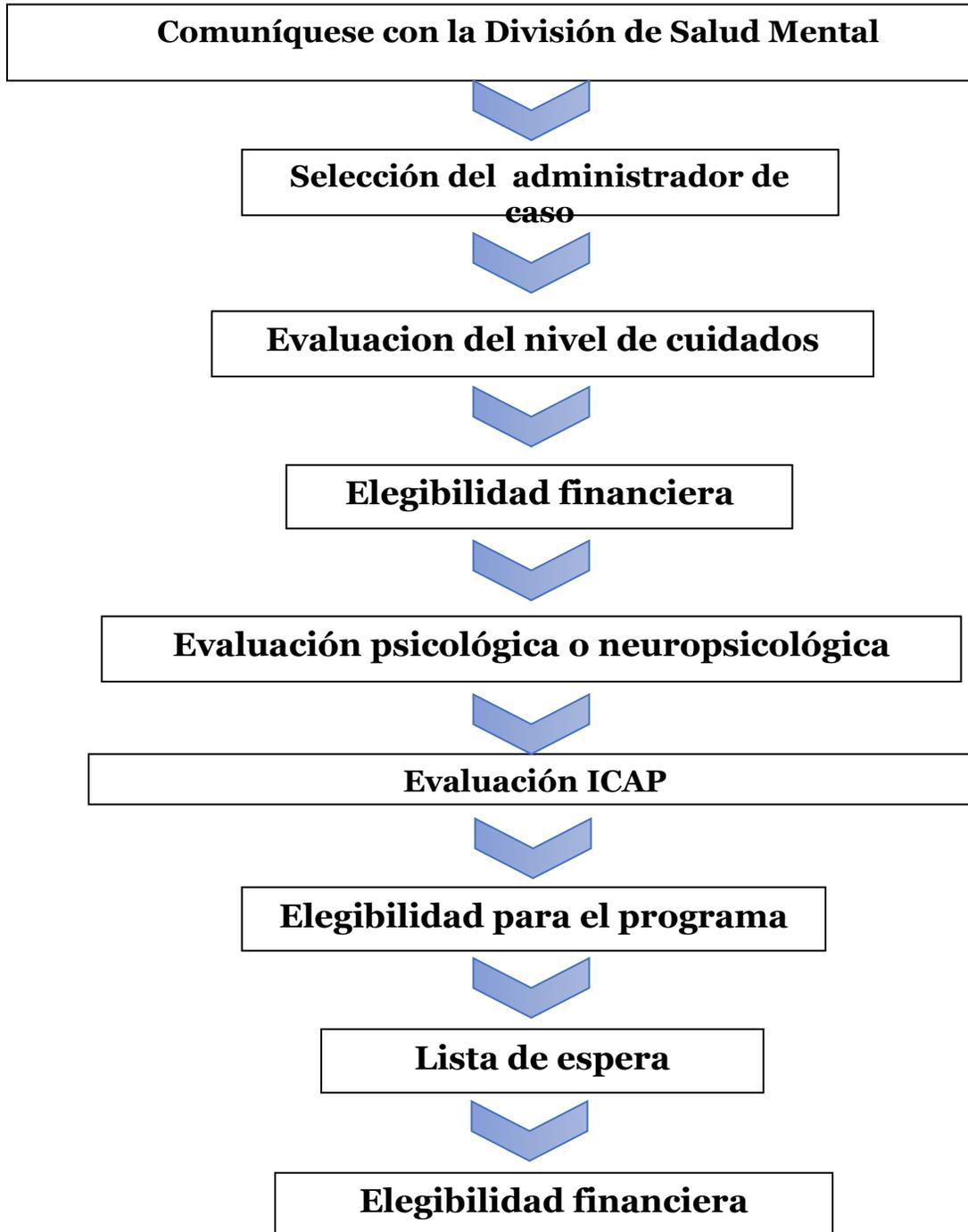
Programa *Supports Waiver*: requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para el programa *Supports Waiver* debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser ciudadano legal de Estados Unidos
2. Ser residente de Wyoming, tal como lo establece el Medicaid
3. Cumplir con los requisitos para el nivel de cuidado (formulario LT-104)
4. Cumplir con los requisitos financieros de elegibilidad, según los criterios de la Unidad de Cuidado a Largo Plazo de Medicaid;
5. Cumplir con uno (1) de los siguientes diagnósticos clínicos de elegibilidad, determinados a través de una evaluación psicológica o neuropsicológica reciente:
 - a. Diagnóstico de discapacidad intelectual
 - b. Discapacidad de desarrollo o trastorno relacionado
 - c. Una lesión o daño cerebral (ABI, por sus siglas en inglés) se define en el Capítulo 1 de las Reglas del Departamento de Salud de Medicaid.
 - i. Debe tener entre 21 y 64 años
6. Una vez que se satisfacen los requisitos clínicos de elegibilidad, debe cumplir con los requisitos en la evaluación ICAP (*Inventory of client and agency planning*, por su nombre en inglés), tal como se administra a través del Instituto para Discapacidades de Wyoming (WIND).
- 7.

Programa *Supports Waiver*: Pasos del proceso

RESUMEN



Paso 1: comuníquese con la División de Salud Mental

Para solicitar información sobre el programa comuníquese con el especialista de apoyo al participante (PSS, por sus siglas en inglés) de su condado.

