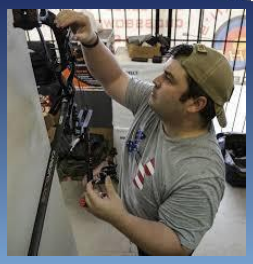
Departamento
de Salud Pública
de
Wyoming

Guía de solicitud para el Programa de *Exención de Apoyos*



División de Salud Mental
Sección de HCBS
122 West 25th Street, 4 West
Cheyenne, WY 82002
https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/
1-800-510-0280 307-777-7531

Tabla de contenido

Introducción: Programa de Exención de Servicios Comunitarios y Domiciliarios 3
Programa de Exención de Apoyos: Requisitos de elegibilidad 4
Programa de Exención de Apoyos: Pasos del proceso de elegibilidad 5
Paso 1: Contacte a la División de Financiamiento para Servicios Médicos 7
Paso 2: Trabaje con un especialista de beneficios y elegibilidad 8
Paso 3: Programe las entrevistas con administradores de casos 9
Paso 4: Entreviste a los administradores de casos 10
Paso 5: Llene la solicitud y el formulario de selección de administradores de casos 12
Paso 6: Complete la Evaluación de Niveles de Cuidados y formularios relacionados 14
Paso 7: Programe su evaluación 15
Paso 8: Recibe la carta de elegibilidad – Aprobación 20
Paso 9: Recibe la carta de notificación sobre financiamiento 20
Programa de Exención de Apoyos: Carta de no elegibilidad 21
Programa de Exención de Apoyos: Funciones y responsabilidades 22
Usted y su representante legal autorizado *22*
Su administrador de casos *25*
Su proveedor de servicios *27*
Definiciones: Términos comúnmente usados en el Programa de Exención de Apoyos 29
Programa de Exención de Apoyos: Formularios y planillas 34

Introducción: Programa de Exención de Servicios Comunitarios y Domiciliarios

La meta del Programa de Exención de Servicios Comunitarios y Domiciliarios es brindar apoyo al individuo con discapacidades en su propia comunidad como una alternativa a recibir cuidados internado en una institución o centro residencial. 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 de Exención de Apoyos. Por favor, revise el Capítulo 46 de las Reglas de Medicaid para más información sobre los requerimientos de elegibilidad. El Capítulo 46 puede encontrarse en la página de "Avisos, documentos regulatorios y reportes públicos" del sitio web de la División (https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/hcbs-public-notices/), bajo la pestaña de "Reglas" (*Rules*).

Misión del Programa de Exención de Apoyos

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

	PROCESO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE APOYOS TAREAS QUE DEBEN COMPLETARSE	Fecha en que se completó
☐	Contactar al especialista de apoyo al participante de la División y haga una cita para hablar sobre el proceso de solicitud. Fecha_____Hora_____ ❑ Por teléfono	
☐	Recibir la Guía de Solicitud para el Programa de Exención de Apoyos de la División	
☐	Entrevistar y seleccionar a un administrador de casos	
☐	Completar los formularios de "Solicitud para el Programa de Exención de Apoyos" y "Selección de Administradores de Casos" ***El administrador de casos firma y entrega los formularios.***	
☐	*Su administrador de casos* le ayudará con lo siguiente: ☐ Completar la evaluación de niveles de cuidados (formulario LT-104) si usted tiene un diagnóstico de una discapacidad intelectual o del desarrollo (ID/DD); o ☐ Asistirle para coordinar la evaluación de niveles de cuidados (LT-101) a través de Salud Pública si usted tiene un diagnóstico de una lesión cerebral adquirida (ABI). ☐ Completar la documentación de elegibilidad financiera y entregarla a la Unidad de Cuidados a Largo Plazo para determinar la elegibilidad financiera. ☐ Obtener una orden de la corte para el representante legalmente autorizado, si corresponde.	
☐	*Su administrador de casos* le ayuda a programar su evaluación psicológica o neuropsicológica. Fecha de la cita:_____ Nombre del psicólogo con licencia:_____	
☐	*Su administrador de casos* entrega su evaluación completada.	
☐	La División le notifica a usted que es elegible, que está en la lista de espera o que se le negó una elegibilidad.	

