

Exención de Opciones Comunitarias

Hoja informativa del programa



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES
WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Antecedentes del programa:

El programa de Exención de Opciones Comunitarias es un programa de exención de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) de **Medicaid** autorizado bajo la Sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social. Los programas de exención de HCBS permiten que un estado exente ciertos requerimientos de Medicaid para ofrecer servicios adicionales a una población objetivo 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 a largo plazo mediante el acceso a una amplia variedad de servicios comunitarios, incluyendo:

- Servicios diurnos para adultos
- Servicios en centros de vida asistida
- Manejo de casos
- Modificación ambiental
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente de salud a domicilio
- Ayuda doméstica
- Transporte no médico
- Sistemas de Respuesta para Emergencias Personales (PERS)
- Servicios de apoyo personal
- Respiro
- Enfermería especializada
- Manejo de casos intensivo para transiciones
- Gastos para establecer transiciones

Objetivos del programa:

- Autoridad individual sobre los servicios y apoyos – Proveer a los participantes del programa la oportunidad y la autoridad de ejercer un control sobre sus servicios, apoyos y otras circunstancias de la vida en la medida de lo posible.
- Planeación de servicios y provisión de servicios centrados en la persona – Reconocer y promover las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos del participante a través de un proceso de planeación de servicios centrados en la persona. Respetar y apoyar las fortalezas, metas, preferencias, necesidades y deseos del participante a través de una provisión de servicios centrados en la persona.
- Servicios – Ofrecer servicios que complementan y/o suplementan los servicios disponibles a través del Plan Estatal de Medicaid y otros programas públicos federales, estatales y locales, así como también los apoyos que las familias y comunidades proveen para las personas.
- Relaciones comunitarias – Apoyar y alentar las metas determinadas por los propios participantes para que sean miembros activos en sus comunidades. Reconocer que la naturaleza y calidad de las relaciones con la comunidad son fundamentales para su salud y bienestar.
- Salud y seguridad – Manejar efectivamente los riesgos y balancear la capacidad del participante para lograr una independencia y mantener su salud y seguridad.
- Uso responsable de fondos públicos – Demostrar un manejo responsable de los recursos públicos limitados.

Elegibilidad del programa:

Para calificar para la inscripción en el programa de CCW, una persona debe cumplir con los criterios generales y los criterios para los tres grupos de población objetivo detallados a continuación.

Criterios generales:

- Ciudadanía estadounidense/Estatus migratorio
- Residente de Wyoming

Grupo de nivel de cuidados institucionales:

Para determinarse como elegible en el programa de CCW, una persona debe ser evaluada por un enfermero de salud pública entrenado usando la herramienta de evaluación Cuidados a Largo Plazo 101 (LT-101), y el Departamento debe determinar que requiere un nivel de cuidados a largo plazo. El nivel de cuidados debe determinarse antes de la inscripción en el programa de CCW y cuando menos una vez al año después de eso.

Grupo objetivo:

Para determinarse como elegible en el programa de CCW, una persona debe:

- Tener 65 años o más, o
- Ser un adulto (19-64 años) con una discapacidad. La discapacidad se verifica a través de una determinación de discapacidades de la Administración del Seguro Social (SSA) o por el Departamento o su agente usando los criterios de la SSA.

Grupo de elegibilidad financiera:

Para determinarse como elegible en el programa de CCW, una persona debe ser elegible para Medicaid de Wyoming (por ejemplo, como beneficiario de Ingresos del Seguro Social) o calificar para el “Grupo de exención especial de HCBS”. En general, la persona debe tener un ingreso igual o menor al 300% de la Tasa Federal de Beneficios (FBR) y tener recursos calculables limitados. Contacte a la Unidad de Elegibilidad de Cuidados a Largo Plazo para más información sobre los criterios de elegibilidad financiera al 1-855-203-2936.

Para más información o para participar en el Programa de Exención de Opciones Comunitarias:

Departamento de Salud de Wyoming, División de Financiamiento de Servicios Médicos

Sección de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS)

Teléfono: 1-800-510-0280

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

Exención de Opciones Comunitarias

Solicitud del programa



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES
WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

La Sección de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) ha recibido una notificación de que usted podría estar interesado(a) en recibir servicios comunitarios como una alternativa a los cuidados provistos en un centro de cuidados a largo plazo. Si usted desea presentar una solicitud, por favor complete y regrese este formulario de solicitud. Usted puede enviar su solicitud por correo postal, fax, correo electrónico o entregarla personalmente en:

Dirección: Attn: Home and Community-Based Services Section –
Community Choices Waiver
Wyoming Department of Health
122 West 25th Street, 4 West
Cheyenne, WY 82002
Fax: (307) 777-8685
Correo electrónico: 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 de Cuidados a Largo Plazo en el 1-855-203-2936.

*Nombre del solicitante:	_____	ID de Medicaid: (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 de alta del centro de cuidados a largo plazo:	_____
	_____	(si corresponde)	

Los solicitantes del programa de Exención de Opciones Comunitarias tienen requerido seleccionar una agencia de manejo de casos de la lista de proveedores en su condado. Por favor, indique su elección de la agencia de manejo de casos escribiendo el nombre de su agencia, y usted y la agencia seleccionada deben firmar a continuación.

* Agencia de manejo de casos: _____

* Firma del representante de la agencia de manejo de casos: _____

de teléfono de la agencia: _____

* Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Un tutor legal o una persona con una carta poder puede firmar en nombre del solicitante; se requiere una documentación.

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