Información de contacto de la División de Salud Mental (BHD)

Número de teléfono: 307-777-7115

Correo electrónico: bhdmail@wyo.gov

Página de internet: <https://health.wyo.gov/behavioralhealth>

Wyoming 2-1-1

Si necesita servicios y apoyo durante el proceso de solicitud, o mientras está en lista de espera para el programa llave al 2-1-1 desde su teléfono móvil. Wyoming 2-1-1 es un sistema de referencias e información de salud y servicios humanos, gratuito y confidencial. . Para más información sobre Wyoming 2-1-1 visite la página de internet <https://211wyoming.communityos.org/cms/>.

Paso 2: trabaje con un especialista de apoyo al participante (PSS)

Puede trabajar en conjunto con su PSS para que le ayude a navegar el proceso de aplicación. Por favor, este preparado para discutir lo siguiente:

1. Una explicación detallada y revisión del proceso de aplicación.
2. Una lista de administradores de casos que sirven el condado donde vive.
3. Sugerencias de preguntas para entrevistar a un posible administrador de caso.
4. Información sobre instituciones o servicios en la comunidad.
5. El promedio de tiempo que tarda determinar su elegibilidad.
 - a. Por favor, tenga en cuenta que puede tardar varios meses.
6. Cualquier otra pregunta que usted tenga.

Este Paso 2 es opcional y le permitirá abordar cualquier pregunta que pueda tener con relación al proceso de aplicación o sobre el programa. Si siente que puede completar el proceso usted mismo y no tiene preguntas, vaya al Paso 3.

Paso 3: programe las entrevistas con los administradores de caso

El PSS le suministrará una lista de administradores de casos que trabajan el condado en el que vive y usted tiene derecho a escoger un administrador de caso de la lista. Es importante que escoja al administrador de caso que crea que podrá satisfacer sus necesidades de la mejor manera.

Una vez que tenga esa lista, tiene que programar las entrevistas para escoger al administrador adecuado. A continuación tiene una lista de preguntas útiles para sus entrevistas:

1. ¿Su carga de trabajo actual le permite aceptar otro participante? De ser así, ¿qué tan pronto puede comenzar?
2. Por favor, describa su experiencia trabajando con personas con discapacidades.
3. ¿Está disponible para reunirse conmigo fuera del horario laboral?
4. La comunicación y confidencialidad son muy importantes para mí. ¿Me puede proveer ejemplos de cómo usted típicamente aborda estas preocupaciones?
5. ¿Usted se compromete a ayudarme a procurar otros servicios mientras espero la aprobación del Programa *Support Waiver*? (Ej.: la solicitud de seguro social, etc.)

Paso 4: entrevistas a los administradores de caso

Puede utilizar la siguiente tabla para llevar el control de los administradores de caso que le gustaría entrevistar:

Nombre de Administrador	Número de teléfono	Fecha en que le pidió La entrevista	Fecha de la entrevista

Puede utilizar la siguiente hoja para escribir sus notas durante las entrevistas a los administradores de caso:

Paso 5: llene la solicitud para el programa *Support Waiver* y el formulario de selección de administrador

Una vez que haya seleccionado un administrador de caso, tiene que llenar el formulario de selección de administrador de caso y la solicitud del programa *Supports Waiver* que están al final de esta guía.

1. Formulario de selección de administrador de caso
 - a. Este formulario identifica el administrador de caso que ha seleccionado.
 - b. Con la ayuda de su administrador, complete todo el formulario.
 - c. Usted y su administrador de caso deben firmar el formulario.
2. Solicitud para el programa se
 - a. Llene todo el formulario y fírmelo.

Su administrador de caso es responsable de mandar por correo o fax todos los formularios al PSS.

Tras recibirlos, el PSS iniciará el proceso de solicitud para el programa.

Programa *Supports Waiver*: obligaciones del administrador de caso

El administrador de caso se ocupará de los siguientes trámites para ayudarle a través del proceso de solicitud:

1. Completar la evaluación sobre el nivel de cuidado requerido (formulario LT-104) en un plazo de treinta (30) días tras haber sido seleccionado como su administrador de caso.
2. Ayudarle con el proceso de elegibilidad financiera, que se hace a través de la Unidad de Cuidados a Largo Plazo del Medicaid. Los documentos para la elegibilidad financiera hay que presentarlos en un plazo de cuarenta y cinco (45) días tras la aprobación de la evaluación para determinar el nivel de cuidado requerido.
3. Ayudarle a programar las evaluaciones requeridas
 - a. Si usted tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, se le puede ayudar a programar una evaluación psicológica.
 - b. Si tiene una lesión/daño cerebral (ABI), se le ayudará a programar una evaluación neuropsicológica.
 - i. Antes de que se programe su evaluación neuropsicológica, usted y su administrador de caso tendrán que procurar y presentar toda la documentación médica que demuestra que tiene una lesión cerebral.
4. Completar la lista de verificación de ICAP.
5. Ayudarle a solicitar otros servicios mientras completa el proceso de elegibilidad para el programa *Supports Waiver* y espera recibir los fondos financieros necesarios.

Si cumple con los requisitos bajo cada sección y se le considera elegible, por favor vaya al siguiente paso en el proceso.

Proceso de Solicitud del Programa *Supports Waiver*

Si no cumple con los requisitos en cualquier sección, el proceso de solicitud se detiene y se le mandará una carta de negación.

El administrador de caso le ayudará a completar la evaluación para determinar el nivel de cuidados (Formulario LT-104).

El administrador de caso le ayudará a completar la documentación para determinar su elegibilidad financiera. Esos documentos tiene que presentarlos en la Unidad de Cuidado a Largo Plazo de Medicaid (1-855-203-2936).