Programa de Exención de Apoyos:
Requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para el Programa de Exención de Apoyos, usted 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 cuidados (formulario LT-104)
4. Cumplir con los requisitos financieros de elegibilidad, según los criterios de la Unidad de Cuidados 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 cerebral adquirida (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 de edad

Programa de Exención de Apoyos:
Pasos del proceso de elegibilidad
RESUMEN

Contacte a la División de Financiamiento para Servicios Médicos

↓

Selección del administrador de casos

↓

Evaluación de niveles de cuidados

↓

Elegibilidad financiera

↓

Evaluación psicológica o neuropsicológica

↓

Elegibilidad para el programa de exención

↓

Lista de espera

↓

Elegibilidad financiera

Paso 1: Contacte a la División de Financiamiento para Servicios Médicos

Para solicitar información sobre el programa comuníquese con el especialista de apoyo para participantes (BES, por sus siglas en inglés) de su condado.

Información de contacto de la División de Financiamiento para Servicios Médicos (División)

Número de teléfono: 307-777-7531

Correo electrónico: wdh-hcf-dd-suggestions@wyo.gov

Página de internet: https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/

Wyoming 2-1-1

Si necesita servicios y apoyo durante el proceso de solicitud o mientras está en la lista de espera para el programa, llame 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 beneficios y elegibilidad (BES)

Puede trabajar junto con su BES 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 casos.
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.

El 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 administradores de casos

El BES 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 casos de la lista. Es importante que escoja a un administrador de casos que usted 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 de casos 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 de Exención de Apoyos? (Ej.: la solicitud de seguro social, etc.)

Paso 4: Entreviste a los administradores de casos

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

Nombre del administrador de casos	Número de teléfono	Fecha en que fue contactado para la entrevista	Fecha de la entrevista

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

Hojas de notas para las entrevistas

Paso 5: Llene la solicitud y el formulario de selección de administradores de casos

Una vez que haya seleccionado un administrador de casos, tiene que llenar el formulario de selección de administradores de casos y la solicitud del Programa de Exención de Apoyos que están al final de esta guía.

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

Su administrador de casos es responsable de mandar por correo o fax todos los formularios al BES.

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

Programa de Exención de Apoyos:
Obligaciones del administrador de casos

Su administrador de casos se ocupará de los siguientes trámites para ayudarle a través del proceso de solicitud:

1. Su administrador de casos desarrollará un plan de cuidados de Administración de Casos Enfocada (TCM), el cual se usará para identificar el apoyo que usted necesitará de su administrador de casos mientras completa el proceso de elegibilidad y. si se determina elegible, identificar el apoyo que usted necesitará de su administrador de casis mientras espera por una oportunidad de financiamiento. Un plan de cuidados de TCM es requerido para todas las personas.

2. Si usted tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, su administrador de casos completará la evaluación que muestre su elegibilidad para una ICF/IDD (evaluación de niveles de cuidados LT-104) en un plazo de treinta (30) días de calendario tras haber sido seleccionado como su administrador de casos. Si usted tiene una ABI, su administrador de casos asegurará que la evaluación que muestra su elegibilidad para un centro de cuidados a largo plazo (evaluación de niveles de cuidados LT-101) sea completada por la enfermera de Salud Pública.

3. Su administrador de casos le ayudará a adquirir la documentación necesaria y a completar el proceso de elegibilidad financiera administrado a través de la Unidad de Cuidados a Largo Plazo de Medicaid. Los documentos para elegibilidad financiera deben completarse y entregarse en un plazo de cuarenta y cinco (45) días tras la aprobación de la evaluación para determinar el nivel de cuidado requerido.

4. Su administrador de casos le ayudará a programar la evaluación requerida.
   a. Si usted tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, usted necesitará programar una evaluación psicológica.
   b. Si tiene una lesión cerebral adquirida (ABI), usted necesitará programar una evaluación neuropsicológica.
5. Su administrador de casos le ayudará a tener acceso a otros servicios mientras completa el proceso de elegibilidad para el Programa de Exención de Apoyos.

