



HOME AND COMMUNITY- BASED SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Guía de aplicación para el *Programa de exención de apoyos*



Division of Healthcare Financing
HCBS Section

122 W. 25th Street, 4 West
Cheyenne, WY 82002

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

1-800-510-0280 307-777-7531

Tabla de contenido

Introducción: Programas de exención basados en el hogar y la comunidad-----	3
Exención de apoyos: requisitos de elegibilidad-----	5
Paso 1: Comuníquese con la División de Financiamiento de la Atención Médica-----	7
Paso 2: Trabaje con un especialista en beneficios y elegibilidad-----	8
Paso 3: programar entrevistas con el administrador de casos-----	9
Paso 4: Entreviste a los administradores de casos-----	10
Hojas de notas cuando realiza entrevistas-----	11
Paso 5: Complete el formulario de solicitud y selección de administración de casos-----	12
Exención de apoyo: Obligaciones del administrador de casos-----	13
Paso 6: Complete la evaluación del nivel de atención y los formularios relacionados-----	14
Paso 7: programe su evaluación-----	15
Paso 8: Recibir carta de elegibilidad - Aprobación-----	20
Paso 9: reciba la carta de notificación de financiación-----	20
Exención de apoyos: Carta de inelegibilidad-----	22
Exención de apoyos: funciones y responsabilidades-----	23
Usted y su representante legalmente autorizado-----	23
Su administrador de casos-----	25
Su proveedor-----	27
Definiciones: términos del programa de exención de uso común-----	29
Exención de soportes: formularios y hojas-----	33
Hojas de notas para usted-----	37

Introducción: Hogar y Basado en la comunidad

Programas de exención

El objetivo del programa de exención basado en el hogar y la comunidad es apoyar a una persona con discapacidades en su propia comunidad como una alternativa a la atención institucional o en un centro de enfermería. Los programas de exención eliminan ciertas restricciones del Plan Estatal de Medicaid para permitir que Wyoming financie servicios adicionales no cubiertos por otra fuente.

Esta guía de solicitud proporciona la información, los formularios y los procesos necesarios para ayudarle a solicitar la Exención de manutención. Revise el Capítulo 46 de las Reglas de Medicaid del Departamento de Salud para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad. El Capítulo 46 se puede encontrar en la página de Avisos públicos, documentos reglamentarios e informes del sitio web de la División

(<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/hcbs-public-notice/>), bajo el

Supports Waiver Mission

The Supports Waiver provides supportive services to eligible persons of all ages with an intellectual or developmental disability, or an acquired brain injury, so they can actively participate in the community with friends and family, be competitively employed, and live as safely and independently as possible according to their own choices and preferences.

Normas pestaña.

	APOYA EL PROCESO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN TAREAS PARA COMPLETAR	Fecha completa
☐	Comuníquese con la División: Especialista en beneficios y elegibilidad y programe una cita para analizar el proceso de solicitud. Fecha_____ Hora_____ ☐ Por teléfono	
☐	Reciba la Guía de solicitud de exención de apoyo de la División.	
☐	Entreviste y seleccione un administrador de casos	
☐	Complete los formularios de solicitud de exención de manutención y selección de administración de casos Administrador de casos firma y envía los formularios.	
☐	Su <i>administrador de casos</i> le ayudará con lo siguiente: ☐ Complete la evaluación del nivel de atención (formulario LT-104) si tiene un diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo (DD/ID); o ☐ Ayudarlo a coordinar la evaluación del nivel de atención (LT-101) a través de Salud Pública si tiene un diagnóstico de lesión cerebral adquirida (LCA). ☐ Complete la documentación de elegibilidad financiera y envíela a la Unidad de Atención a Largo Plazo para determinar la elegibilidad financiera. ☐ Reunir orden judicial de representante legalmente autorizado, si corresponde.	
☐	Su <i>administrador de casos</i> te ayuda a programar tu evaluación psicológica o neuropsicológica. Fecha de nombramiento: _____ Nombre del psicólogo licenciado: _____	
☐	Su <i>administrador de casos</i> envía su evaluación completa.	
☐	La División le notifica que usted es elegible, está en la lista de espera o se le ha negado la elegibilidad. Esta determinación no se puede tomar hasta que se hayan completado todos los pasos y puede llevar varios meses.	