Si está solicitando el Programa *Supports Waiver* y no tiene una lesión/daño cerebral (ABI):

Su administrador de caso le ayudará a programar una evaluación psicológica. La evaluación se presentará a la División de Salud Mental, quienes determinarán la elegibilidad clínica.

Si está solicitando el Programa *Supports Waiver* y tiene una lesión cerebral, administrador de caso le ayudará a recopilar y presentar su documentación médica.

Si cumple con los requisitos, su administrador de caso le ayudará a programar una evaluación neuropsicológica.

El Instituto para Discapacidades de Wyoming (WIND, por sus siglas en inglés) se comunicará con usted para hacerle la evaluación de ICAP. El administrador de caso trabajará con usted para escoger a las personas que puedan contestar las preguntas de la evaluación. WIND presentará los resultados a la División de Salud Mental, quienes determinarán la elegibilidad clínica.

Si llena todos los requisitos de elegibilidad, se le pondrá en la lista de espera de Exención para Soporte hasta que haya fondos disponibles.

I/DD Track

ABI Track

Paso 6: llene el formulario LT-104 y otros documentos

El administrador de caso completará y presentará la evaluación para determinar el nivel de cuidados que usted necesita (formulario LT-104) en un plazo de treinta (30) días tras haber sido seleccionado como su administrador de caso. El formulario LT-104 será revisado por la División de Salud Mental para determinar si cumple con los requisitos de preselección para el programa.

Si tiene un representante legal, tendrá que presentar la orden judicial correspondiente, firmada por un juez, para que el administrador de caso a su vez pueda remitirla a la División de Salud Mental. La orden judicial prueba de que su representante legal está autorizado para ayudarle a escoger proveedores, servicios, etc.

Si cumple con los requisitos de preselección para el programa, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días, su administrador de caso le ayudará a completar y presentar la documentación necesaria para determinar la elegibilidad financiera de Medicaid. Estos documentos se utilizarán para determinar si es económicamente elegible para el programa.

1. Si no cumple con los requisitos financieros o de nivel de cuidado, la tramitación de su solicitud se detendrá y se le mandará una carta de negación.
2. Si cumple con los requisitos de elegibilidad financiera y de nivel de cuidado, puede proceder al Paso 7.

Se puede comunicar con la Unidad de Cuidado a Largo Plazo llamando al 1-855-203-2936.

Paso 7: programe su evaluación

Una vez que se haya determinado que cumple con los requisitos de elegibilidad financiera y nivel de cuidado, su administrador de caso le ayudará a programar una evaluación psicológica o neuropsicológica para determinar sus capacidades mentales y así decidir su elegibilidad para el programa.

Si tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo, necesitará programar una evaluación psicológica, con psicólogo licenciado en Wyoming que esté registrado como proveedor de servicios en el programa Medicaid.

Si tiene una lesión/daño cerebral (ABI) necesitará programar una evaluación neuropsicológica para confirmar que cumple con los criterios clínicos y funcionales de esas lesiones. Esta evaluación debe ser administrada por un psicólogo licenciado que tenga al menos un (1) año de experiencia de trabajo postdoctoral con lesiones cerebrales.

La siguiente página enumera los criterios exactos que el psicólogo debe utilizar para determinar su elegibilidad clínica. Puede compartir esta lista con el psicólogo.

Esta página se ha dejado en
blanco intencionalmente



Diagnósticos Clínicos

Lista de verificación para el psicólogo

División de Salud Mental
Sección de Discapacidades en el Desarrollo
Telefonos: (307) 777-7115
1-800-510-0280
Fax: (307) 777-6047

Para que un solicitante sea determinado clínicamente elegible para el Programa *Supports Waiver* debe cumplir con *uno* de los siguientes requisitos:

Diagnóstico de Discapacidad Intelectual tal como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) más reciente. (Debe cumplir con todos los criterios diagnósticos).

- Verifique el diagnóstico en una evaluación psicológica por escrito;
- El criterio diagnóstico debe reflejar las escalas o puntaje de los comportamientos adaptativos, determinados a través de las medidas estándares de los comportamiento de adaptación, tal como;
 - Las Escalas de Clasificación de Comportamiento de Vineland
 - Sistema de Evaluación de los Comportamientos de Adaptación
- Resultados del examen Coeficiente Intelectual (IQ).

Una Discapacidad del desarrollo u otro trastorno relacionado. La evaluación o la historia clínica deben identificar una discapacidad crónica y severa. (Debe cumplir con todos los criterios diagnósticos).

- CASOS DE AUTISMO:** *Para los solicitantes con un diagnóstico de Trastorno del espectro autista debe hacer una nueva evaluación de autismo*
- La discapacidad se presentó antes que la persona cumpliera los veintidós (22) años
- La discapacidad requiere de servicios especiales a largo plazo o de por vida
- La discapacidad es causada por impedimento mental o físico (No por una enfermedad mental/trastorno psiquiátrico)
- Es probable que la discapacidad continúe indefinidamente;
- La discapacidad causa limitaciones funcionales importantes en *tres (3)* o más de las principales actividades de la vida diaria:
 - Cuidados/aseo personal
 - Lenguaje receptivo y expresivo
 - Aprendizaje
 - Posibilidades o rango de movimiento
 - Autodirección/Autocontrol
 - Aptitud para vivir independientemente
 - Independencia económica;

Lesión o daño cerebral (ABI) (Debe cumplir con todos los criterios):

- Entre las edades de veintiuno (21) y sesenta y cuatro (64);
- Cumple con al menos *uno* (1) de los siguientes criterios de evaluación para confirmar el diagnóstico:
 - Puntuación de cuarenta y dos (42) o más en la evaluación *Mayo Portland Adaptability Inventory* (MPAI, por sus siglas en inglés)
 - Puntuación de cuarenta (40) o menos en la evaluación *California Verbal Learning Test II Trials 1-5 T*
 - P: puntuación de cuatro (4) o más en la evaluación Escala de Calificación de Supervisión

Paso 8: evaluación ICAP

La evaluación *Inventory for Client and Agency Planning* (ICAP, por sus siglas en inglés) se utiliza para el identificar nivel de funcionamiento del solicitante y determinar su elegibilidad.