Paso 6: Complete la Evaluación de Niveles de Cuidados y formularios relacionados

El administrador de casos 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 casos. El formulario LT-104 será revisado por la División 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 casos a su vez pueda remitirla a la División. 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 casos 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 niveles de cuidados, 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 niveles de cuidados, puede proceder al Paso 7.

Se puede comunicar con la Unidad de Cuidados 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 niveles de cuidados, su administrador de casos 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 cerebral adquirida (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 con licencia 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. Usted puede compartir esta lista con su psicólogo.

Criterios para evaluaciones psicológicas

Se determina que una persona es elegible para la exención de apoyos o comprehensiva cuando se cumple con los criterios de elegibilidad. Específicamente se describen con detalle los criterios relacionados con el diagnóstico de una discapacidad intelectual o una discapacidad del desarrollo debido a una condición relacionada. Este documento servirá como una referencia para los profesionales clínicos de la División cuando completen estas evaluaciones y provean la información relacionada con el proceso de evaluación, uso de instrumentos de evaluación, interpretación de resultados, formulación de diagnósticos y reportes de evaluación.

Cualificaciones de evaluadores:

Las evaluaciones psicológicas serán realizadas por un psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico registrado con Medicaid que tenga una licencia en Wyoming y que esté libre de conflictos con otros proveedores elegidos por el participante. Las pruebas psicológicas son provistas y administradas en persona y se realizan por un profesional clínico con una licencia para practicar independientemente y entrenado para administrar los instrumentos de evaluación apropiados.

Pruebas psicológicas aprobadas:

Un individuo puede calificar para las exenciones de apoyos y comprehensivas con un diagnóstico de una discapacidad intelectual o una discapacidad del desarrollo debido a una condición relacionada. Esta determinación de elegibilidad se apoya fuertemente en el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y objetivos. En esta sección, se describen con detalle los instrumentos aprobados por la División.

En el proceso de evaluación solamente deben usarse instrumentos válidos, confiables y apropiados. La elección de los instrumentos de evaluación se basa en la presentación clínica única del individuo y la pregunta de referencia específica. Deben usarse las versiones más recientes de las pruebas apoyadas en investigaciones científicas y para las que se tenga disponible una información normativa apropiada. Los instrumentos siguientes han sido aprobados para usarse cuando se evalúa una elegibilidad. Deben usarse las versiones más recientes de estos instrumentos. No deben usarse pruebas proyectivas como la Prueba Rorschach.

Instrumentos de evaluación aprobados por la División:

INTELIGENCIA (una de las versiones siguientes o más recientes)

- Batería de Evaluaciones para Niños Kaufman (KABC)
- Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria de Wechsler (WPPSI)
- Escala de Inteligencia para Niños de Weschler (WISC)
- Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS)
- Escala de Inteligencia de Sanford-Binet (SB)

- Prueba de Inteligencia No Verbal (TONI)

FUNCIONAL/ADAPTATIVO (una de las versiones siguientes o más recientes)

- Sistema de Evaluación del Comportamiento Adaptativo
- Escalas del Comportamiento Adaptativo de Vineland

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (una de las versiones siguientes o más recientes)

- Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS)
- Programa de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS)
- Entrevista para Diagnóstico del Autismo (ADI)
- Escala de Calificación del Autismo durante la Niñez (CARS)
- Escalas de Calificación de Gilliam
- Escala de Calificación del Espectro Autista
- Escala de Receptividad Social (SRS)

Reporte psicológico

Para asegurar que los profesionales clínicos sean pagados por sus servicios de una manera oportuna, los profesionales clínicos deben presentar el reporte completado a la División dentro de 30 días de completarlo. La División debe recibir el reporte de evaluación completado antes de autorizar el pago.

