



HOME AND COMMUNITY- BASED SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

PROGRAMA DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

HOJA INFORMATIVA Y SOLICITUD

Antecedentes del programa:

El Programa de Exención de Opciones Comunitarias es un programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS) de Medicaid autorizado bajo la Sección 1915(c) de la Ley de Seguro Social. Los programas de exención de HCBS permiten que un estado haga exenciones de ciertos requerimientos de Medicaid para poder ofrecer servicios adicionales a una población específica de beneficiarios de Medicaid.

El programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW) de Medicaid de Wyoming provee a las personas elegibles una alternativa a los centros de cuidados residenciales a través de un acceso a una variedad de servicios comunitarios, incluyendo:

- Administración de casos
- Ayudantes de asistencia médica a domicilio
- Servicios de apoyo personal
- Enfermería especializada
- Comidas entregadas a domicilio
- Servicios diurnos para adultos
- Servicios de respiro
- Transporte no médico
- Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS)
- Servicios en centros de vida asistida

Objetivos del programa:

- Autoridad individual sobre los servicios y apoyos – Proveer a los participantes del programa con la oportunidad y autoridad para ejercer un control sobre sus servicios, apoyos y otras circunstancias de vida en la mayor medida posible.
- Planeación de servicios y prestación de servicios enfocados en la persona – Reconocer y promover las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos de los participantes a través de un proceso de planeación de servicios enfocados en la persona. Respetar y apoyar las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos de los participantes a través de una prestación de servicios enfocados en la persona.
- Servicios – Ofrecer servicios que complementan y/o suplementan los servicios que están disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid y otros programas locales, estatales y federales, así como también los apoyos que las familias y comunidades proveen a los individuos.
- Promover relaciones comunitarias – Apoyar y fomentar las metas determinadas por los propios participantes para ser miembros activos de la comunidad. Reconocer que la

naturaleza y calidad de las relaciones comunitarias son centrales para la salud y el bienestar de los participantes.

- Salud y seguridad – Manejar efectivamente los riesgos y balancear la capacidad de los participantes para lograr una independencia y mantener su salud y seguridad.
- Uso responsable de fondos públicos – Demostrar una buena administración de los recursos públicos limitados.

Elegibilidad del programa:

Para calificar y poder inscribirse en el programa de CCW, una persona debe cumplir con los criterios generales y los criterios para los tres grupos de poblaciones específicas explicados abajo.

Criterios generales:

- Ciudadanía/estatus migratorio de los Estados Unidos
- Residente de Wyoming

Grupo de nivel de cuidados institucionales:

Para determinar si es elegible para el programa de CCW, un individuo debe ser evaluado por un enfermero de salud pública entrenado usando la herramienta de evaluación de Cuidados a Largo Plazo 101 (LT-101) y que el Departamento determine que el individuo requiere un nivel de cuidados en un centro residencial. El nivel de cuidados debe determinarse antes de inscribirse en el programa de CCW y cuando menos anualmente después de esto.

Grupo específico:

Para determinar si un individuo es elegible para el programa de CCW, el Departamento debe determinar que el individuo sea:

- Un adulto mayor (65 años de edad o más) o
- Un adulto (19 a 64 años de edad) con una discapacidad. La discapacidad se verifica a través de una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA) o por el Departamento o sus agentes usando los criterios de SSA.

Grupo de elegibilidad financiera:

Para determinar si es elegible para el programa de CCW, un individuo debe ser elegible para Medicaid de Wyoming (como un beneficiario de Ingresos de Seguro Social) o calificar para el “Grupo Especial de Exención de HCBS”. En general, el individuo debe tener un ingreso en o debajo del 300% del Porcentaje de Beneficios Federales (FBR) y tener recursos calculables limitados. Contacte a la Unidad de Elegibilidad para Cuidados a Largo Plazo para más información sobre los criterios de elegibilidad financiera llamando al 1-855-203-2936.

Para más información o para presentar una solicitud del Programa de Exención de Opciones Comunitarias:

Departamento de Salud de Wyoming | División de Financiamiento de Servicios Médicos
Sección de Servicios Comunitarios y Domiciliarios (HCBS)

Teléfono: 1-800-510-0280

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/>



HOME AND COMMUNITY- BASED SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

Hemos recibido información de que usted podría estar interesado(a) en recibir servicios comunitarios como una alternativa a los cuidados provistos en un centro residencial a largo plazo. Adjunto usted encontrará la hoja informativa sobre el Programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW). Si desea presentar su solicitud, por favor complete y regrese este formulario de solicitud. Usted puede entregar su solicitud por correo postal, fax, correo electrónico o en persona en:

Dirección: Attn: Home and Community-Based Services Section – Community Choices Waiver
Wyoming Department of Health
122 West 25th Street, 4 West
Fax: Cheyenne, WY 82002
Correo electrónico: (307) 777-8685
ccw.waivers@wyo.gov

Si usted todavía no es un miembro de Medicaid de Wyoming, también necesitará completar una solicitud de Medicaid de Wyoming. Para más información sobre el proceso de solicitud de Medicaid, contacte a la Unidad de Elegibilidad para Cuidados a Largo Plazo llamando al 1-855-203-2936.

*Nombre del
solicitante:

ID de Medicaid o
(si corresponde)

*Fecha de
nacimiento:

*# de Seguro Social:

*Dirección física:

*Número de
teléfono:

Dirección de correo
electrónico:

Dirección de correo
postal:
(Si es diferente)

Fecha en que fue
dado de alta de un
centro de cuidados
residenciales:

(Si corresponde)

Los solicitantes para el Programa de Exención de Opciones Comunitarias tienen requerido elegir una agencia de administración de casos de la lista de proveedores en su condado. Por favor, indique su elección de agencia de administración de casos escribiendo el nombre de la agencia y firmando abajo.

***Yo confirmo que he contactado a la agencia y que ellos actualmente están aceptando clientes.**

*Agencia de administración de casos: _____

de teléfono de la agencia: _____

*Firma del solicitante: _____ *Fecha: _____

Un tutor legal o carta poder puede firmar a nombre de un solicitante – Una documentación es requerida.

*** Indica un campo REQUERIDO. Si estos campos no se completan, la solicitud no puede procesarse.**