El administrador de caso le ayudará a escoger a las personas que puedan contestar las preguntas de la evaluación y a completar la lista de verificación que se presenta al Instituto para Discapacidades de Wyoming (WIND). WIND se comunicará con usted para programar una entrevista y completar su evaluación de ICAP.

Para más información sobre esta evaluación, por favor visite la página de internet de la División de Salud Mental.

Paso 9: recibo de la carta de aprobación

Si se determina que es económica y clínicamente elegible para el programa *Supports Waiver*, usted recibirá una carta de aprobación. Si no hay fondos disponibles, se le colocará en una lista de espera. Esto significa que es elegible para el programa, pero que tendrá que esperar a que haya fondos disponibles para que comience a recibir los servicios.

Cuando los fondos financieros estén disponibles, la División de Salud Mental le mandará una notificación por escrito. Mientras tanto, su administrador de caso le ayudará a recibir otros servicios no relacionados con el programa, proveerá servicios de intervención estabilización en caso de crisis, y lo pondrá en contacto con cualquier recurso disponible que puede necesitar.

Si le interesa aprender más sobre los servicios que se pueden ofrecer una vez que haya fondos disponibles, visite la página de internet de la División de Salud Mental, incluida en la página 6.

Paso 10: recibo de la carta de elegibilidad para financiación

Una vez que haya fondos disponibles, recibirá una carta de la División de Salud Mental que incluirá la cantidad aprobada para su presupuesto individual (IBA, por sus siglas en inglés) y la fecha a partir de la cual puede comenzar a recibir sus servicios. Su IBA es la cantidad de dinero que tiene disponible para comprar servicios en el programa *Supports Waiver*. Su administrador de caso trabajará con usted y su equipo de proveedores de servicios para generar su plan individualizado de servicios (IPC, por sus siglas en inglés.)

Programa *Supports Waiver*: cuando no es elegible –

Si se determina que usted es clínica o financieramente inelegible para los servicios del programa *Supports Waiver*, recibirá una carta de denegación de elegibilidad de la División de Salud Mental. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una revisión de la solicitud. Una revisión es una petición a la División de Salud Mental para que vuelva a examinar su documentación para determinar si la decisión es correcta.

La solicitud de revisión se puede presentar por escrito a la División de Salud de Comportamiento y debe incluir documentación que demuestre que ha sucedido al menos una (1) de las siguientes situaciones:

1. La información presentada fue malinterpretada.
2. La información no se explicó correctamente o en su totalidad.
3. No se aplicaron correctamente los estándares o reglas de elegibilidad del programa. o
4. Los requisitos de elegibilidad fueron malinterpretados.

La solicitud para una revisión hay que presentarla en un plazo de e treinta (30) días después que haya recibido la carta de denegación.

También puede solicitar una audiencia imparcial. En esta audiencia usted tiene la oportunidad de explicarle al funcionario por qué cree que la decisión sobre su caso es incorrecta. La carta de denegación incluirá información sobre cómo solicitar una audiencia.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades

Usted y su representante legal

- Ayudar a proporcionar evidencia de la necesidad de servicios y apoyo.
- Ayudar a proporcionar la información que ayudara al administrador de caso a completar la evaluación para determinar el nivel de cuidados que necesita.
- Ayudar a recopilar toda la información necesaria, incluyendo expedientes escolares, historia clínica e información del seguro social.
- Proporcionar a sus proveedores la información médica, de emergencia y de contacto necesaria.
- Escoger los proveedores y los servicios.
- Mantenerse informados sobre cambios en el programa *Supports Waiver* a través del sitio de internet y sobre de oportunidades educativas que proporciona la División de Salud Mental. .
- Si usted auto controla sus servicios del Programa *Supports Waiver*, tiene que cumplir con estas funciones y responsabilidades, incluyendo darle a su administrador todos los meses la documentación con el progreso y los objetivos de su plan individualizado de servicios (IPC).
- Participar en el proceso de planificación del programa, lo que incluye el desarrollo y revisión de su IPC.
 - Coordinar con el administrador del caso, al menos treinta (30) días antes de la fecha prevista, para programar las reuniones sobre su IPC.
- Revisar su IPC y se asegura que incluya los servicios y la ayuda requerida y acordada.
- Cada año, presentar los formularios e información requerida a la Unidad de Cuidado a Largo Plazo para la revisión y actualización de la elegibilidad financiera.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades Usted y su representante legal (cont.)

