

PAQUETE INFORMATIVO SOBRE LA EXENCIÓN DE SIDA/VIH DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EN LA COMUNIDAD

La exención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Virus de Inmunodeficiencia Humana de los servicios de atención domiciliar y en la comunidad de Medicaid (HCBS AIDS/HIV) brinda financiamiento para servicios y apoyos individualizados para mantener a los miembros elegibles en sus propios hogares o comunidades, quienes de otro modo necesitarían recibir cuidados en una institución médica. La prestación de estos servicios debe ser rentable.

PARÁMETROS GENERALES

- Los servicios de exención de AIDS/HIV son individualizados para satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los siguientes servicios:
 - **Cuidado diurno de adultos**
 - **Cuidado asistido dirigido por el consumidor**
 - **Servicios de consejería**
 - **Comidas entregadas a domicilio**
 - **Ayuda doméstica en salud**
 - **Servicios de ama de casa**
 - **Servicio de enfermería**
 - **Servicio de relevo**
 - **Opción “Elecciones del consumidor”**
- Los servicios que son considerados necesarios y apropiados para el miembro serán determinados a través de un equipo interdisciplinario integrado por el miembro, el trabajador del servicio o encargado del caso del DHS, el(los) proveedor(es) de servicios de exención de SIDA/ VIH y otras personas que elija el miembro.
- Todos los miembros contarán con un plan integral de servicios desarrollado por un trabajador del servicio o encargado del caso del DHS en colaboración con el miembro. Este plan debe ser completado, firmado y fechado antes de la implementación de los servicios. El plan de servicios para ***miembros de 20 años de edad o menos*** debe ser desarrollado o revisado tomando en cuenta aquellos servicios que se pueden prestar a través del plan educativo individualizado (IEP) y el(los) plan(es) de Detección, Diagnóstico y Tratamiento precoz y periódico (EPSDT o Care For Kids).
- Los miembros tendrán acceso a todos los demás servicios para los cuales sean elegibles y que resulten adecuados para satisfacer sus necesidades como una condición previa para la elegibilidad para la exención AIDS/HIV.
- Se debe desarrollar y revisar un plan de servicio cada año con el equipo interdisciplinario, el cual deberá ser firmado y fechado por el administrador del caso o el trabajador de servicio del DHS.
- El miembro debe escoger los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- Para recibir los servicios de la exención AIDS/HIV, un proveedor de servicios de exención AIDS/HIV aprobado debe estar disponible para prestar tales servicios.
- Los servicios de la exención AIDS/HIV no se pueden suministrar cuando una persona está hospitalizada en una institución médica.
- Los miembros deben necesitar y usar uno de los servicios disponibles para la exención AIDS/HIV durante cada trimestre del año calendario.
- El costo total mensual de los servicios HCBS AIDS/HIV no pueden exceder el monto de \$1840.00 por mes
- Se designa a una cierta cantidad de miembros (asignaciones de pago) para recibir servicios conforme al programa HCBS AIDS/HIV.

- Un servicio de exención de Medicaid no se puede reembolsar simultáneamente con otro servicio de exención de Medicaid o servicio de Medicaid.
- El costo total combinado de los servicios de exención AIDS/HIV y los servicios de Medicaid no deberán exceder el costo promedio del nivel de cuidado del miembro que se le otorga en una institución médica.
- Los servicios de exención AIDS/HIV están disponibles para niños y adultos
- A continuación se encuentra la jerarquía para acceder a los servicios de exención:
 - Seguro privado
 - Medicaid y/o EPSDT (Care For Kids)
 - Servicios de exención de AIDS/HIV en el programa Cuidados en el hogar relacionados con la salud
- Además de los servicios disponibles a través de la exención AIDS/HIV, puede acceder a asistencia a través del programa de Cuidados en el hogar relacionados con la salud y/o del Programa de subsidio para el alquiler a través de la Autoridad Financiera de Iowa. Los miembros pueden contactar a la Autoridad Financiera de Iowa llamando al 1-800-432-7230.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS

Los miembros pueden ser elegibles para recibir los servicios de exención PD de HCBS si cumplen con los siguientes criterios:

- Ser residente de Iowa y ciudadano de los Estados Unidos o una persona nacida en el extranjero con ingreso legal a los Estados Unidos
- Haber sido diagnosticado con SIDA o una infección con VIH por un médico. Iowa Medicaid Enterprise, Unidad de Servicios Médicos es la responsable de contactarse con el médico para establecer el diagnóstico. No se requiere de una determinación de discapacidad.
- Ser determinado elegible para Medicaid (Título XIX). Los miembros pueden ser elegibles para Medicaid antes de acceder a los servicios de exención o ser determinados elegibles a través del proceso de solicitud para el programa de exención. Puede haber otras oportunidades para acceder a Medicaid a través del programa de exención, incluso si el miembro ha sido determinado inelegible anteriormente.
- Que Iowa Medicaid Enterprise, Servicios médicos determine la necesidad de recibir un nivel de cuidado de un centro de enfermería o un hospital

DESCRIPCIONES DEL SERVICIO

- **POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:**

Los servicios de exención AIDS/HIV son individualizados para satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a cuáles son los servicios apropiados, a la cantidad de unidades o los montos en dólares de los servicios adecuados se basan en las necesidades del miembro conforme a lo determinado por el miembro y un equipo interdisciplinario.

CUIDADO DIURNO DE ADULTOS

QUÉ: El cuidado diurno para adultos es un programa organizado para cuidado y apoyo en un ambiente grupal. Esta prestación la reciben miembro es que necesitan un grado de supervisión y asistencia regular o intermitente en un centro de cuidado diurno.

DÓNDE: Programa diurno para adultos

UNIDADES: Una unidad es:
Una hora

Medio día - 2 a 4 horas

Día completo - 4 a 8 horas

Día extendido - 8 a 12 horas

CUIDADO ASISTIDO DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR (CDAC)

QUÉ: Asistencia al miembro con tareas de auto-cuidado que el miembro normalmente realizaría en forma independiente si pudiera hacerlo. El servicio puede ser suministrado por un individuo o una agencia, dependiendo de las necesidades del miembro. El consumidor, su padre o madre o su tutor será el responsable de seleccionar al individuo o la agencia que suministrará los componentes de los servicios CDAC.

El servicio CDAC puede incluir asistencia con servicios calificados y no calificados. Los servicios calificados deberán ser prestados bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada o un terapeuta con licencia que trabaje bajo la dirección de un médico. La enfermera registrada o el terapeuta serán responsables de las acciones delegadas en ellos.

Los servicios calificados pueden incluir: alimentación por sonda, terapia intravenosa, inyecciones parenterales, cateterismos, cuidado respiratorio, cuidado de áreas de decúbito y otras áreas ulceradas, servicios de rehabilitación, cuidado de colostomía, cuidado de situaciones médicas fuera de control, cuidado de enfermería post-quirúrgico, monitoreo de medicamentos, preparación y monitoreo de la respuesta a las dietas terapéuticas y registro y reporte de cambios en los signos vitales.

Los servicios no calificados se pueden incluir: vestirse, higienizarse, acicalamiento, ayuda para bañarse, traslado a la silla de ruedas, deambulación y movilidad, asistencia sanitaria, preparación de los alimentos, cocinar, comer y alimentación, cuidado de la casa, medicación regularmente auto-administrados, cuidado de heridas, apoyo de empleo, asistencia cognitiva, fomento de la comunicación y transporte.

Se debe determinar qué servicios beneficiarán y asistirán al consumidor. Estos servicios serán registrados en el HCBS Consumer Directed Attendant Care Agreement Form 470-3372 (Forma del Contrato para el cuidado asistido dirigido a los consumidores de HCBS). Este Contrato se convierte en parte del plan de servicio

desarrollado para el miembro, y el mismo debe ser firmado y fechado por el miembro, el proveedor de CDAC y el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS.

Este servicio sólo corresponde si el consumidor, su padre o madre, su tutor o su abogado con un poder notarial para cuidados de salud poseen la capacidad y desea administrar todos los aspectos del servicio.

DÓNDE: En el hogar del miembro o en la comunidad. No en el hogar del proveedor.

NO INCLUYE: Cuidado diurno, servicio de niñeras, servicio de relevo, habitación y alimentación, crianza o supervisión

El CDAC no puede reemplazar a un servicio menos costoso.

El proveedor de CDAC no puede ser el cónyuge, el padre o la madre, ni el padrastro o la madrastra de un miembro de 17 años o menos.