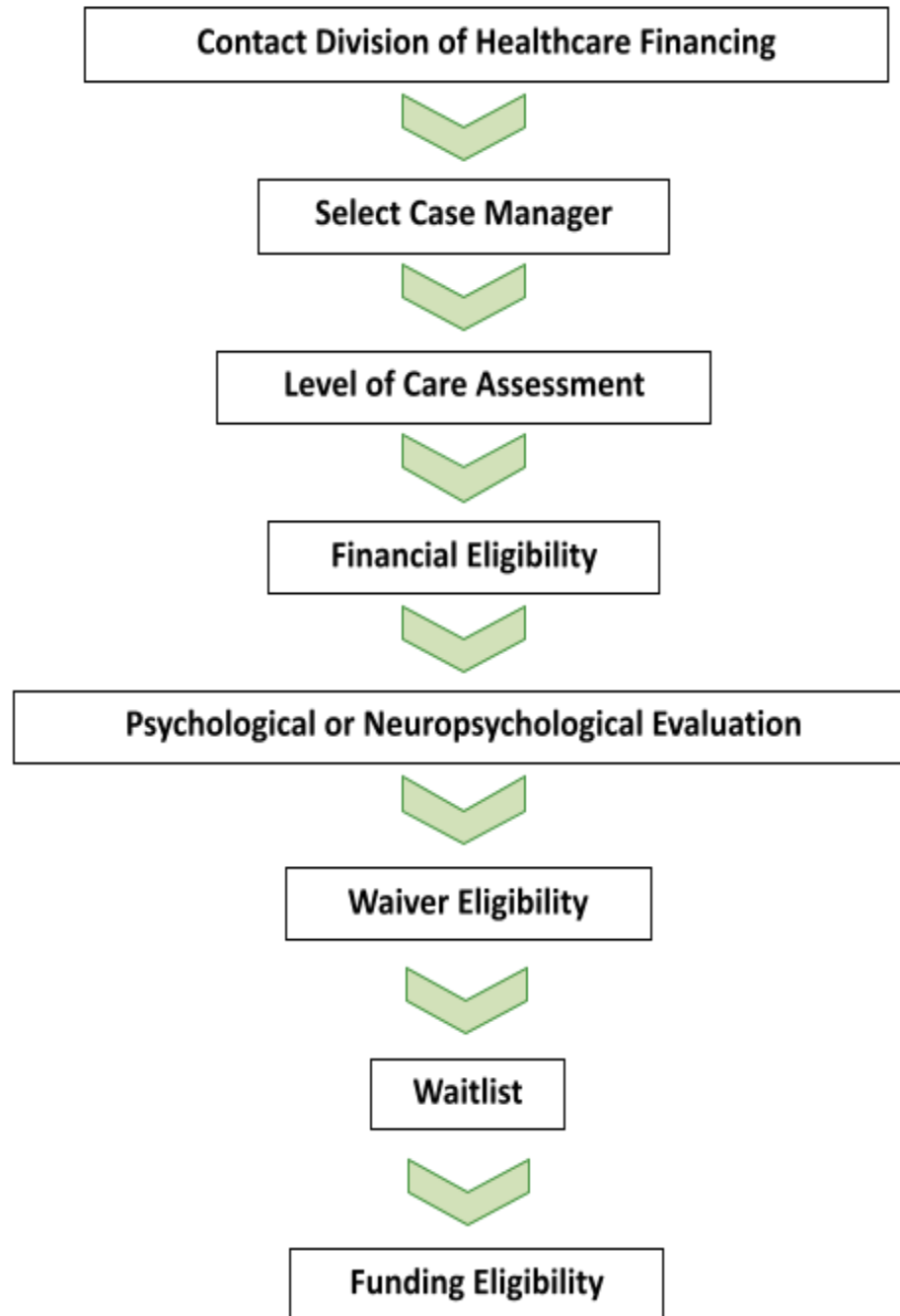
Exención de apoyos: requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para la Exención de Manutención, debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Ser ciudadano legal de los Estados Unidos;
2. Ser residente de Wyoming según lo determine Medicaid;
3. Cumplir con los criterios de nivel institucional de atención:
 - a. Para un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo (ICF/IDD), según lo determinado por la evaluación LT-104; o
 - b. Para un centro de enfermería, según lo determinado por la evaluación LT-101;
4. Cumplir con la elegibilidad financiera, según lo determine la Unidad de Atención a Largo Plazo de Medicaid; y
5. METROcomer uno (1) de los siguientes diagnósticos clínicos de elegibilidad, según se determine mediante una evaluación psicológica o neuropsicológica actualizada:
 - a. Una discapacidad intelectual;
 - b. Una discapacidad del desarrollo o una condición relacionada; o
 - c. Un adquirido lesión cerebral (ABI), según lo define el Capítulo 1 de las Reglas de Medicaid del Departamento de Salud.
 - i. debes ser entre 21 y 64 años

S

Supports Waiver: Eligibility Process Steps SNAPSHOT



Paso 1: Comuníquese con la División de Financiamiento de la Atención Médica

Para solicitar información sobre los servicios de exención, comuníquese con el Especialista en Beneficios y Elegibilidad (BES) de su condado.

Información de contacto de la División de Financiamiento de la Atención Médica (División)

Número de teléfono: 307-777-7531

Dirección de correo electrónico: wdh-hcf-dd-suggestions@wyo.gov

Dirección del sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs>

Wyoming 2-1-1

If you need services and supports during the application process, or while you are on the waitlist for the Supports Waiver, please dial 2-1-1 from your mobile phone. Wyoming 2-1-1 is a free, confidential, health and human services information and referral system supported by many different agencies. More information on Wyoming 2-1-1 can be found at <https://211wyoming.communityos.org/cms/>.

Paso 2: Trabaje con un especialista en beneficios y elegibilidad

Puede trabajar con su BES designado para ayudarlo a navegar el proceso de solicitud. Espere discutir lo siguiente:

1. Una revisión y explicación detallada del proceso de solicitud.
2. Una lista de administradores de casos inscritos que prestan servicios en su condado.
3. Preguntas sugeridas para entrevistar a un posible administrador de casos.
4. Información sobre servicios comunitarios o institucionales.
5. Notificación de que el proceso puede tardar varios meses, dependiendo de cuánto tiempo lleve completar todos los pasos requeridos.
6. Cualquier pregunta que puedas tener.

El paso 2 es opcional y le ayuda a abordar cualquier pregunta que pueda tener relacionada con el proceso de solicitud o el programa de exención de apoyo. Si se siente cómodo completando el proceso y no tiene ninguna pregunta relacionada con la Exención de soporte, continúe con el Paso 3.

Paso 3: programar entrevistas con el administrador de casos

BES le proporcionará una lista de administradores de casos que prestan servicios en su condado. Tiene derecho a elegir su administrador de casos de la lista. Es importante elegir un administrador de casos que mejor satisfaga sus necesidades. **y** acepta servir como su administrador de caso.

Una vez que tenga la lista de administradores de casos que prestan servicios en su condado, deberá programar entrevistas para un administrador de casos. A continuación, encontrará una lista de preguntas que quizás desee considerar hacer a los administradores de casos durante sus entrevistas:

1. ¿Es manejable su número de casos actual para poder contratar a un nuevo participante? Si es así, ¿qué tan rápido puedes empezar?
2. Describa su experiencia trabajando con personas con discapacidad.
3. ¿Está disponible para reunirse conmigo fuera del horario comercial habitual?
4. La comunicación y la confidencialidad son importantes para mí. ¿Puede darnos ejemplos de cómo suele abordar estas inquietudes?
5. ¿Está comprometido a ayudarme a acceder a otros servicios que necesito mientras espero la aprobación de la exención? (es decir, solicitud de seguridad social, etc.)

Paso 4: Entreviste a los administradores de casos

Considere utilizar la siguiente tabla para realizar un seguimiento de los administradores de casos que le gustaría entrevistar:

Nombre del administrador de casos	Número de teléfono	Fecha de contacto para la entrevista	Fecha de la entrevista

Considere utilizar la siguiente hoja de notas para anotar sus pensamientos durante las entrevistas con el administrador de casos:

[illegible]

Paso 5: Complete la solicitud y el caso Formulario de selección de gestión

Una vez que haya seleccionado un administrador de casos, complete la Solicitud de exención de manutención y el Formulario de selección de administración de casos, que se encuentra al final de esta guía.