Los diagnósticos siguientes no se consideran diagnósticos calificados para el propósito de determinar la elegibilidad clínica de un individuo: provisional, funcionamiento intelectual límite, “por reporte” o “para descartar”. El profesional clínico debe plantear una opinión por escrito específicamente para responder a la pregunta de referencia para una elegibilidad clínica, confirmando o rechazando un diagnóstico de una discapacidad intelectual (anteriormente conocida como “retraso mental”), coeficiente intelectual de 70 o menos y puntuaciones de comportamiento adaptativo. La evaluación debe reflejar las puntuaciones de comportamiento adaptativo determinadas a través de la medición estándar del comportamiento adaptativo. Para un diagnóstico de una discapacidad del desarrollo debido a una condición relacionada, la evaluación debe incluir la severidad de la discapacidad crónica y la severidad de los impedimentos en las limitaciones funcionales.

Los diagnósticos deben basarse en la versión más reciente del Manual Estadístico y Diagnóstico. Todos los calificadores aplicables como niveles de severidad para un trastorno del espectro autista deben incluirse en el diagnóstico. La División hará una determinación final sobre la elegibilidad clínica en base a la evidencia incluida en el reporte psicológico.

Proceso de pago

Después de que el administrador de casos haya subido el reporte de evaluación en el Sistema Electrónico para Exenciones de Medicaid (EMWS), el administrador de casos verá aparecer una tarea nueva en la que tendrá requerido subir la factura de la evaluación. Después de recibirse la factura, el especialista de apoyo para participantes (BES) creará la fecha de facturación y enviará otra vez una tarea al administrador de casos a través de EMWS. Cuando se recibe la tarea que incluye la fecha de facturación, el administrador de casos debe notificar al profesional clínico que él/ella ahora puede enviar una factura para la fecha provista usando el código de facturación T2024.

Criterios para evaluaciones neuropsicológicas

Se determina que una persona con un diagnóstico de una lesión cerebral adquirida (ABI) es elegible para la exención de apoyos o comprehensiva cuando se cumplen los criterios de elegibilidad definidos por las reglas. Este documento servirá como una guía para los profesionales clínicos cuando completen estas evaluaciones y provean la información relacionada con el proceso de evaluación, uso de instrumentos de evaluación, interpretación de resultados, formulación de diagnósticos y compilación del reporte de evaluación.

Cualificaciones de evaluadores:

Las evaluaciones neuropsicológicas serán realizadas por un psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico registrado con Medicaid que tenga una licencia en Wyoming y que esté libre de conflictos con otros proveedores elegidos por el participante. Las pruebas neuropsicológicas son provistas y administradas en persona y se realizan por un profesional clínico con una licencia para practicar independientemente y entrenado para administrar los instrumentos de evaluación apropiados.

Pruebas neuropsicológicas aprobadas:

En el proceso de evaluación solamente deben usarse instrumentos válidos, confiables y apropiados. La elección de los instrumentos de evaluación se basa en la presentación clínica única del individuo y la pregunta de referencia específica. Deben usarse las versiones más recientes de las pruebas apoyadas en investigaciones científicas y para las que se tenga disponible una información normativa apropiada. Los instrumentos siguientes han sido aprobados para usarse cuando se evalúa una elegibilidad. Deben usarse las versiones más recientes de estos instrumentos.

La evaluación neuropsicológica para una elegibilidad de exención debe incluir los instrumentos de evaluación siguientes:

El diagnóstico de una ABI como se define en el Capítulo 46 de las Reglas de Medicaid del Departamento de Salud se confirma y debe cumplir con uno de los tres criterios siguientes:

- Una puntuación de 42 o más en el Inventario de Adaptabilidad de Mayo Portland (MPAI); o
- Una puntuación de 40 o menos en la versión más reciente de los ensayos 1-5 T de la Prueba de Aprendizaje Verbal de California; o
- Una puntuación de 4 o más en la Escala de Calificación de Supervisión.

Reporte neuropsicológico

Para asegurar que los profesionales clínicos sean pagados por sus servicios de una manera oportuna, los profesionales clínicos deben presentar el reporte completado a la División dentro de 30 días de completarlo. La División debe recibir el reporte de evaluación completado antes de autoriza el pago.