- Están informados sobre los derechos y restricciones y participa activamente de cualquier conversación sobre posibles restricciones a sus derechos.
- Si no entienden la información o las instrucciones, preguntan o piden aclaraciones sobre sus responsabilidades directas.
- Si usted es el representante legalmente autorizado, proporcionara información al tribunal por lo menos dos (2) veces al año, o tal como requiera su orden judicial.
- Notificar al PSS y a su administrador de caso si hay cambios en su residencia, número de teléfono, representante legal, representante beneficiario, guardián o tutor legal, etc.
- Estar disponible para que el administrador de caso visite su hogar mensual o trimestralmente. Si necesita cancelar una visita, debe hacerlo con el tiempo de antelación requerido para no interrumpir el servicio.
- Informar a su administrador de caso y proveedores de cualquier pregunta o preocupación y darles la oportunidad de abordar dichos asuntos con usted.
- Informar a su administrador de caso de cualquier cambio en los servicios que haya solicitado y seguir el proceso de transición de la División de Salud Mental cuando cambie de proveedores de servicio o se mude a otra localidad dentro del estado.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades Usted y su representante legal (cont.)

- Por favor, programe la reunión de transición con dos (2) semanas de antelación y espere una (1) semana para que las modificaciones sean aprobadas por la División de Salud Mental, antes que los servicios se modifiquen o antes de mudarse.
- Proporcionar a su administrador de caso y a sus proveedores de manera oportuna cualquier información sobre incidentes, preocupaciones sobre medicamentos o problemas de comportamiento.
- Participar en las evaluaciones que sean necesarias para determinar de manera continua su elegibilidad para el programa.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades

Administrador de caso

- Coordinar las evaluaciones y revisiones necesarias para para verificar la necesidad de servicios del programa.
- Iniciar el proceso de evaluación y reevaluación el criterio de nivel de cuidado necesario (formulario LT-104).
- Le ayuda a usted y las personas que le apoyan, a desarrollar su IPC para que incluya sus necesidades, intereses, y metas individuales.
- Revisar su IPC con usted y su equipo en una forma que sea fácil de entender.
- Ayudarle usted y a sus proveedores a desarrollar un programa personalizado para sus necesidades.
- Proporcionar copias de su IPC a sus proveedores, siguiendo las leyes y regulaciones de privacidad y confidencialidad.
- Monitorear los servicios y la facturación de sus proveedores.
- Supervisar su plan de medicamentos, tal como se indique en su IPC.
- Observar sus servicios, trimestralmente, en varias situaciones o escenarios para comprobar que se está implementando su IPC, que los horarios son correctos, que está progresando y que se están satisfaciendo sus necesidades. Enviar los avisos, con treinta (30) días, para sus reuniones semestrales anuales de IPC.
- Presentar su IPC al PSS con treinta (30) días de antelación a la fecha de inicio del mismo.
- Le ayuda a determinar los servicios que son prioridad para usted.
- Apoyar sus decisiones y preferencias, excepto cuando sea ilegal o evidentemente no sea en su mejor interés.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades Administrador de caso (cont.)

- Proporciona a usted y a su representante legal opciones sobre sus proveedores de servicio actuales y otros administradores de casos.
- Hacer una visita de hogar mensual o trimestralmente, dependiendo de su servicio.
- Educar (a usted y a su representante legal) sobre oportunidades más autónomas y le ayuda entender las responsabilidades de las mismas.
- Supervisar cualquier limitación o restricción que haya recibido, de acuerdo a su Plan de apoyo positivo de conducta (*Positive Behavior Support Plan* o *PBSP* por sus siglas en inglés) y hacer los análisis de riesgos y tendencias.
- Estar informado y compartir información específica sobre usted. Por ejemplo: cambios en medicamentos, cambios en comportamientos, etc.
- Conocer los reglamentos y políticas actuales de la División de Salud Mental.
- Si usted está recibiendo servicios de forma autónoma, el administrador de caso debe trabajar con el agente servicios de administración de finanzas y con usted o su representante legal para llenar los documentos, revisar los servicios, y contestar preguntas.
- Continúa ayudándole a recibir servicios fuera del programa y conectándole con otros recursos.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades Proveedor de servicios

- Participar en sus reuniones de equipo y proporcionar la información pertinente para ayudarles a tomar las decisiones correctas sobre sus servicios.
- Cumplir con su IPC y notificar a su administrador de caso cuando tenga preguntas o preocupaciones sobre el mismo.
- Trabajar con su equipo de plan de cuidado para determinar si hay cambios necesarios de su IPC, tales como cambios en los medicamentos, planes de comportamiento y horario de comidas, o cualquier otra modificación significativa a los servicios.
- Cumplir con las directrices de asistencia con los medicamentos, si se incluyen en su IPC.
- No proveerá servicios hasta que reciba una copia de su IPC, y el personal haya sido completamente entrenado en los servicios que usted recibirá. Esto incluye el formulario de verificación de servicios y todas las firmas requeridas.
- Mantener registros precisos de las unidades, incluyendo las unidades utilizados en su IPC, y notificar al administrador de caso y hay alguien cambio en las mismas.
- Hacer un presupuesto de las unidades en su plan para que duren el año entero.
- Proporcionar de manera oportuna a usted, a su representante legal y su administrador de caso toda información referente a:
 - Incidentes internos o graves
 - Limitaciones y restricciones
 - Preocupaciones sobre medicamentos y comportamientos
 - Documentación de facturación
 - Cualquier otra información importante.

Programa *Supports Waiver*: funciones y responsabilidades

Proveedor de servicios (cont.)

- Notificar de inmediato al PSS de la División de Salud Mental sobre cambios de dirección, número de teléfono, o correo electrónico para mitigar cualquier desactivación o interrupción de pagos.
- Desarrollar un horario y objetivos para usted, teniendo en cuenta las contribuciones de su equipo.
- Proporcionar una copia mensual de su documentación al administrador de caso el día diez (10) de cada mes.
- Permitir que su administrador de caso y el personal de la División de Salud Mental supervisen los servicios que recibe bajo el programa.
- Cumplir con el procedimiento de transición establecido por la División de Salud Mental para facilitar las transiciones antes de admitirlo a los servicios o aceptar ser su proveedor. .
- Participar en actualizaciones y entrenamientos de la División de Salud Mental que sean pertinentes a los servicios que le ofrecerán.
- Respetar sus derechos y diferencias culturales, y garantizar que todo personal entienda y respete los mismos.
- Estar informado y cumplir todos los reglamentos y regulaciones federales y estatales referentes a la provisión de servicios en el hogar y en la comunidad.