- 1.** Admite la solicitud de exención
 - a.** Por favor complete toda la información y firme el formulario.
- 2.** Formulario de selección de gestión de casos
 - a.** Este formulario identifica al administrador de casos que ha seleccionado.
 - b.** Con la ayuda de su administrador de casos, complete toda la información en el formulario.
 - c.** Usted y su administrador de casos deben firmar el formulario.

Su administrador de casos es responsable de enviar los formularios completos a BES. Usted es responsable de proporcionarle a su administrador de casos su información de contacto si ésta cambia.

Después de enviar estos formularios, BES comenzará el proceso de solicitud de exención.

Exención de soportes: Obligaciones del administrador de casos

Su administrador de casos completará las siguientes tareas para ayudarlo en el proceso de solicitud de exención.

1. Su administrador de casos desarrollará un plan de atención de administración de casos específicos (TCM), que se utilizará para identificar el apoyo que necesitará de su administrador de casos mientras completa el proceso de elegibilidad y, si se determina que es elegible, identificará el apoyo que necesitará de su administrador de casos mientras espera una oportunidad de financiamiento. Se requiere un plan de atención de MTC para todas las personas.
2. Si tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, su administrador de casos completará una evaluación que demuestre que es elegible para una ICF/IDD (evaluación de nivel de atención LT-104) dentro de los treinta (30) días calendario de haber sido seleccionado como su administrador de casos. Si tiene una ABI, su administrador de casos se asegurará de que la enfermera de salud pública complete la evaluación que demuestra que usted es elegible para un centro de enfermería (evaluación de nivel de atención LT-101).
3. Su administrador de casos lo ayudará a adquirir la documentación necesaria y completar el proceso de elegibilidad financiera, que se administra a través de la Unidad de Atención a Largo Plazo de Medicaid. La documentación de elegibilidad financiera debe completarse y enviarse dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario posteriores a la aprobación de su evaluación del nivel de atención.
4. Su administrador de casos lo ayudará a programar la evaluación requerida.
 - a. Si tienes una discapacidad intelectual o del desarrollo necesitarás una evaluación psicológica
 - b. Si tienes un ITB, necesitarás una evaluación neuropsicológica.
5. Su administrador de casos lo ayudará a acceder a otros servicios mientras completa el proceso de elegibilidad para la exención.

Paso 6: Complete la evaluación del nivel de atención y los formularios relacionados

Si tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, su administrador de casos completará y enviará la evaluación del nivel de atención (formulario LT-104) dentro de los treinta (30) días calendario de haber sido seleccionado como su administrador de casos. La División revisará el formulario LT-104 para determinar si cumple con los criterios de selección previa para la exención.

Si tiene una lesión cerebral adquirida, una enfermera de Salud Pública se comunicará con usted para completar la evaluación del nivel de atención (formulario LT-101) dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la presentación del formulario de selección de administración de casos.

Si tiene un representante legalmente autorizado, deberá presentar la orden judicial correspondiente, firmada por un juez, para que el administrador del caso pueda presentar la orden judicial a la División. La orden judicial prueba que su representante legalmente autorizado puede ayudarle a elegir proveedores, servicios, etc.

Dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario posteriores al cumplimiento de los criterios de selección previa para la exención, su administrador de casos trabajará con usted para completar y enviar la documentación requerida de elegibilidad financiera de Medicaid. Esta documentación se utiliza para determinar si usted es financieramente elegible para la exención.

Si no cumple con los criterios de nivel de atención o de elegibilidad financiera, su solicitud dejará de procesarse y se le enviará una carta de denegación.

Puede comunicarse con la Unidad de Cuidados a Largo Plazo al 1-855-203-2936.

Paso 7: programe su evaluación

Una vez que haya cumplido con los criterios de elegibilidad financiera y nivel de atención, su administrador de casos lo ayudará a programar una evaluación psicológica o neuropsicológica, que se utilizará para determinar su elegibilidad clínica.

Si tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo, deberá programar una evaluación psicológica. Esta evaluación debe ser realizada por un psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico inscrito en Medicaid y con licencia en Wyoming.

Si tiene un ITB, deberá programar una evaluación neuropsicológica para confirmar que cumple con la definición y los criterios funcionales. Esta evaluación debe ser realizada por un psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico inscrito en Medicaid y con licencia en Wyoming.

Las siguientes páginas enumeran los criterios exactos que su médico debe utilizar al determinar su elegibilidad clínica. No dude en proporcionarle la lista de verificación adecuada a su médico.

Criterios de psicología Evaluaciones



Se determina que una persona es elegible para los Apoyos o la Exención Integral cuando se cumplen los criterios de elegibilidad. Específicamente, se describen en 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 referencia para las expectativas de los médicos de la División al completar estas evaluaciones y proporcionará información relacionada con el proceso de evaluación, el uso de instrumentos de evaluación, la interpretación de los resultados, la formulación de diagnósticos y la compilación del informe de evaluación.

Calificaciones del examinador:

Las evaluaciones psicológicas son realizadas por un Inscrito en Medicaid psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico con licencia en Wyoming y libre de conflictos con otros proveedores elegidos por el participante. Las pruebas psicológicas se proporcionan y administran cara a cara y las lleva a cabo un médico con licencia para ejercer de forma independiente y capacitado para administrar los instrumentos de evaluación adecuados.

Pruebas Psicológicas Aprobadas:

Una persona puede calificar para los Apoyos y las exenciones integrales con un diagnóstico de discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo debido a una condición relacionada. Esta determinación de elegibilidad depende en gran medida del uso de instrumentos de evaluación objetivos y estandarizados. En esta sección se describen en detalle los instrumentos aprobados por la División.

En el proceso de evaluación sólo se utilizan instrumentos válidos, confiables y apropiados. La elección de los instrumentos de prueba se basa en la presentación clínica única del individuo y la pregunta de derivación específica. Se utilizan las versiones más actuales de pruebas respaldadas por investigaciones científicas y para las cuales se dispone de información normativa adecuada. Los siguientes instrumentos han sido aprobados para su uso al evaluar la elegibilidad. Se deben utilizar las versiones más actuales de estos instrumentos. No se utilizarán pruebas proyectivas, como el Rorschach.

