

# PAQUETE INFORMATIVO SOBRE LA EXENCIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EN LA COMUNIDAD

La exención de discapacidad física de los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad de Medicaid (HCBS PD) 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 discapacidad física están diseñados para ser flexibles, de modo de satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los siguientes servicios:
  - **Cuidado asistido dirigido por el consumidor**
  - **Modificación de hogar y vehículo**
  - **Sistema personal de respuesta ante emergencias**
  - **Equipo médico especializado**
  - **Transporte**
- **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 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.
- La discapacidad del miembro debe ser un impedimento físico
- 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 PD.
- Se debe desarrollar y revisar un plan integral de servicio cada año.
- El miembro debe escoger los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- Para recibir los servicios de la exención PD, un proveedor de servicios de exención PD aprobado debe estar disponible para prestar tales servicios.
- El servicio de exención de Medicaid no puede reembolsarse simultáneamente con otro servicio de exención de Medicaid o servicio de Medicaid.
- Los servicios de la exención PD no se pueden suministrar cuando una persona está hospitalizada en una institución médica.
- Los miembros deben necesitar y usar al menos una unidad de servicio de la exención durante cada trimestre del año calendario.
- El costo total de los servicios de exención de discapacidad física no pueden exceder el monto de \$672.00 por mes
- El miembro debe ser **inelegible** para la exención de Discapacidad Intelectual (ID).

- El miembro debe ser elegible para recibir Medicaid conforme a los grupos de cobertura SSI, relacionados con SSI, FIP o relacionados con FIP, o elegible conforme a un nivel especial de ingresos del 300% del máximo mensual del grupo de cobertura del Ingreso de Seguridad Suplementaria, que coincida con el nivel de cuidado otorgado en una institución médica.
- 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 discapacidad física
- Además de los servicios disponibles a través de la exención PD, 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.

## **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
- Tener una discapacidad física
- Tener entre 18 y 64 años de edad
- Ser considerado ciego o discapacitado por la recepción de los beneficios del Seguro Social por Discapacidad, o por una determinación de discapacidad realizada a través de la División de Servicios Médicos
- Ser inelegible para recibir los servicios de la exención ID de HCBS
- 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.
- Tener la capacidad para contratar, supervisar y despedir al proveedor de servicio de HCBS PD según lo determine el trabajador de servicio o administrador de casos del DHS. El miembro debe estar dispuesto a hacerlo o bien tener a un tutor nombrado por un tribunal testamentario o un apoderado conforme a un poder no caducable para el cuidado de la salud, quien asumirá esta responsabilidad en nombre del miembro
- Que Iowa Medicaid Enterprise, Servicios médicos determine la necesidad de recibir uno de los siguientes niveles de cuidado:
  - Centro de Cuidados Intermedios (ICF)
  - Centro de Enfermería Calificada (SNF)
- Para la opción “elecciones del consumidor”, la persona no debe estar viviendo en una residencia para cuidados
- Utilizar un mínimo de una unidad de servicio por trimestre del año calendario.

## DESCRIPCIONES DEL SERVICIO

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

*Los servicios de exención PD 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 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.

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**

Cuidado diurno, servicio de niñeras, servicio de relevo, habitación y alimentación, servicios para padres, supervisión o administración de casos

**INCLUYE:**

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 PD

El costo de una enfermera de supervisión, si es necesario

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
- Iowa Medicaid Enterprise, Servicios Médicos, debe determinar que cada miembro cumple con el nivel de cuidado de un centro de cuidados intermedios o centro de enfermería calificada
- La tarifa del CDAC se calcula en base a las necesidades de cada miembro y puede diferir de una persona a la otra.

**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 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**.

**INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR:** El proveedor debe estar inscrito 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.

## MODIFICACIÓN DE HOGAR Y VEHÍCULO (HVM)

**QUÉ:** Modificaciones físicas al hogar y / o al vehículo, con el fin de ayudar en las necesidades de salud, seguridad y bienestar del consumidor y de aumentar o mantener su independencia. Todas las solicitudes de modificación son revisadas individualmente para determinar si la solicitud de modificación es apropiada.