Definiciones: términos comunes utilizados en el **Programa *Supports Waiver***

Defensor: Una persona, escogida por usted o su representante legal que le apoya y representa sus intereses para garantizar sus derechos legales y el acceso a los servicios que necesite. Un defensor puede ser un amigo, pariente, o cualquier otra persona interesada. El defensor no tiene autoridad legal para tomar decisiones en su nombre.

Lesión o daño cerebral (ABI, por sus siglas en inglés) – Capítulo 1 - Reglas de Medicaid - Wyoming: Cualquiera de las siguientes:

- A. Una combinación de defectos focales y difusos en el sistema nervioso central, tanto inmediato como demorado, al nivel del tronco cerebral o más arriba.
- B. Lesión causada por interacción entre fuerzas externas y el cuerpo, falta de oxígeno, infección, toxicidad, cirugía, y trastornos vasculares no asociados con el envejecimiento.
- C. Causada por una lesión en el cerebro al nacer.
- D. Causado por fuerza física externa o trastorno (s) metabólico (s). y que:
 - a. (E) incluye traumatismos craneoencefálicos tales como lesiones abiertas o cerradas en la cabeza y lesiones craneoencefálicas traumáticas, tal como aquellas causadas por accidentes cerebrovasculares, tumores, enfermedades infecciosas, lesiones neurológicas por falta de oxígeno, trastornos metabólicos y por inhalación o ingestión de sustancias tóxicas. Las lesiones o daños cerebrales adquiridas incluye los daños cerebrales congénitos o ni aquellos causados por trauma durante el parto y no son deficiencias del desarrollo ni tienen carácter degenerativo.

Administrador de caso: Es un proveedor de servicios que le ayuda identificar, seleccionar, obtener, coordinar y utilizar tanto los servicios pagados por el programa como otros servicios. Su meta es de mejorar su independencia, productividad e integración a la vida cotidiana, según sus capacidades y preferencias.

Menor: Una persona menor de 21 años de edad. Los individuos entre 18 y 21 años que reciben servicios se les consideran adultos en el estado de Wyoming y deben firmar sus documentos, a menos que tengan un representante legal.

Grupo de apoyo: Personas específicas que usted puede contactar para pedirle ayuda o apoyo. Puede incluir a familiares, amigos, vecinos, defensores, proveedores de servicios, el arrendador de la casa donde vive, miembros de la comunidad o de departamentos locales o miembros de los servicios locales de emergencias.

Departamento de Servicios Familiares (*Department of Family Services*, por su nombre en inglés): Conecta a las familias con algunos servicios que promueven la salud, seguridad y la independencia para que puedan contribuir a sus comunidades.

Discapacidad del desarrollo: Una discapacidad severa, crónica, que:

- A. Es causada por un impedimento físico o mental o una combinación de varios impedimentos físicos o mentales.
- B. Se manifiesta antes que el individuo cumpla 22 años.
- C. Es probable que sea de por vida.
- D. Provoca limitaciones funcionales significativas en 3 o más de las siguientes áreas de actividades cotidianas:
 - i. Cuidados/Aseo personal
 - ii. Lenguaje receptivo y expresivo.
 - iii. Aprendizaje.
 - iv. Libertad de movimientos.
 - v. Autodirección.
 - vi. Capacidad para vivir independientemente.
 - vii. Independencia económica, y
- E. Demuestra que el individuo necesita recibir una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o generales, ayuda individualizada u otras formas de asistencia por periodo de tiempo largo o de por vida, que sean planeados y coordinados individualmente.

Electronic Medicaid Waiver System (EMWS, por sus siglas en inglés): Sistema electrónico para administrar su expediente en el programa *Supports Waiver*.

Funcionalmente necesario/Necesario para funcionar adecuadamente:

Un servicio que:

- A. Es requerido por su diagnóstico o trastorno.
- B. Es reconocido como una práctica común o actual en la industria o profesión de su proveedor de servicios.
- C. Tiene como objetivo ofrecer una adaptación razonable para cualquier limitación funcional que tenga y así incrementar su independencia.
- D. Se provee de la manera eficiente y en un ambiente apropiado, según el cuidado que necesita.
- E. No es un servicio experimental o de investigación y es aceptado de manera general por la comunidad médica.

ICF/ID: Instalación de cuidados o servicios intermedio para personas con discapacidades intelectuales.

Individual Budget Amount (IBA, por sus siglas en inglés): Cantidad de fondos del Medicaid asignada a su presupuesto para servicios de acuerdo a sus necesidades. ***Individualized Plan of Care (IPC, por sus siglas en inglés)***: Es su plan individualizado de servicios que describe por escrito:

- A. El tipo y frecuencia de los servicios que recibirá,
- B. Independientemente del origen de los fondos para pagarlos, e
- C. Identifica al proveedor o tipo de proveedores que brindarán estos servicios.

Discapacidad intelectual: Funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio, con deficiencias en el comportamiento adaptativo, que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Evaluación ICAP: Evaluación que utilizada por la División de Salud Mental ayudar determinar su elegibilidad y necesidades para el programa.