Instrumentos de Evaluación aprobados por División:

INTELIGENCIA (una de las siguientes y la versión más reciente)

- Batería de evaluación de Kaufman para niños (KABC)
- Escala de Inteligencia de Preescolar y Primaria de Wechsler (WPPSI)
- Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC)
- Escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS)
- Escala de Inteligencia Sanford-Binet (SB)
- Test de Inteligencia No Verbal (TONI)
- Escalas de Bayley para el desarrollo de bebés y niños pequeños (BSID)

FUNCIONAL/ADAPTABLE (una de las siguientes y la versión más reciente)

- Sistema de evaluación del comportamiento adaptativo
- Escalas de comportamiento adaptativo de Vineland

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (una de las siguientes y la versión más reciente)

- Escala diagnóstica del síndrome de Asperger (ASDS)
- Calendario de Observación de Diagnóstico de Autismo (ADOS)
- Entrevista de diagnóstico de autismo (ADI)
- Escala de calificación del autismo infantil (CARS)
- Escalas de calificación del autismo de Gilliam
- Escala de calificación del espectro autista
- Escala de capacidad de respuesta social (SRS)
- Escala de diagnóstico de autismo Asperger de Ritvo revisada (RAADS-R)

Informe Psicológico

Para garantizar que los médicos reciban el pago por los servicios de manera oportuna, los médicos deben enviar el informe completo a la división dentro de los 30 días posteriores a su finalización. La División debe recibir el informe de evaluación completo antes de autorizar el pago. En algunos casos, la División aceptará un Wyoming Inscrito en Medicaid psicólogo o neuropsicólogo que hace referencia a información y puntuaciones de una evaluación reciente realizada en los últimos 12 meses por un psicólogo o neuropsicólogo que no es un Inscrito en Medicaid proveedor. El proveedor inscrito en Wyoming Medicaid DEBE aprobar el informe.

Los siguientes diagnósticos no se consideran diagnósticos calificados a los efectos de determinar la elegibilidad clínica de un individuo: provisional; Funcionamiento intelectual límite; “por informe”; o una “Descarta”. El médico debe emitir una opinión por escrito respondiendo específicamente a la pregunta de derivación sobre elegibilidad clínica confirmando o negando un diagnóstico de discapacidad intelectual, coeficiente intelectual y puntuaciones de conducta adaptativa. La evaluación debe reflejar puntuaciones de conducta adaptativa determinadas mediante la medición estándar de conducta adaptativa. Para un diagnóstico de discapacidad del desarrollo debido a una condición relacionada, la evaluación debe incluir la gravedad de la discapacidad crónica y la gravedad de las deficiencias en las limitaciones funcionales en cada una de las siguientes áreas: Capacidad para la vida independiente, autosuficiencia económica, aprendizaje, movilidad, lenguaje receptivo y expresivo, autodirección y autocuidado.

Los diagnósticos deben basarse en el Manual Diagnóstico y Estadístico más actualizado. Todos los calificadores aplicables, como los niveles de gravedad del trastorno del espectro autista, deben incluirse en los diagnósticos. La División tomará una determinación final sobre la elegibilidad clínica basándose en la evidencia contenida en el informe psicológico.

Proceso de pago

Una vez que el administrador de casos cargue un informe de evaluación completo en el Sistema electrónico de exención de Medicaid (EMWS), se completará una nueva tarea que requiere que el administrador de casos cargue la factura de la evaluación. Una vez recibida la factura, el especialista en beneficios y elegibilidad (BES) creará el período de facturación y enviará una tarea al administrador de casos a través de EMWS. La fecha del período de facturación será la fecha en que se produjo la evaluación. Si la evaluación se realizó en varias fechas, la fecha del período de facturación será la fecha en que se inició la evaluación. Cuando se recibe la tarea que incluye la fecha de facturación, el administrador de casos debe notificar al médico que ahora puede facturar por la fecha proporcionada, utilizando el código de facturación T2024.

Criterios de Neuropsicología

Evaluaciones

Se determina que una persona con un diagnóstico de lesión cerebral adquirida (ABI) es elegible para los apoyos o la exención integral cuando se cumplen los criterios de elegibilidad definidos en la regla. Este documento servirá como guía para los médicos que completen estas evaluaciones y proporcionará información relacionada con el proceso de evaluación, el uso de instrumentos de evaluación, la interpretación de los resultados, la formulación de diagnósticos y la compilación del informe de evaluación.

Calificaciones del examinador:

Las evaluaciones neuropsicológicas son realizadas por un Inscrito en Medicaid psiquiatra, neurólogo o psicólogo clínico con licencia en Wyoming y libre de conflictos con otros proveedores elegidos por el participante. Las pruebas neuropsicológicas se proporcionan y administran cara a cara y las realiza un médico con licencia para ejercer de forma independiente y capacitado para administrar los instrumentos de evaluación adecuados.

Pruebas Neuropsicológicas Homologadas:

En el proceso de evaluación sólo se utilizan instrumentos válidos, confiables y apropiados. La elección de los instrumentos de prueba se basa en la presentación clínica única del individuo y la pregunta de derivación específica. Se utilizan las versiones más actuales de pruebas respaldadas por investigaciones científicas y para las cuales se dispone de información normativa adecuada. Los siguientes instrumentos han sido aprobados para su uso al evaluar la elegibilidad. Se deben utilizar las versiones más actuales de estos instrumentos.

La evaluación Neuropsicológica para la elegibilidad de exención debe incluir cada uno de los tres siguientes instrumentos de evaluación:

Se confirman los criterios de diagnóstico para una LCA según se define en el Capítulo 46 de las Reglas de Medicaid del Departamento de Salud y debe incluir los tres puntajes de las siguientes pruebas y cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

- 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 las Pruebas de aprendizaje verbal de California 1-5 T; o
- Una puntuación de 4 o más en la Escala de Calificación de Supervisión.

Informe Neuropsicológico

Para garantizar que los médicos reciban el pago por los servicios de manera oportuna, el médico debe enviar el informe completo a la división dentro de los 30 días posteriores a su finalización. La División debe recibir el informe de evaluación completo antes de autorizar el pago.