El reporte debe incluir lo siguiente:

- Razón de la referencia – Para ayudar a determinar la elegibilidad para la Exención de Apoyos o Comprehensiva de Wyoming.
- Información de antecedentes
- Verificar a través de una revisión de registros médicos un diagnóstico de una lesión cerebral adquirida dentro del reporte.
- Condición mental – Examinación neurológica y del comportamiento
- Impresión diagnóstica
- Recomendaciones
- Resumen
- Resumen de datos sin procesar

Proceso de pago

Después de que el administrador de casos haya subido el reporte de evaluación en el Sistema Electrónico para Exenciones de Medicaid (EMWS), el administrador de casos verá aparecer una tarea nueva en la que tendrá requerido subir la factura de la evaluación. Después de recibirse la factura, el especialista de apoyo para participantes (BES) creará la fecha de facturación y enviará otra vez una tarea al administrador de casos a través de EMWS. Cuando se recibe la tarea que incluye la fecha de facturación, el administrador de casos debe notificar al profesional clínico que él/ella ahora puede enviar una factura para la fecha provista usando el código de facturación T2024.

Paso 8: Recibe la carta de elegibilidad – Aprobación

Si se determina que usted es económica y clínicamente elegible para el Programa de Exención de Apoyos, 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 le mandará una notificación por escrito. Mientras tanto, su administrador de casos 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 usted puede necesitar.

Si le interesa aprender más sobre los servicios que se pueden ofrecer una vez que haya fondos disponibles, por favor revise el Índice de Servicios Comprehensivos y de Exención de Apoyos que se encuentra en la página de "Definiciones de servicios y tarifas" en el sitio web de la División en https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/servicesandrates/.

Paso 9: Recibe la carta de notificación sobre financiamiento

Una vez que haya fondos disponibles, recibirá una carta de la División 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 de Exención de Apoyos. Su administrador de casos trabajará con usted y su equipo de proveedores de servicios para generar su plan de servicios individualizados (IPC, por sus siglas en inglés.)

Programa de Exención de Apoyos: Carta de no elegibilidad

Si se determina que usted no es clínica o financieramente elegible para los servicios del Programa de Exención de Apoyos, recibirá una carta de no 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 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 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 no elegibilidad.

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 no elegibilidad incluirá información sobre cómo solicitar una audiencia.

Programa de Exención de Apoyos: Funciones y responsabilidades

Usted y su representante legal autorizado

- Proporcionar evidencia de la necesidad de servicios y apoyo, incluyendo información para las evaluaciones.
- Proporcionar la información que ayudara al administrador de casos a completar la evaluación para determinar el nivel de cuidados que necesita.
- 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, junto con entrenamiento.
- Escoger los proveedores y los servicios.
- Mantenerse informados sobre cambios en el Programa de Exención de Apoyos a través del sitio de internet y sobre de oportunidades educativas que proporciona la División.
- Si usted autodirige sus servicios del Programa de Exención de Apoyos, debe cumplir con estas funciones y responsabilidades, incluyendo darle a su administrador todos los meses la documentación con el progreso de los objetivos.
- Participar en el proceso de planificación del programa, incluyendo el desarrollo y revisión de su IPC.
    - Coordinar con su administrador de casos para programar las reuniones de IPC cuando menos veinte (20) días de calendario antes de la fecha de las reuniones.
- Revisar su IPC y asegurarse que incluya los servicios y la ayuda requerida y acordada.
- Cada año, presentar los formularios e información requerida a la Unidad de Cuidados a Largo Plazo para la revisión y actualización de la elegibilidad financiera.