Un proveedor individual de CDAC no puede ser el receptor de servicios de relevo suministrados en nombre de un miembro que reciba los servicios de HCBS AIDS/HIV

El costo de una enfermera de supervisión, si es necesario

UNIDADES: Una unidad es:

15 minutos

UNIDADES El trabajador de servicio o administrador de casos, en trabajo conjunto con el consumidor y el equipo interdisciplinario, establece un monto en dólares que se utilizará para el CDAC.

MÁXIMAS: La cantidad es ingresada en el plan de servicios, junto con información sobre otros servicios HCBS que el consumidor pueda recibir. Esta información monetaria también es ingresada en el HCBS Consumer Directed Attendant Care Agreement Form 470-3372, junto con las responsabilidades del consumidor y del proveedor de las actividades por las cuales el proveedor recibirá un reembolso. El consumidor y el proveedor llegarán a un acuerdo sobre la unidad de cobro, por hora o por día, y el costo de la unidad. Una copia completa del acuerdo se entregará al consumidor, al proveedor y al trabajador del servicio. Se le proporciona al consumidor, proveedor y administrador de casos una copia completa del Contrato. Estos pasos deben ser completados **antes de la** prestación del servicio.

Cuando el CDAC es suministrado por una residencia asistida, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- El trabajador de servicio o encargado del caso debe saber y conocer los servicios específicos incluidos en el contrato de la residencia asistida para garantizar lo siguiente:
 - Que los servicios de la residencia asistida no sean los mismos que los servicios de CDAC
 - Conocimiento de cómo se atienden las necesidades del miembro
 - Conocimiento de las necesidades no satisfechas del miembro que deben incluirse en el plan de cuidados
- El pago de CDAC no incluye los costos de la habitación y las comidas
- IFMC debe determinar que cada miembro cumple con el nivel de cuidado de un centro de enfermería u hospital
- La tarifa del CDAC se calcula en base a las necesidades de cada miembro y puede diferir de una persona a la otra.

INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR: El proveedor debe estar inscripto en el agente fiscal del departamento y certificado como proveedor de Cuidado asistido dirigido por el consumidor (CDAC) antes de la finalización del Contrato para el cuidado asistido dirigido por el consumidor de HCBS.

Puede ser importante que el consumidor inscriba más de un proveedor del CDAC. En caso de emergencia podría ser necesario tener servicios de respaldo.

FACTURACIÓN: El consumidor y el proveedor deben firmar el Claim for Targeted Medical Care antes de enviarlo para pago. Esto comprueba que los servicios fueron suministrados en la forma que se muestra en el formulario de factura.

SERVICIOS DE CONSEJERÍA

- QUÉ:** Los servicios de consejería son atenciones de salud mental que se entregan en forma personal, con el fin de facilitar la administración del hogar del consumidor y evitar su institucionalización. El cuidador a cargo podrá recibir servicios de consejería únicamente si esta prestación se incluye en el plan de servicio del cliente. Los servicios de asesoramiento son prestaciones no psiquiátricas necesarias para manejar una depresión, ayudar en el proceso de sufrimiento, mitigar el aislamiento psicológico y social y apoyar en la superación de una incapacidad o afección, incluidas las enfermedades terminales.
- DÓNDE:** El centro comunitario de salud mental u otro lugar usado por el proveedor y que esté acreditado por la Comisión de Salud Mental e Incapacidad (Mental Health and Disabilities Commission).
- UNIDADES:** Una unidad es:
- Consejería individual para el miembro o para el miembro y su cuidador - aumento de 15 minutos
 - O**
 - Consejería grupal – 15 minutos
- El pago de la consejería grupal se basa en la tarifa grupal, dividida por seis o, si hay más de seis personas en el grupo, la tarifa grupal dividida por la cantidad real de personas que lo integren.

COMIDAS ENTREGADAS A DOMICILIO

- QUÉ:** Las comidas entregadas a domicilio se preparan fuera del hogar del miembro y éste los recibe en su casa.
- Cada comida debe garantizar que el miembro reciba por lo menos un tercio de la ración alimenticia diaria recomendada, según lo establecido por el Consejo de Investigación en Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Research Council) de la Academia Nacional de Ciencias. Además, las comidas pueden ser un suplemento líquido que cumpla con el mínimo normativo de un tercio. Los miembros deben informar a su trabajador de servicio o administrador de casos del DHS y al proveedor de comidas entregadas a domicilio inmediatamente si ya no necesitan el servicio.
- DÓNDE:** Con entrega en el hogar del miembro
- UNIDAD:** Una unidad es una comida.
- MÁXIMO:** Se pueden entregar catorce (14) comidas a la semana