El informe debe contener lo siguiente:

- Motivo de la derivación: para ayudar a determinar la elegibilidad para Wyoming Supports o Comprehensive Waiver
- Información previa
- Verifica a través de una revisión de expediente médico un diagnóstico de daño cerebral adquirido dentro del informe.
- Estado mental – Examen neuroconductual
- Impresión diagnóstica
- Recomendaciones
- Resumen
- Resumen de datos sin procesar

Proceso de pago

Una vez que un administrador de casos carga un informe de evaluación completo en el Sistema electrónico de exención de Medicaid (EMWS), se completará una nueva tarea que requiere que el administrador de casos cargue la factura de la evaluación. Una vez recibida la factura, el especialista en beneficios y elegibilidad (BES) creará el período de facturación y enviará una tarea al administrador de casos a través de EMWS. La fecha del período de facturación será la fecha en que se produjo la evaluación. Si la evaluación se realizó en varias fechas, la fecha del período de facturación será la fecha en que se inició la evaluación. Cuando se recibe la tarea que incluye la fecha de facturación, el administrador de casos debe notificar al médico que ahora puede facturar por la fecha proporcionada, utilizando el código de facturación T2024.

Paso 8: Recibir carta de elegibilidad - Aprobación

Si se determina que usted es financiera y clínicamente elegible para la Exención de manutención, la División le enviará una notificación por escrito. Si no hay fondos disponibles, se le colocará en una lista de espera. Estar en la lista de espera significa que usted es elegible, pero debe esperar hasta que haya fondos disponibles para comenzar a recibir servicios.

Cuando los fondos estén disponibles, la División le enviará una notificación por escrito. Hasta que reciba fondos, su administrador de casos debe ayudarlo a acceder a servicios sin exención, brindarle intervención y estabilización en caso de crisis y vincularlo con otros recursos disponibles.

Si está interesado en obtener más información sobre los posibles servicios ofrecidos una vez que los fondos estén disponibles, revise el Índice de servicios integrales y de exención de apoyo, que se encuentra en la página Definiciones y tarifas de servicios del sitio web de la División en <https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/servicesandrates/>.

Paso 9: reciba la carta de notificación de financiación

Una vez que los fondos estén disponibles, recibirá una carta de la División que incluye el monto de su presupuesto individual (IBA) y la fecha en que podrá comenzar los servicios. Su IBA es la cantidad de dinero que tiene para comprar servicios de exención. Su administrador de casos trabajará con usted y su equipo de plan de atención para desarrollar su IPC.

Una vez que reciba su carta de financiación:

1. Deberá trabajar con su administrador de casos para completar cualquier solicitud adicional o pendiente de la División antes de la fecha de inicio de su IPC (es decir, evaluación psicológica actualizada, preguntas sobre elegibilidad financiera, etc.). Su carta de financiación incluirá plazos en los que se deben completar estas actividades.
2. Su administrador de casos se reunirá con usted y su representante legalmente autorizado (si corresponde) para analizar sus necesidades y preferencias de apoyo con respecto a sus servicios de exención.
3. Su administrador de casos compartirá el Índice de servicios integrales y de exención de apoyo más actualizado y lo ayudará a identificar los servicios para satisfacer sus necesidades de apoyo.

4. Usted y su representante legalmente autorizado seleccionarán sus servicios identificados.
5. Se espera que usted y su representante legal autorizado se comuniquen y entrevisten a los proveedores. La lista de proveedores se puede encontrar visitando el salud.wyo.gov/healthcarefin/hcbs. Seleccione el botón Buscar proveedor de DD y administrador de casos ubicado en la página de inicio. Usted y su representante legalmente autorizado notificarán a su administrador de casos sobre los proveedores que ha elegido. Si necesita ayuda con este proceso, comuníquese con su administrador de casos.
6. Su administrador de casos programará una reunión inicial del equipo de planificación de atención. Los miembros del equipo lo incluyen a usted, su representante legal autorizado, su administrador de casos, sus proveedores seleccionados y cualquier otra persona a la que le gustaría asistir, incluidos familiares, amigos y otras personas que son importantes para usted.
7. En la reunión del plan de atención, usted y su equipo discutirán aspectos que son importantes para usted, como sus objetivos para el futuro y sus necesidades de apoyo y supervisión. Como recordatorio, todos los servicios deben brindarse dentro del monto del presupuesto individual identificado en la carta de financiación, y los servicios deben ser suficientes para durar todo el año del plan.
8. Su administrador de casos redactará su IPC y lo enviará a la División para su revisión. Su administrador de casos les proporcionará a usted y a su LAR una copia de su IPC después de que haya sido revisada.
9. Se espera que su administrador de casos capacite a sus proveedores sobre su IPC y les proporcione a cada uno una copia de la IPC.
10. Según la fecha de inicio de su IPC, ahora puede comenzar a recibir servicios de exención. También será elegible para Wyoming Medicaid si anteriormente no era elegible para ese programa.
11. Usted o su representante legalmente autorizado pueden cambiar sus servicios y proveedores durante el año del plan si sus necesidades cambian o si su proveedor no puede brindar servicios cuando y cómo los necesita. Su administrador de casos programará una reunión de equipo, modificará el IPC y enviará la modificación para su revisión.

Exención de soportes: Carta de inelegibilidad

Si la División determina que usted no es elegible para los servicios de Exención de Manutención, recibirá una carta de denegación de la División. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una reconsideración de la decisión.

Una reconsideración es una solicitud para que la División revise su documentación nuevamente para determinar si la decisión fue correcta.

Se puede presentar una solicitud de reconsideración a la División y debe incluir documentación que respalde al menos una (1) de las siguientes condiciones:

1. La información presentada fue tergiversada;
2. La información no estaba representada en la medida necesaria;
3. Hubo una mala aplicación de las normas o políticas; o
4. Se malinterpretó el criterio.

Usted o su LAR deben presentar la solicitud a su administrador de casos, y su administrador de casos debe enviar la solicitud a la División, dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de su carta de denegación.

También puede solicitar una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial le brinda la oportunidad de decirle al funcionario de audiencias por qué cree que una decisión sobre su caso es incorrecta. La información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial se incluirá en su carta de denegación.