Representante Legal: Una persona autorizada por la ley para actuar como su

tutor legal.

Medicaid: Departamento estatal que provee fondos y regula asistencia y servicios médicos. En Wyoming Medicaid es un programa supervisado por la Oficina de Financiamiento para los Servicios Médicos, en el Departamento de Salud Pública de Wyoming.

Historia clínica: Todos los documentos que su proveedor tiene que describen su diagnóstico, trastorno y tratamiento, incluyendo su plan individualizado de servicios (ICO).

Evaluación neuropsicológica o psicológica: Un proceso que evalúa las capacidades mentales de una persona para determinar su elegibilidad para el programa *Supports Waiver*.

Objetivos: Una condición o habilidad específica a lograr, que se puede medir, es relevante y se puede alcanzar en un periodo de tiempo específico, que le permitirá alcanzar una meta en particular.

Participante: Individuo que ha sido determinado es elegible para los servicios del programa *Supports Waiver*.

Person-Centered Planning (Planificación enfocada en el individuo): Es el proceso, dirigido por usted, que identifica sus puntos fuertes, habilidades, preferencias, necesidades; los servicios que necesita para cubrirlos y proveedores disponibles para ofrecerlos. La planificación enfocada en el individuo permite a la persona recibiendo los servicios tomar control, y escoger el proceso para desarrollar e implementar su IPC.

Equipo de plan de servicios: Grupo de personas que conocen su caso en conjunto están calificados para ayudarle desarrollar su IPC.

Los miembros del equipo son usted, su representante legal (si lo tiene), el administrador de caso, los proveedores de servicios en su IPC, su defensor (si lo tiene), y cualquier otra persona que usted escoja.

Proveedor: Persona o entidad certificada por la División de Salud Mental para brindarle servicios y que esté registrado en Medicaid como proveedor con el programa Supports Waiver.

Trastorno relacionado: Un trastorno que afecta a un individuo y que le causa una discapacidad grave, crónica o de desarrollo, que se manifiesta antes que cumpla los 22 años, a la cual atribuye una parálisis cerebral, trastorno convulsivo, o cualquier otro trastorno (excepto una enfermedad mental) que sufra. Generalmente es muy similar una discapacidad intelectual y que requiere servicios similares, según lo determine médico o psicólogo.

Beneficiario representativo: Una persona u organización nombrada por la Administración del Seguro Social para administrar, en nombre suyo, los beneficios estatales, federales o pagos de cualquier programa de asistencia social si usted no puede administrar directamente sus finanzas.

Autodirección: Tendencia que enfatiza la habilidad que las personas con discapacidades de desarrollo y sus familias tienen para decidir cuáles son sus necesidades y para tomar decisiones sobre cuales servicios son los mejores para satisfacerlas. Es un modelo donde usted administra su propio presupuesto, contrata, entrena, y negocia el salario de sus empleados, aprueba registro de horas trabajadas, y despide a empleados.

Servicios tradicionales: Proceso dirigido por el proveedor de servicios, en el que el mismo es quien decide a quien contratará, donde trabajarán, cuanto se les pagará, y como se entregarán los servicios.

Lista de espera: Lista de solicitantes elegibles para recibir servicios del programa *Supports Waiver*, que están esperando a que haya fondos financieros disponibles para empezar a recibirlos.

Programa *Supports Waiver*: formularios y planillas

Las siguientes páginas incluyen formularios y planillas que pueden ayudarle mientras completa el proceso de solicitud para el programa *Supports Waiver*:

1. Planilla con todos los pasos a seguir/Lista de tareas
2. Formulario de solicitud de Medicaid para el *programa Supports Waiver*
3. Formulario de Selección del administración de caso
4. Hojas de notas para su uso personal.

PROCESO DE SOLICITUD DEL PROGRAMA SUPPORTS WAIVER PASOS A SEGUIR/LISTA DE TAREAS		Fecha en que se hizo
<input type="checkbox"/>	Contactar al PSS- División de Salud Mental– y programar una cita para hablar sobre el proceso de solicitud Fecha _____ Hora _____ <input type="checkbox"/> Por teléfono	
<input type="checkbox"/>	Recibir el Guía de Solicitud del Programa <i>Supports Waiver</i> de la División de Salud Mental	
<input type="checkbox"/>	Completar y presentar la solicitud del Programa <i>Supports Waiver</i> (Mandar el formulario a la División de Salud Mental)	
<input type="checkbox"/>	Entrevistar y seleccionar un administrador de caso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Firmar el Formulario de Selección de Administrador de Caso <input type="checkbox"/> <i>Administrador de caso</i> firma y entrega el formulario	
<input type="checkbox"/>	Su <i>administrador de caso</i> le ayudará con lo siguiente: <input type="checkbox"/> Completar el formulario LT-104 <input type="checkbox"/> Completar los documentos de elegibilidad financiera y presentarlos a la Unidad de Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Recopilar la orden judicial que designa su representante legal, si lo tiene <input type="checkbox"/> Recopilar cualquier documentación médica adicional que sea necesaria (solamente si tiene una lesión o daño cerebral)	
<input type="checkbox"/>	Su <i>administrador de caso</i> le ayudará programar su evaluación psicológica o neuropsicológica Fecha de la cita: _____ Nombre del psicólogo: _____	
<input type="checkbox"/>	Su <i>administrador de caso</i> entregará su evaluación	
<input type="checkbox"/>	Su <i>administrador de caso</i> cargara la evaluación ICAP al sistema electrónico de Medicaid (EMWS, por sus siglas en inglés)	
<input type="checkbox"/>	El Instituto para Discapacidades de Wyoming se comunicara con usted para una entrevista para hacer la evaluación ICAP Fecha de la entrevista: _____	
<input type="checkbox"/>	Instituto para Discapacidades de Wyoming hace su ICAP.	
<input type="checkbox"/>	La División de Salud Mental le notifica si es elegible o si está en una lista de espera, o si le ha negado elegibilidad	