AYUDA DOMÉSTICA EN SALUD (HHA)

- QUÉ:** Servicios médicos no calificados que proveen cuidados personales directos. Este servicio puede incluir la observación y el informe de las necesidades físicas o emocionales, la ayuda para bañarse, lavarse el cabello, cepillarse los dientes, ir al baño, deambular, ayudar a las personas a meterse y salir de la cama, restablecer las actividades cotidianas, ayudar a administrar medicamentos por vía oral que normalmente son administrados por el propio paciente y que son indicados por un médico, realizar servicios del hogar incidentalmente que son esenciales para el cuidado médico del individuo y que son necesarios para evitar o posponer la institucionalización, con el fin de completar una unidad completa de servicio.
- Se podrá tener acceso a la ayuda doméstica en salud como un servicio de excepción *después* de acceder a los servicios del plan estatal de Medicaid.
- DÓNDE:** En el hogar del consumidor. No en el hogar del proveedor.
- NO INCLUYE:** Los servicios de ama de casa, como cocinar y limpiar, o los servicios que cumplen las guías intermitentes o los suministrados bajo la autoridad EPSDT.
- No se puede duplicar ningún servicio regular de Medicaid o de excepción suministrado bajo el plan estatal.

Cobertura intermitente de Medicaid: Medicaid regular suministra cobertura intermitente de servicios de enfermería calificada y de ayuda doméstica en salud, provistos para niños y adultos en el hogar de la persona. Los servicios usualmente se proveen durante dos o tres horas al día, con una frecuencia de dos o tres días a la semana. La cobertura de los servicios de enfermería calificada intermitente incluye visitas hasta cinco días semanales y visitas diarias o múltiples para cuidado de heridas o inyecciones de insulina. La cobertura de ayuda doméstica intermitente en salud incluye visitas dos veces al día por hasta siete días a la semana para personas que van a la escuela o trabajan, o cuando así lo ordene el médico y esté incluido en el plan de cuidado, sin exceder las 28 horas semanales.

Antes de acceder a la exención, el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS debe determinar si hay otros servicios para los cuales el miembro es elegible. Esto puede incluir; Programa EPSDT (Care for Kids): Los servicios EPSDT para personas menores de 20 años sólo incluyen servicios privados de enfermería y cuidado personal que cumplan la definición de necesidad médica, según lo previsto por CMS para EPSDT. Los servicios pueden ser suministrados a los niños fuera de su residencia cuando, para realizar las actividades cotidianas, tengan que salir de su casa.

Los servicios no cubiertos por EPSDT incluyen:

- Servicios a niños con cobertura de Medicaid HMO
- Servicios de salud mental para niños inscritos en el Iowa Plan
- Cuidado de niños
- Servicios de relevo
- Transporte
- Ayuda en los deberes escolares
- Servicios a otros miembros del hogar

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.

SERVICIOS DE AMA DE CASA

QUÉ: Los servicios de ama de casa son aquellas prestaciones que se entregan cuando el miembro vive solo, o cuando la persona que habitualmente efectúa estas labores para el cliente también necesita ayuda.

Los servicios de ama de casa están limitados a los siguientes componentes: compras esenciales, limpieza del hogar limitada, acompañamiento para recibir servicios médicos o psiquiátricos, preparación de comidas, y bañar y vestir a los miembros independientes.

DÓNDE: En el hogar del miembro o en la comunidad. No en el hogar del proveedor.

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.

SERVICIOS DE ENFERMERÍA

QUÉ: Los servicios de cuidado de enfermería son suministrados por una enfermera con licencia. Los servicios son ordenados por el médico e incluidos en un plan de tratamiento establecido por el mismo. Los servicios se basarán en la necesidad médica del consumidor y en el alcance de las pautas profesionales del Iowa Board of Nursing.

DÓNDE: En el hogar del miembro. No en el hogar del proveedor.

NO Los servicios de enfermería suministrados fuera del hogar o aquellos que cumplan con las pautas de cuidado intermitente o aquellos suministrados bajo la autoridad EPSDT.