Exención de soportes: Funciones y responsabilidades

Usted y su representante legalmente autorizado

- Proporcionar evidencia de la necesidad de servicios y apoyos, incluida información para evaluaciones.
- Proporcione información para ayudar a su administrador de casos a completar la evaluación del nivel de atención.
- Recopile la documentación necesaria, incluidos registros escolares, registros médicos e información del seguro social.
- Asegúrese de que todos sus proveedores reciban la información médica, de emergencia y de contacto necesaria, además de capacitación.
- Elija proveedores y servicios.
- Mantenerse informado sobre los cambios de exención a través del sitio web o las oportunidades educativas proporcionadas por la División.
- Si los servicios de exención son autodirigidos, siga los requisitos y responsabilidades. Esto incluye proporcionarle a su administrador de casos documentación mensual sobre el progreso de los objetivos.
- Participe en el proceso de planificación del programa, incluido el desarrollo y revisión de su IPC.
 - Coordine con su administrador de casos para programar reuniones de IPC al menos veinte (20) días calendario antes de la fecha de la reunión.
- Revise su IPC y asegúrese de que refleje los servicios y apoyos que necesita y que ha aceptado.
- Cada año, envíe formularios e información a la Unidad de Atención a Largo Plazo para completar una revisión anual de elegibilidad financiera.
- Conozca los derechos y restricciones y participe activamente en cualquier discusión sobre posibles restricciones de derechos.
- Haga preguntas si la información o las instrucciones no están claras.
- Proporcionar información a los tribunales al menos dos (2) veces al año, o según lo requieran los tribunales, si es un representante legalmente autorizado.
- Notifique a su administrador de casos sobre cambios en su residencia, teléfono, representante legal autorizado, representante del beneficiario, custodia, etc.

- Esté disponible para visitas domiciliarias mensuales o trimestrales con su administrador de casos y comprenda que las cancelaciones pueden afectar sus servicios de exención.
- Informe a su administrador de casos y a sus proveedores sobre cualquier inquietud o pregunta y bríndeles la oportunidad de abordar cualquier inquietud o pregunta con usted.
- Informe a su administrador de casos sobre cualquier cambio solicitado en los servicios y siga el proceso de transición de la División cuando cambie de proveedor de servicios o se mude a otra ubicación en el estado.
- Proporcione a su administrador de casos y a sus proveedores información sobre incidentes, inquietudes sobre medicamentos, inquietudes de comportamiento y otra información importante de manera oportuna.
- Participe en evaluaciones, según sea necesario, para determinar su elegibilidad para la exención continua.

Su administrador de casos

- Coordina la evaluación y reevaluación de su nivel de atención para verificar su necesidad de servicios de exención.
- Inicia el proceso para evaluar y reevaluar su nivel de criterios de atención (evaluación LT-104) para ID/DD. Garantiza que la evaluación LT-101 sea completada anualmente por la enfermera de salud pública si tiene una lesión cerebral adquirida.
- Le ayuda a usted y a las personas que lo apoyan a desarrollar su IPC centrada en la persona, que incluye sus necesidades, intereses y objetivos.
- Revisa tu IPC contigo y tu equipo de una manera que sea fácil de entender.
- Le ayuda a usted y a sus proveedores a desarrollar un cronograma personalizado para usted.
- Proporciona copias de su IPC a sus proveedores, siguiendo las leyes y regulaciones de privacidad y confidencialidad.
- Supervisa los servicios y la facturación de sus proveedores.
- Proporciona seguimiento de segunda línea de sus regímenes de medicación como se describe en su IPC.
- Trimestralmente, observa sus servicios en diversos entornos para verificar que su IPC se esté implementando, que los cronogramas sean precisos, que se esté logrando progreso y que se respeten sus decisiones.
- Proporciona un aviso de veinte (20) días para las reuniones semestrales del equipo de IPC.
- Envía su IPC al BES treinta (30) días antes de la fecha de inicio de su IPC.
- Le ayuda a determinar qué servicios son prioritarios para usted.
- Respalda sus elecciones y preferencias, a menos que hacerlo sea ilegal o claramente no sea lo mejor para usted.
- Le brinda a usted y a su representante legalmente autorizado opciones informadas con respecto a sus proveedores de servicios actuales y otros administradores de casos.
- Realiza una visita domiciliaria ya sea mensual o trimestralmente, dependiendo de su servicio.
- Le informa a usted y a su representante legalmente autorizado sobre las oportunidades de dirección de participantes y le ayuda a comprender las responsabilidades de esta elección.

- Supervisa las restricciones y restricciones que pueda recibir, como se describe en su Plan de apoyo al comportamiento positivo, y completa un análisis de tendencias.
- Comparte su información con la División y su equipo; es decir, cambio de medicamentos, cambios de comportamiento, etc.
- Conoce y sigue las reglas y políticas actuales de la División.
- Si está utilizando la opción de prestación de servicios dirigida por el participante, trabaja con el agente de servicios de administración financiera y usted o su representante legalmente autorizado para completar la documentación, revisar los servicios y responder preguntas.
- Continúa ayudándolo a acceder a servicios sin exención y vinculándolo con otros recursos disponibles.

Su proveedor

- Participa en las reuniones de su equipo y brinda información pertinente para ayudarlo a usted y a su equipo del plan de atención a tomar las decisiones correctas sobre sus servicios y apoyos.
- Sigue a su IPC y notifica a su administrador de casos cuando hay preguntas o inquietudes con su IPC.
- Trabaja con su equipo de plan de atención para determinar si se necesitan cambios para los servicios en su IPC, incluidos cambios en los medicamentos, el comportamiento y los planes de horario de comidas, o cualquier otro impacto significativo en los servicios.
- Sigue las pautas de asistencia con medicamentos, si están en su IPC.
- No le brinda servicios hasta que reciba una copia completa de su IPC, el personal haya sido completamente capacitado y haya sido autorizado para brindar servicios. Esto incluye el formulario de verificación del servicio y todas las firmas correspondientes.
- Mantiene registros precisos de la cantidad de unidades de servicio que utiliza y notifica a su administrador de casos si el uso de su unidad está cambiando.
- Presupuesta sus unidades para que duren todo el año del plan.
- Le proporciona a usted, a su representante legal autorizado y a su administrador de casos información sobre usted de manera oportuna, que incluye:
 - Incidentes internos y críticos;
 - Restricciones y restricciones;
 - Medicamentos y preocupaciones de comportamiento;
 - Documentación de facturación; y
 - Otra información importante.
- Notifica inmediatamente a la División sobre cualquier cambio en su dirección, teléfono o correo electrónico para aliviar cualquier posibilidad de desactivación o interrupción de sus servicios.
- Desarrolla un cronograma y objetivos para usted, con el aporte de su equipo.
- Proporciona una copia de la documentación mensual a su administrador de casos antes del décimo (10th) día hábil de cada mes.
- Le permite a su administrador de casos y al personal de la División monitorear sus servicios de exención.