- Aprender sobre los derechos y restricciones y participar activamente de cualquier conversación sobre posibles restricciones a sus derechos.
- Si no entienden la información o las instrucciones, preguntar o pedir 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 a su administrador de casos 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 casos visite su hogar mensual o trimestralmente, y entender que las cancelaciones pueden afectar sus servicios de exención.
- Informar a su administrador de casos y proveedores de cualquier pregunta o preocupación y darles la oportunidad de abordar dichos asuntos con usted.
- Informar a su administrador de casos 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.
- Proveer a su administrador de casos y proveedores con la información sobre incidentes, preocupaciones sobre medicamentos, preocupaciones sobre comportamiento y otra información importante de una manera oportuna.
- Participar en las evaluaciones cuando sea necesario para determinar la continuación de su elegibilidad en el programa de exención.

Su administrador de casos

- Coordinar las evaluaciones y revisiones necesarias para para verificar la necesidad de servicios del programa.
- Iniciar el proceso de evaluación y reevaluación del criterio de niveles de cuidados necesarios (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 BES con treinta (30) días de antelación a la fecha de inicio de este.
- 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 de Exención de Apoyos: Funciones y responsabilidades

Su administrador de casos (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 su representante legal) sobre oportunidades más autónomas y le ayuda entender las responsabilidades de estas.
- Supervisar cualquier limitación o restricción que haya recibido, de acuerdo con su Plan de Apoyo de Comportamiento Positivo y hacer los análisis de riesgos y tendencias.
- Estar informado y compartir información específica sobre usted. Por ejemplo, cambios de medicamentos, cambios de comportamientos, etc.
- Conocer los reglamentos y políticas actuales de la División.
- Si usted está recibiendo servicios de forma autónoma, el administrador de casos 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 de Exención de Apoyos: Funciones y responsabilidades

Su 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 casos 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 usadas en su IPC, y notificar al administrador de casos si hay algún 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 casos toda información referente a:
    - Incidentes internos o graves
    - Limitaciones y restricciones
    - Preocupaciones sobre medicamentos y comportamientos
    - Documentación de facturación
    - Cualquier otra información importante.

Programa de Exención de Apoyos: Funciones y responsabilidades
Su proveedor de servicios (cont.)

- Notificar de inmediato al BES de la División 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 casos el día diez (10) de cada mes.
- Permitir que su administrador de casos y el personal de la División supervisen los servicios que recibe bajo el programa.
- Cumplir con el procedimiento de transición establecido por la División para facilitar las transiciones antes de admitirlo a los servicios o aceptar ser su proveedor.
- Participar en actualizaciones y entrenamientos de la División 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 comúnmente usados en el Programa de Exención de Apoyos

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 cerebral adquirida (ABI) – 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 una 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 una fuerza física externa o trastornos metabólicos, 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 cerebrales adquiridas no incluyen daños cerebrales congénitos o ni aquellos causados por trauma durante el parto, que no son deficiencias del desarrollo ni tienen carácter degenerativo.

Administrador de casos: 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 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 pedir 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 para Familias: 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.

Sistema Electrónico de Exenciones de Medicaid (EMWS): Sistema electrónico para administrar su expediente en el Programa de Exención de Apoyos.

Funcionalmente necesario: 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.

Cantidad de Presupuesto Individual (IBA): Cantidad de fondos de Medicaid asignada a su presupuesto para servicios de acuerdo con sus necesidades.

Plan de Cuidados Individualizados (IPC): Es su plan de servicios individualizados 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.

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 en 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 de Exención de Apoyos.

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 de Exención de Apoyos.

Planeación Enfocada en la Persona: 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 casos, 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 de Exención de Apoyos.

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 trabajas, y despide a empleados.

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

Lista de espera: Lista de solicitantes elegibles para recibir servicios del Programa de Exención de Apoyos, que están esperando a que haya fondos financieros disponibles para empezar a recibirlos.