**DÓNDE:** En el hogar y / o vehículo del consumidor.

**NO INCLUYE:** Modificaciones que incrementen la superficie de la casa, elementos de reemplazo que son responsabilidad del propietario del hogar, compra de vehículo, cercas, hornos o modificaciones o adaptaciones disponibles mediante Medicaid regular.

**UNIDAD:** Una unidad es el costo de la modificación o adaptación terminada.

**MÁXIMO:** El miembro es elegible para fondos con un límite de \$6.366,64 al año.

## SISTEMA PERSONAL DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

**QUÉ:** Un dispositivo electrónico conectado a un sistema vigilado las 24 horas del día que permite al miembro obtener asistencia en caso de una emergencia

**DÓNDE:** El sistema está conectado al teléfono del hogar del miembro o a un botón de emergencia portátil que lleva el miembro.

**UNIDADES:** Una unidad es:

La cuota de instalación por una vez  
y/o  
un mes de servicio

**UNIDADES MÁXIMAS:** 12 meses de servicio por cada año fiscal estatal (1 de julio al 30 de junio)

### EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO

**QUÉ:** Equipo médicamente necesario (según lo determine un profesional de la salud, como un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermera, psicólogo licenciado, terapeuta del habla, etc.) para uso personal del miembro, el cual sirva para proteger la salud y la seguridad de la persona y que normalmente no esté cubierto por Medicaid, el sistema educativo o los programas de rehabilitación vocacional, y que no estén suministrados por medios voluntarios. Esto incluye, entre otros; dispositivos y organizadores electrónicos, dispositivos para dispensación de medicamentos, dispositivos de ayuda para el baño y unidades de control ambiental no cubiertas.

Costos de reparación y mantenimiento del equipo médico especializado comprado

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

**UNIDAD:** Una unidad es el costo del artículo.

**MÁXIMO:** Se pueden asignar hasta \$6,366.64 por año para la compra y reparación del equipo médico especializado.

### TRANSPORTE

**QUÉ:** Se pueden suministrar servicios de transporte para que los miembros realicen trámites comerciales, para realizar las compras básicas, para recibir servicios médicos cuyo transporte no esté reembolsado a través del transporte médico, para viajar hacia y desde los programas de trabajo o de día, y para reducir el aislamiento social.

**DÓNDE:** En la comunidad, según se identifique el plan integral de servicio

**NO INCLUYE:** Costo del transporte médico reembolsable a través del financiamiento del transporte médico

**UNIDADES:** Las unidades son las siguientes:  
**Por milla, por viaje**  
**O** tarifa establecida por una agencia de la tercera edad del área para todos los demás

### 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](http://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
- Equipo médico especializado

- Transporte

**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 PD (Physical Disability Waiver) 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 PD se realiza con un trabajador social de mantenimiento del ingreso (IM) en la oficina del DHS local. El trabajador IM asegurará un período de pago o pondrá al miembro en una lista de espera. Al momento de disponer del período de pago, el IM procesará la solicitud y derivará al miembro a un trabajador de servicio o administrador de casos del DHS.
  - Se fijará una cita con el trabajador social IM para los adultos que estén solicitando una exención PD. 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), Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) o Asistencia Estatal Suplementaria (SSA). Si actualmente el consumidor no está recibiendo asistencia, debe contactarse con la oficina local del Seguro Social para verificar su no elegibilidad. Es posible apelar una determinación de incapacidad denegada.
2. La 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, centro con servicio de enfermería calificada.
  - 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.
3. 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/su familia, el trabajador de servicio o encargado del caso del DHS, el (los) proveedor (es) de servicios de exención PD y también se pueden incluir otros profesionales o personas de apoyo. Las decisiones de este equipo interdisciplinario darán como resultado un plan de servicio desarrollado por el trabajador de servicio o el encargado del caso del DHS.
4. 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 PD.