- Sigue el procedimiento de transición de la División para facilitar las transiciones antes de aceptarlo en sus servicios o aceptar brindarle servicios.
- Participa en las actualizaciones actuales de la División y en la capacitación pertinente para brindarle servicios.
- Respeta sus derechos y diferencias culturales, y garantiza que todo el personal comprenda y respete sus derechos.
- Conoce y sigue todas las reglas y estándares federales y estatales basados en el hogar y la comunidad.

Definiciones: términos del programa de exención de uso común

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

Lesión cerebral adquirida (ABI) – Capítulo 1 Reglas de Medicaid de WY: Cualquiera de los siguientes:

- A. Combinación de disfunción focal y difusa del sistema nervioso central, tanto inmediata como retardada, a nivel del tronco encefálico y superiores;
- B. Se adquiere mediante la interacción de fuerzas externas y el cuerpo, falta de oxígeno, infección, toxicidad, cirugía y trastornos vasculares no asociados con el envejecimiento;
- C. Ocurrió por una lesión en el cerebro desde el nacimiento;
- D. Causado por una fuerza física externa o por un trastorno metabólico; y
- E. (Y) Incluye lesiones cerebrales traumáticas, como lesiones en la cabeza abiertas o cerradas, y lesiones cerebrales no traumáticas, como las causadas por accidentes cerebrovasculares, tumores, enfermedades infecciosas, lesiones hipóxicas, trastornos metabólicos y productos tóxicos que ingresan al cuerpo por inhalación o ingestión.

La lesión cerebral adquirida no incluye lesiones cerebrales congénitas ni lesiones cerebrales inducidas por un traumatismo de nacimiento y no son degenerativas ni de desarrollo.

Administrador de casos: Un proveedor de servicios que le ayuda a identificar, seleccionar, obtener, coordinar y utilizar tanto servicios pagos como apoyos naturales. Su objetivo es mejorar su independencia, productividad e integración de acuerdo con sus capacidades y preferencias.

Niño: Una persona menor de 21 años. Las personas entre 18 y 21 años que reciben servicios se consideran adultos en el Estado de Wyoming y deberán firmar sus propios documentos, a menos que tengan un representante legalmente autorizado.

Círculo de Apoyo: Personas específicas con las que puede contactar para obtener ayuda o apoyo. Estos pueden incluir a sus familiares, amigos, vecinos, defensores, proveedores, arrendadores, miembros o agencias de la comunidad o agencias de emergencia locales.

Departamento de Servicios Familiares (DFS): Conecta a las personas con recursos de tiempo limitado que promueven la salud, la seguridad y la autosuficiencia para que puedan contribuir a sus comunidades.

Discapacidad del desarrollo: Una discapacidad grave y crónica que:

- A. Es atribuible a un impedimento cognitivo o físico o una combinación de impedimentos físicos y mentales;
- B. Se manifiesta antes de que el individuo cumpla 22 años;
- C. Es probable que continúe indefinidamente; y
- D. Resulta en limitaciones funcionales sustanciales en 3 o más de las siguientes áreas de actividad vital importante:
 - i. Cuidados personales;
 - ii. Lenguaje receptivo y expresivo;
 - iii. Aprendiendo;
 - iv. Movilidad;
 - v. Autodirección;
 - vi. Capacidad para vivir independientemente;
 - vii. Autosuficiencia económica; y
- E. Refleja la necesidad del individuo de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, apoyos individualizados u otras formas de asistencia que sean de por vida o de duración prolongada y que se planifiquen y coordinen individualmente.

Sistema electrónico de exención de Medicaid (EMWS): Sistema electrónico para la gestión de su renuncia y expediente.

Funcionalmente necesario: Un servicio de exención que es:

- A. Requerido debido a su diagnóstico o condición, y
- B. Reconocido como una práctica común o actual entre el grupo de pares de su proveedor, o
- C. Destinado a realizar una adaptación razonable para cualquier limitación funcional que pueda tener, para aumentar su independencia.
- D. Proporcionado de la manera más eficiente y en el entorno acorde con la atención que necesita.
- E. No es experimental ni de investigación y generalmente es aceptado por la comunidad médica.

ICF/IDD: Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

Monto del presupuesto individual (IBA): Asignación de fondos de exención de Medicaid que se le asignan para presupuestar los servicios de acuerdo con sus

necesidades evaluadas.

Plan de atención individualizado (IPC): Su plan de atención escrito que describa:

- A. El tipo y frecuencia de los servicios que se le proporcionarán,
- B. Independientemente de la fuente de financiación, y
- C. Identifica el proveedor o tipos de proveedores para brindar estos servicios.

Discapacidad Intelectual: Funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio con déficits concurrentes en la capacidad adaptativa. comportamiento manifestado durante el período de desarrollo.

Representante legalmente autorizado: Una persona designada legalmente como tutor para actuar en su nombre.

Seguro de enfermedad: Proporciona financiación y regula la asistencia y los servicios médicos. Medicaid en Wyoming es un programa dependiente de la División de Financiamiento de la Atención Médica del Departamento de Salud de Wyoming.

Registros médicos: Todos los documentos que tiene su proveedor, que describen su diagnóstico, condición o tratamiento, incluido, entre otros, su IPC.

Evaluación neuropsicológica o psicológica: Un proceso que evalúa las capacidades mentales de una persona para determinar la elegibilidad para el programa de exención.

Objetivo: Una habilidad específica, mensurable, alcanzable, relevante, específica en el tiempo y rastreable que se debe lograr para lograr un objetivo particular.

Partícipe: Una persona que ha sido determinada elegible para los servicios de exención cubiertos.

Dirección-participante: Enfoque de prestación de servicios que enfatiza la capacidad de las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias para decidir sus propias necesidades y elegir qué servicios satisfarían mejor esas necesidades. Tú gestionas tu propio presupuesto; contratar, capacitar y negociar salarios para sus empleados; aprobar tarjetas de tiempo de los empleados; y despedir a los empleados.

Planificación centrada en la persona: Un proceso, dirigido por usted, que identifica sus fortalezas, habilidades, preferencias, necesidades y servicios para satisfacer estas necesidades, y los proveedores disponibles para estos servicios. La planificación centrada en la persona le permite elegir y controlar el proceso de desarrollo e

implementación de su IPC.

Plan de equipo de atención: Un grupo de personas que conocen usted y están calificadas, colectivamente, para ayudarlo a desarrollar su IPC.

La membresía del equipo lo incluye a usted, su representante legal autorizado (si corresponde), su administrador de casos, los proveedores de su IPC, su defensor (si corresponde) y cualquier otra persona elegida por usted.