Programa de Exención de Apoyos: Formularios y planillas

Las siguientes páginas incluyen formularios y planillas que pueden ayudarle mientras completa el proceso de solicitud para el Programa de Exención de Apoyos:

1. Formulario de solicitud para el Programa de Exención de Apoyos de Medicaid
2. Formulario de Selección de administradores de casos
3. Hoja para sus notas personales

Wyoming Department of Health

Solicitud para el Programa de Exención de Apoyos de Medicaid

Programa Aplicable- Mande este formulario al especialista de beneficios y elegibilidad (BES) en su área

Actualmente tengo una exención de Medicaid: ☐ Sí ☐ No Nombre de la exención: _____

En caso afirmativo, nombre de su administrador de casos:_____Número de teléfono: _____

Estoy interesado en recibir información sobre colocación en una institución ☐ Sí ☐ No

Tengo una lesión cerebral adquirida (ABI) ☐ Sí ☐ No Edad cuando ocurrió la ABI _____

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 _____ ____

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

Como representante legal autorizado del solicitante, certifico que tengo la intención de residir en Wyoming dentro de dieciocho (18) meses tras mi retiro o separación del servicio militar. ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Información de contacto del representante legal autorizado

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

Nombre de los padres/representantes legales autorizados:_____

Dirección física:_____ Número de teléfono:_____

Ciudad, Estado, CP:_____Correo electrónico: _____ ____

¿Método de contacto preferido? ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ E-mail

¿Es esta persona un representante legal autorizado asignado por la corte (completo o limitado)? ☐ Sí ☐ No

Información sobre 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, CP: _____ Correo electrónico: _____

¿Método de contacto preferido? ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ E-mail

Firmas

_____

Firma del solicitante/Representante legal autorizado Fecha___/___/_____

Firma del testigo_____ Fecha___/___/_____

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

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Formulario para selección de administradores de casos

Información del solicitante- Envíe este formulario al especialista de beneficios y elegibilidad (BES) en su área

Solicitante:_____Representante Legal autorizado: _____

Aceptación de opciones para elegir proveedores y de divulgación de conflicto de intereses del administrador de casos

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea para verificar que los servicios disponibles a través del programa de exención han sido explicados para usted.

____ Entiendo que tengo la facultad para tomar decisiones sobre cuáles servicios recibiré y con qué proveedores trabajaré como participante de este programa.

____ Entiendo que tengo el derecho de solicitar una resolución de disputas informal o una audiencia administrativa si no recibo opciones para elegir a mis proveedores.

____ Entiendo que debo elegir un administrador de casos que no esté afiliado con ninguno de los otros servicios que recibo para que no haya un conflicto de intereses.

____ Entiendo que tengo la responsabilidad de avisar a mi administrador de casos sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono. Si durante el proceso de solicitud o mientras esté en la lista de espera para servicios mi administrador de casos no puede contactarme, entiendo que mi caso se cerrará.

Selección del administrador de casos

Recibí una lista de administradores de casos (https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/) certificados disponibles en mi región y he completado las entrevistas de administradores de casos. He escogido al individuo siguiente para que sirva como mi administrador de casos, quien me ayudará a recopilar toda la información necesaria para demostrar mi elegibilidad clínica y, si soy elegible para servicios, desarrollar y presentar mi Plan de Cuidados Individualizados.

Nombre del administrador de casos:_____Organización:_____

Número de teléfono:_____ Correo electrónico: _____

Si usted cambia de administrador de casos, ¿quién es su administrador de casos ahora?:_____

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

Correo electrónico:_____

____ Mi administrador de casos actual tendrá acceso a mi caso hasta 7 días de calendario después que comience mi nuevo administrador de casos, con la finalidad de terminar cualquier tarea requerida del mes de servicios previo. (Por favor, escriba sus iniciales para indicar que entiende y está de acuerdo.)

Consentimiento para la divulgación de información

Por favor, ponga sus iniciales en cada línea para verificar que usted entiende y está de acuerdo con la siguiente información:

____Estoy de acuerdo con participar en evaluaciones y pruebas para determinar mi elegibilidad clínica y la necesidad de servicios de exención.

____ Autorizo la divulgación de mi información por parte de mi doctor, 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 relacionado con mi condición médica y capacidad para determinar los servicios de exención apropiados. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información por escrito en cualquier momento.

Firmas

_____ ___/___/____ Firma del solicitante o representante legal autorizado — Fecha	_____ ___/___/____ Firma del testigo — Fecha *(Obligatorio si la firma es una "X")*

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Hoja para sus notas personales