Esta página se ha dejado en
blanco intencionalmente



Home and Community Based Services (HCBS)

Solicitud de Medicaid | Programa Supports Waiver

División de Salud Mental
Sección de Discapacidades de
Desarrollo
Teléfono: (307) 777-7115
1-800-510-0280
Fax: (307) 777-6047

Programa Aplicable- Mande este formulario al PSS de la División de Salud Mental

Actualmente tengo una exención de Medicaid: Sí No Nombre del programa: _____

En caso afirmativo, Nombre de su administrador de caso: _____ Número de teléfono: _____

Estoy interesado en recibir información sobre institucionalización Sí No

Estoy interesado en la lista de espera para servicios *Comprehensive Waiver Services* No

Información del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____ Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____

Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Hombre Mujer Origen étnico: _____ ¿Método de contacto preferido? Correo Teléfono E-mail

Medicaid: ____ - _____ Comunidad donde recibiré servicios: _____

Tengo entre 21 y 64 años y tengo una lesión /daño cerebral (ABI) Sí No

Soy un dependiente calificado de un miembro activo del servicio militar: Si No

Como Representante Legal del solicitante, certifico que pretendo residir en Wyoming dentro de dieciocho (18) meses tras mi retiro o separación del servicio militar. Sí No N/A

Información del representante legal

Por favor, llene esta sección si el solicitante es menor de 18 años o tiene un representante legal nombrado por un juzgado (completo o limitado).

Nombre de los padre(s)/representante(s) legales: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Correo electrónico: _____

¿Método de contacto preferido? Correo Teléfono E-mail

¿Es esta persona un representante legal nombrado por un tribunal (completo o limitado)? Sí No

Contacto de Emergencia

Por favor, incluya la información de un contacto de emergencia.

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firmas

Firma del solicitante/Representante Legal _____ Fecha ____/____/____

Firma del testigo _____ Fecha ____/____/____

(Obligatorio si el solicitante firma con una "X")

Esta página se ha dejado en
blanco intencionalmente



Home and Community Based Services (HCBS)

Formulario de selección del administrador de caso

División de Salud Mental
Sección de Discapacidades en el Desarrollo
Teléfono: (307) 777-7115
1-800-510-0280
Fax: (307) 777-6047

Información del solicitante- Mande este formulario al PSS de la Salud Mental

Solicitante: _____ Representante Legal: _____

Tengo una lesión/daño cerebral: Sí No

Declaración de conocimiento de las opciones de proveedores y de conflicto de intereses del administrador de caso

Por favor, ponga las iniciales de su nombre y apellidos en cada línea como constancia de que le han explicado los servicios disponibles a través del programa Supports Waiver

____ Entiendo que tengo la facultad para tomar decisiones relacionadas con los servicios que recibiré y los proveedores con quienes trabajaré como participante en este programa.

____ Entiendo que tengo el derecho de solicitar una resolución informal a una disputa o una audiencia administrativa si no recibo diferentes opciones de proveedores.

____ Entiendo que debo escoger un administrador de caso que no esté afiliado ninguno de los otros servicios que recibo, para que no haya conflicto de intereses.

Selección del administrador de caso

Recibí una lista de administradores de caso certificados disponibles en mi región y he hecho las entrevistas para administradores de caso. He escogido al siguiente individuo para que sirva como mi administrador de caso, quien me ayudará a recopilar toda la información necesaria para demostrar mi elegibilidad clínica y, si soy elegible para servicios, reunirá y presentará mi Plan Individualizado de Servicios.

Nombre del administrador de caso: _____ Organización: _____

Número de teléfono: _____

Si está cambiando de administrador, ¿quién es su administrador de caso ahora?: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de comienzo para el nuevo administrador: ___/___/___

Administrador de reserva: _____ Organización: _____

____ Mi administrador de caso vigente tendrá acceso a mi caso hasta 7 días después que comience el nuevo, para terminar cualquier tarea requerida del mes de servicio previo. (Por favor, escriba las iniciales de su nombre y apellidos indicando que entiende y está de acuerdo.)

Consentimiento para la divulgación de información

Por favor, ponga las iniciales de su nombre y apellidos en cada línea como constancia de que entiende y está de acuerdo con la siguiente información:

____ Estoy de acuerdo participar en evaluaciones y exámenes para determinar mi elegibilidad clínica y la necesidad de servicios.

____ Autorizo la divulgación de mi información por parte de mi médico, hospital, centro de salud mental comunitario, otros proveedores de servicios sociales, escuela, otros proveedores de servicios médicos y de mis familiares a los departamentos estatales de Wyoming y sus representantes, en todo lo que tenga que ver con mi trastorno o enfermedad, y mi capacidad para determinar los servicios apropiados. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento.

Firmas

Firma del solicitante o
representante legal

_____/_____/_____
Fecha

_____/_____/_____
Firma del testigo
(Obligatorio si la firma es una "X")

_____/_____/_____
Fecha

Firma del administrador actual del caso

_____/_____/_____
Fecha

_____/_____/_____
Firma del nuevo administrador

_____/_____/_____
Fecha

Esta página se ha dejado en
blanco intencionalmente