Proveedor: Una persona o entidad certificada por la División para brindarle servicios y que actualmente está inscrita como proveedor de exención de Medicaid.

Condición relacionada: Una condición que resulta en una discapacidad del desarrollo crónica grave que afecta a un individuo, que se manifiesta antes de los 22 años y es atribuible a parálisis cerebral, trastorno convulsivo o cualquier condición distinta de una enfermedad mental que esté estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual y requiera servicios similares, según lo determine un psicólogo o médico autorizado.

Beneficiario representante: Una persona u organización designada por la Administración del Seguro Social para administrar los beneficios estatales o federales o los pagos del programa de derechos en su nombre, si no puede administrar o dirigir la administración de su propio dinero.

Dirección-participante: Enfoque de prestación de servicios que enfatiza la capacidad de las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias para decidir sus propias necesidades y elegir qué servicios satisfarían mejor esas necesidades. Tú gestionas tu propio presupuesto; contratar, capacitar y negociar salarios para sus empleados; aprobar tarjetas de tiempo de los empleados; y despedir a los empleados.

Servicios tradicionales: Proceso impulsado por el proveedor en el que el proveedor determina a quién contratar, dónde trabajará el personal, cuánto se le pagará y cómo se prestarán los servicios.

Lista de espera: Una lista de solicitantes elegibles para los servicios del programa de exención que están esperando fondos disponibles antes de que puedan comenzar sus servicios.

Exención de soportes: formularios y hojas

Las siguientes páginas incluyen formularios y hojas destinados a ayudarle mientras trabaja en la Exención de manutención. Por favor encuentre lo siguiente:

1. Formulario de solicitud de exención de apoyos de Medicaid
2. Formulario de selección de gestión de casos
3. Hojas de notas para usted

Exención de apoyos de Medicaid Solicitud



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Programa aplicable - Envíe este formulario al Especialista en beneficios y elegibilidad (BES) en su área

Actualmente estoy en una exención de Medicaid: ☐ Sí ☐ No exención Nombre: _____

En caso afirmativo, el nombre de su administrador de casos: _____

Número de teléfono del administrador de casos: _____

Estoy interesado en recibir información sobre colocación institucional. ☐ Sí ☐ No

Tengo una lesión cerebral adquirida (LCA) ☐ Sí ☐ No Edad en que ocurrió la LCA: _____

Información de contacto del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____ Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Condado de residencia: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

☐ Masculino ☐ Etnicidad femenina: _____ Número de Medicaid: ____ - ____

Ciudad/Condado donde recibiré servicios: _____

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

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

Información de contacto del representante legalmente autorizado

Complete la siguiente sección si el solicitante es menor de 18 años o tiene un representante legalmente autorizado designado por el tribunal (pleno o limitado).

Nombre de los padres/representantes legalmente autorizados: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Es esta persona un representante legalmente autorizado designado por el tribunal (pleno o limitado)? ☐ Sí ☐ No

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

Información de contacto de emergencia

Incluya información de contacto de emergencia.

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Firmas

Firma del Solicitante o Representante Legalmente Autorizado

Fecha ____/____/____

Firma del testigo

Fecha ____/____/____

(obligatorio si la firma está marcada con una "X")

**Esta página se dejó intencionalmente
en blanco**

Formulario de selección de gestión de casos



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES

DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Información del solicitante - Envíe este formulario al [Especialista en beneficios y elegibilidad \(BES\)](#) en su área

Solicitante: _____ Representante legalmente autorizado: _____

Reconocimiento de elección de proveedores y divulgación de conflicto de intereses del administrador de casos

Escriba sus iniciales en cada línea para verificar que se le hayan explicado los servicios disponibles a través de este Programa de exención.

_____ Entiendo que tengo la capacidad de tomar decisiones con respecto a qué servicios se me brindarán y con qué proveedores trabajaré como participante de la exención.

_____ Entiendo que tengo derecho a solicitar una resolución informal de disputas o una audiencia administrativa si no tengo la opción de elegir proveedores.

_____ Entiendo que debo elegir un administrador de casos que no esté relacionado conmigo ni afiliado a ninguno de mis otros servicios, por lo que no existirá un conflicto de intereses.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi administrador de casos sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono. Si, durante el proceso de solicitud o mientras estoy en la lista de espera para recibir servicios, mi administrador de caso no puede comunicarse conmigo, entiendo que mi caso puede cerrarse.

Selección del administrador de casos

Una lista de administradores de casos certificados (<https://health.wyo.gov/healthcarefin/hcbs/>) que están disponibles en mi región y he completado mis entrevistas como administrador de casos. He elegido a la siguiente persona para que actúe como mi administrador de casos, me ayude a recopilar la información necesaria para determinar mi elegibilidad clínica y, si soy elegible para recibir servicios, desarrolle y presente mi plan de atención individualizado.

Nombre del administrador de casos: _____ Organización: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Si está cambiando su administrador de casos, ¿quién es su administrador de casos actual? _____

Número de teléfono: _____ Cambio de fecha solicitado para nuevo administrador de casos: ____/____/____

Dirección de correo electrónico: _____

_____ Mi administrador de casos actual tendrá acceso a mi caso por hasta siete días calendario después de que comience mi nuevo administrador de casos, para poder completar las tareas requeridas del mes de servicio anterior. (Por favor ponga sus iniciales si comprende y está de acuerdo).

Consentimiento para la divulgación de información

Por favor ponga sus iniciales en cada línea para verificar que comprende y acepta la siguiente información:

_____ Acepto participar en evaluaciones y exámenes para determinar mi elegibilidad clínica y necesidad de servicios de exención.

_____ Autorizo la divulgación de mi información por parte de mi médico, hospital, centro comunitario de salud mental, otros proveedores de servicios sociales, escuela, proveedores de servicios de salud y familiares hacia y entre las agencias estatales de Wyoming y sus agentes, en lo que se refiere a mi condición y capacidad médica, para determinar los servicios de exención apropiados. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información por escrito en cualquier momento.

Firmas

_____ Solicitante o Firma del representante legalmente autorizado	_____ Fecha	_____ Firma del testigo (obligatoria si la firma está marcada con una "X")	_____ Fecha
_____ Administrador de casos nuevo o actual	_____ Fecha	_____ Nuevo administrador de casos seleccionado	_____ Fecha

Hojas de notas para usted