INCLUYE:

Cobertura intermitente de Medicaid: Medicaid regular suministra cobertura intermitente de servicios de enfermería calificada y ayuda doméstica en salud provistos para niños y adultos en el hogar de la persona. Los servicios usualmente se proveen dos o tres horas al día por dos o tres días a la semana. La cobertura de enfermería calificada intermitente incluye visitas hasta cinco días semanales y visitas diarias o múltiples para cuidado de heridas o inyecciones de insulina. La cobertura de ayuda doméstica intermitente en salud incluye visitas dos veces por día hasta siete días por semana para personas que van a la escuela o trabajan, o cuando así lo ordene el médico y esté incluido en el plan de cuidado, sin exceder 28 horas por semana.

EPSDT (Care for Kids): Los servicios EPSDT para personas menores de 21 años sólo incluyen prestaciones privadas de enfermería y cuidado personal que cumplan la definición de necesidad médica, según lo previsto por CMS para EPSDT. Los servicios pueden ser suministrados a los niños fuera de su residencia cuando las actividades cotidianas los saquen de casa.

Los servicios no cubiertos por EPSDT incluyen:

- Servicios a niños con cobertura Medicaid HMO
- Servicios de salud mental para niños inscritos en el Iowa Plan
- Cuidado de niños
- Servicios de relevo
- Transporte
- Ayuda en los deberes escolares
- Servicios a otros miembros del hogar

El servicio de enfermería no deberá ser reembolsado simultáneamente con otros servicios de Medicaid. Excepción: se puede pagar para recibir visitas de supervisión cuando una enfermera registrada, que actúa en calidad de supervisora, realiza visitas de supervisión de los servicios provistos por un auxiliar de salud a domicilio, conforme a un plan de tratamiento de una agencia de salud domiciliaria.

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.

SERVICIOS DE RELEVO

QUÉ: Los servicios de relevo en los cuidados son prestaciones suministradas al miembro, que dan un descanso temporal al cuidador a cargo habitual y aplican todos los cuidados necesarios que el cuidador usual le habría dado durante ese período. El propósito del servicio de relevo es permitir que el consumidor conserve su mismo nivel de vida actual.

- **Servicio de relevo especializado** significa el relevo suministrado sobre la base de una relación de cuidador a consumidor en proporción uno a uno o superior, para individuos con necesidades médicas que requieran monitoreo o supervisión por parte de una enfermera registrada con licencia o una enfermera práctica con licencia.
- **Servicio de relevo grupal** significa un relevo suministrado sobre la base de una relación de cuidador a consumidor en proporción inferior a uno a uno.
- **Servicio de relevo individual básico** significa el relevo suministrado sobre la base de una relación de cuidador a consumidor en proporción uno a uno superior para individuos sin necesidades médicas especializadas que requerirían monitoreo o supervisión por parte de una enfermera registrada con licencia o una enfermera práctica con licencia.

DÓNDE: El servicio de relevo puede ser suministrado en el hogar del consumidor, en el hogar de otra familia, en campamentos, programas comunitarios organizados (YMCA, centros de recreación, centros de ancianos, etc.), ICF/MR, RCF/MR, hospitales, instalaciones de enfermería, instalaciones de enfermería calificada, centros de cuidado diurno para adultos, centros de acogida grupales, hogares adoptivos o centros de cuidado diurno con licencia del DHS.

El servicio relevo suministrado fuera del hogar del consumidor o fuera de una instalación en sitios cubiertos por un licenciamiento, una certificación, una acreditación o un contrato deberá ser aprobado por el padre o la madre, el guardián o el cuidador primario y el equipo interdisciplinario y, además, deberá ser consistente con la forma que el público en general utiliza el sitio. El servicio relevo en estos sitios no debe exceder setenta y dos (72) horas continuas.

NO INCLUYE: Los servicios no serán reembolsables si la unidad de vivienda está reservada para personas en ausencia temporal.

El servicio de relevo **no puede** ser suministrado a miembros que residan en el hogar de la familia, el guardián o el cuidador usual durante las horas en las que se contrata al cuidador primario, a menos que sea en un campamento.

El servicio de relevo no será reembolsado simultáneamente o suministrado con servicios duplicados bajo la exención.

UNIDADES: Una unidad es 15 minutos. Los servicios se limitan por el máximo disponible para todos los servicios de exención.

UNIDADES: Se pueden reembolsar catorce días consecutivos de servicios de relevo de 24 horas
MÁXIMAS Y

Los servicios de relevo provistos a tres o más personas durante un período que exceda las 24 horas consecutivas para las personas que requieren cuidados de enfermería debido a una enfermedad física o mental deben ser provistos por un establecimiento de atención médica autorizado, según se describe en el Código de Iowa, Capítulo 135C.

