

# Exención de opciones comunitarias

## Hoja informativa del programa



### Antecedentes del programa:

El programa de Exención de Opciones Comunitarias es un **Seguro de enfermedad** Programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) autorizado según la Sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social. Los programas de exención de HCBS permiten a un estado renunciar a ciertos requisitos de Medicaid para ofrecer servicios adicionales a una población específica de **Beneficiarios de Medicaid**.

El programa Community Choices Waiver (CCW) de Wyoming Medicaid brinda a las personas elegibles una alternativa a la atención en un centro de enfermería a través del acceso a una variedad de servicios comunitarios, incluido:

- Servicios diurnos para adultos
- Servicios de instalaciones de vida asistida
- Gestión de casos
- Modificación ambiental
- Comidas a domicilio
- Asistente de salud
- ama de casa
- Transporte no médico
- Sistemas personales de respuesta a emergencias (PERS)
- Servicios de apoyo personal
- Respiro
- Enfermería especializada
- Gestión intensiva de casos de transición
- Gastos de configuración de la transición

### Objetivos del programa:

- Autoridad individual sobre los servicios y apoyos: brinde a los participantes del programa la oportunidad y autoridad para ejercer control sobre sus servicios, apoyos y otras circunstancias de la vida en la mayor medida posible.
- Planificación de servicios y prestación de servicios centrados en la persona: reconocer y promover las fortalezas, objetivos, preferencias, necesidades y deseos del participante a través de un proceso de planificación de servicios centrado en la persona. Respetar y apoyar las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos del participante a través de la prestación de servicios centrados en la persona.
- Servicios: ofrecer servicios que complementen y/o complementen los servicios que están disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid y otros programas públicos federales, estatales y locales, así como los apoyos que las familias y las comunidades brindan a las personas.
- Promover las relaciones comunitarias: apoyar y alentar las metas autodeterminadas de los participantes para que sean miembros activos de sus comunidades. Reconocer que la naturaleza y la calidad de las relaciones comunitarias son fundamentales para la salud y el bienestar de los participantes.
- Salud y seguridad: gestione eficazmente el riesgo y equilibre la capacidad del participante para lograr independencia y mantener la salud y la seguridad.
- Uso responsable del dinero público: demostrar una buena administración de los recursos públicos limitados.

### Elegibilidad del programa:

Para calificar para la inscripción al programa CCW, una persona debe cumplir con los criterios generales y los criterios para los tres grupos de población objetivo que se detallan a continuación.

Criterios generales:

- Estado de ciudadanía/inmigración de EE. UU.
- Residente de Wyoming

Grupo de Atención a Nivel Institucional:

Para ser determinado elegible para el programa CCW, una persona debe ser evaluada por una enfermera de salud pública capacitada utilizando la herramienta de evaluación de atención a largo plazo 101 (LT-101) y el Departamento debe determinar que requiere el nivel de atención de un centro de enfermería. El nivel de atención debe determinarse antes de la inscripción al programa CCW y al menos una vez al año a partir de entonces.

Grupo objetivo:

Para ser considerado elegible para el programa CCW, una persona debe ser:

- Edad (65 años o más), o
- Un adulto (de 19 a 64 años) con discapacidad. La discapacidad se verifica mediante una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA) o por el Departamento o su agente utilizando los criterios de la SSA.

Grupo de elegibilidad financiera:

Para que se determine que es elegible para el programa CCW, una persona debe ser elegible para Medicaid de Wyoming (como un beneficiario de Ingresos del Seguro Social) o calificar para el "Grupo Especial de Exención HCBS". En general, el individuo debe tener un ingreso igual o inferior al 300% de la Tasa de Beneficios Federales (FBR) y tener recursos contables limitados. Comuníquese con la Unidad de Elegibilidad de Atención a Largo Plazo para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad financiera al 1-855-203-2936.

**Para obtener más información o solicitar el programa de exención de opciones comunitarias:**

Departamento de Salud de Wyoming, División de Financiamiento de la Atención Médica

Sección de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Teléfono: 1-800-510-0280

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

# Exención de opciones comunitarias

## Solicitud del programa



La Sección de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) ha recibido una notificación de que usted puede estar interesado en recibir servicios basados en la comunidad como una alternativa a la atención brindada en un centro de enfermería. Si desea presentar una solicitud, complete y envíe este formulario de solicitud. Puede enviar su solicitud por correo, fax, correo electrónico o entrega personal a:

**DIRECCIÓN:** A la atención de: Sección de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad – Exención de Opciones Comunitarias  
Departamento de Salud de Wyoming  
122 Oeste Calle 25, 4 Oeste  
Cheyenne, Wyoming 82002

**Fax:** (307) 777-8685

**Correo electrónico:** [ccw.waivers@wyo.gov](mailto:ccw.waivers@wyo.gov)

Si aún no es miembro de Wyoming Medicaid, también deberá completar una solicitud de Wyoming Medicaid. Para obtener más información sobre el proceso de solicitud de Medicaid, comuníquese con la Unidad de Elegibilidad de Atención a Largo Plazo al 1-855-203-2936.

*Nombre del solicitante:	_____	Identificación de Medicaid: (si es aplicable)	_____
*Fecha de nacimiento:	_____	*Seguridad Social #:	_____
*Dirección física:	_____	*Número de teléfono:	_____
	_____	Dirección de correo electrónico:	_____
Dirección de envío: (si es diferente)	_____	Centro de enfermería	_____
	_____	Fecha de alta:	_____
		(Si es aplicable)	

Los solicitantes del programa Community Choices Waiver deben seleccionar una agencia de administración de casos de la lista de proveedores de su condado. Indique su elección de agencia de administración de casos escribiendo el nombre de la agencia y tanto usted como la agencia seleccionada firmen a continuación.

\* Agencia de gestión de casos: \_\_\_\_\_

\* Firma del representante de la agencia de gestión de casos: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la agencia: \_\_\_\_\_

\* Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Un tutor o un apoderado puede firmar en nombre del solicitante; se requiere documentación.*

**\* Indica un campo obligatorio. Si estos campos no se completan, la solicitud no podrá procesarse.**