OPCIÓN “ELECCIONES DEL CONSUMIDOR”

QUÉ: “Elecciones del consumidor” es una opción que está disponible conforme a la exención de discapacidad física. Esta opción le dará más control sobre una cantidad específica de dólares de Medicaid. Usted utilizará este dinero para desarrollar un plan presupuestario personalizado que cumpla con sus necesidades, contratando directamente a empleados y/o comprando otros bienes y servicios.

“Elecciones del consumidor” ofrece más opciones, control y flexibilidad sobre sus servicios, y también más responsabilidad. Hay asistencia adicional disponible si usted elige esta opción. Usted elegirá un agente de soporte independiente que le ayudará a desarrollar su presupuesto individual y le ayudará a reclutar empleados. También trabajará con un servicio de administración financiera que se encargará de administrar su presupuesto y pagará a los trabajadores en representación suya. Contáctese con su trabajador de servicio o gestor de casos para obtener más información. También podrá encontrar información adicional en el sitio web:

www.ime.state.ia.us/HCBS/HCBSConsumerOptions.html

Los servicios que pueden estar incluidos en el presupuesto individual conforme a la opción “Elecciones del consumidor” son:

- Cuidado asistido dirigido por el consumidor (no calificado)
- Modificación de hogar y vehículo
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios de ama de casa
- Servicios de relevo básicos

DÓNDE: En el hogar del miembro o en la comunidad. No en el hogar del proveedor.

UNIDADES: Se establece un monto de presupuesto mensual para cada miembro

PROCESO DE SOLICITUD

El proceso de solicitud de la exención AIDS/HIV requiere de un esfuerzo coordinado entre el Department of Human Services y agencias externas al Departamento que actúan a nombre del potencial miembro. Si se encuentra trabajando actualmente con el personal del Department of Human Services local, por favor contáctese directamente para su proceso de solicitud.

Responda inmediatamente la correspondencia de los trabajadores sociales de mantenimiento del ingreso o de los trabajadores del servicio. Esto reducirá la cantidad de tiempo que necesita para completar su proceso de solicitud y ayudará en la comunicación.

1. La solicitud para Medicaid (Título XIX) y la exención AIDS/HIV se realiza con un trabajador social de mantenimiento del ingreso (IM) en la oficina del DHS local.
 - Se fijará una cita con el trabajador social IM para los adultos que estén solicitando una exención AIDS/HIV. La documentación necesaria para completar este contacto incluye:
 - Registros financieros
 - Tarjeta del Título XIX
 - Carta de elegibilidad para Medicaid
 - Verificación de la elegibilidad -o no elegibilidad- para Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) o Asistencia Estatal Suplementaria (SSA). Si actualmente el miembro no está recibiendo asistencia, puede realizar una solicitud en la oficina local del Seguro Social.
2. Para la evaluación inicial, el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS completará un instrumento de evaluación denominado Home and Community Based Services (Servicios Domésticos y Comunitarios), o formulario 470-0659.
3. Para la reevaluación, el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS completará un instrumento de evaluación denominado Home and Community Based Services (Servicios Domésticos y Comunitarios), o formulario 470-0659.
4. Iowa Medicaid Enterprise, unidad de Servicios Médicos, estudiará la Herramienta de Evaluación de la Exención de Discapacidad Física para determinar si las necesidades del consumidor requieren un nivel de cuidado de centro de enfermería u hospital.
 - Si el consumidor no necesita ese nivel de asistencia, el trabajador social IM enviará un Aviso de Decisión (NOD) notificando al consumidor sobre la negativa. El consumidor tiene derecho a apelar la decisión. El proceso de apelación se explica en el mismo NOD.
5. Se reunirá un equipo interdisciplinario para determinar los servicios necesarios, la cantidad de servicio que se debe suministrar y el (los) proveedor(es) de los servicios. A la reunión del equipo interdisciplinario asistirán el miembro, el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS, el (los) proveedor(es) de servicio de la exención AIDS/HIV, los representantes legales y también se pueden incluir otras personas de apoyo que el miembro desee que estén presentes. Las decisiones de este equipo interdisciplinario darán como resultado un plan de servicio desarrollado, firmado y fechado por el trabajador de servicio o el administrador de casos del DHS.
6. El trabajador de servicio o administrador de casos del DHS emitirá un Aviso de Decisión si se aprueba al miembro para recibir los servicios de exención AIDS/HIV.