



**HOME- AND COMMUNITY-BASED SERVICES
BRAIN INJURY WAIVER
INFORMATION PACKET**

**(EXENCIÓN PARA SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
POR LESIÓN CEREBRAL
PAQUETE DE INFORMACIÓN)**

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Lesión Cerebral (HCBS BI) provee el financiamiento de servicios y apoyos personalizados para mantener a miembros elegibles en sus propios hogares o comunidades, quienes de otra manera requerirían cuidados en una institución médica. La prestación de estos servicios debe ser económica.

Si necesita asistencia, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366** o si se encuentra en la zona de Des Moines al **515-256-4606**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

*Si usted es sordo, tiene dificultades de audición, es sordomudo, o tiene dificultades del habla y necesita acceso a un teléfono especial, llame al Relay Iowa TTY al **1-800-735-2942**.*

PARÁMETROS GENERALES

- Los servicios de la Exención por lesión cerebral (BI) se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los servicios siguientes:
 - **Cuidado diurno de adultos**
 - **Programa de modificación de conducta**
 - **Administración de caso**
 - **Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor**
 - **Consejería y capacitación familiar**
 - **Modificaciones en la casa y el vehículo**
 - **Monitoreo y tratamiento médico interino**
 - **Sistema de respuesta ante emergencia personal**
 - **Servicios prevocacionales**
 - **Exploración de carrera profesional**
 - **Relevo**
 - **Equipo médico especializado**
 - **Vida asistida en comunidad**
 - **Empleo asistido**
 - **Transporte**
 - **Opción de Elección del Consumidor (Consumer Choices Option)**
- Todos los servicios de la Exención HCBS deben proveerse en entornos integrados basados en la comunidad.
- Los servicios que se consideren necesarios y apropiados para satisfacer las necesidades del miembro serán determinados por un equipo interdisciplinario conformado por el miembro, la administradora de caso/trabajadora de servicio de DHS, los proveedores de servicio, y otras personas que elija el miembro.
- Todos los miembros tendrán un plan de servicios integrales desarrollado por la administradora de caso/trabajadora de servicio de DHS en colaboración con el miembro. La administradora de caso/trabajadora de servicios de DHS debe firmar y fechar el plan de servicios integrales antes de la implementación de los servicios. El miembro debe recibir servicios de administración de caso.
- Este plan de servicios integrales debe completarse antes de la implementación de los servicios. El plan de servicios integrales para miembros de **20 años o menos** debe desarrollarse o revisarse considerando los servicios que se pueden proveer a través del plan de educación individual (IEP) y los planes de Evaluaciones, Diagnósticos y Tratamientos Periódicos Preventivos (EPSDT o Care for Kids).
- Como un prerrequisito de elegibilidad para la Exención por lesión cerebral (BI), los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- Para recibir los servicios de la Exención por lesión cerebral (BI), debe haber disponible un proveedor autorizado para proveer esos servicios. Todos los proveedores de servicios de Exención por lesión cerebral (BI) deben tener capacitación o experiencia con personas que tienen lesiones cerebrales.
- El servicio de exención de Medicaid no puede ser reembolsado simultáneamente con otra exención de Medicaid o un servicio de Medicaid.

- Los servicios de la Exención por BI no pueden entregarse cuando un miembro es un paciente internado en una institución médica.
- Los miembros deben necesitar y usar por lo menos una unidad de servicio de administración de caso durante cada trimestre del año calendario. Además, los miembros deben necesitar y usar por lo menos una unidad de servicio de Exención por lesión cerebral (BI) durante cada trimestre del año calendario.
- A continuación se muestra el orden jerárquico para acceder a los servicios de exención:
 - Seguro privado
 - Medicaid y/o EPSDT (Care for Kids)
 - Servicios de Exención por lesión cerebral
- El costo total de los servicios de Exención por lesión cerebral no puede exceder de \$3,013.08 por mes.
- El programa HCBS BI puede atender solamente a una cantidad designada de miembros (asignaciones de pago).
- El financiamiento debe estar disponible ya sea a través del condado de residencia legal del miembro o del estado de Iowa.
- La asistencia puede estar disponible a través del programa In-Home Health-Related Care (Cuidado en el Hogar Relacionado con la Salud) y/o el Rent Subsidy Program (Programa de Subsidio de Alquiler) a través de la Autoridad Financiera de Iowa. Los miembros pueden contactar a la Autoridad Financiera de Iowa al 1-800-432-7230.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL MIEMBRO

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de la Exención HCBS BI si cumplen los siguientes criterios:

- Ser un residente de Iowa y ciudadano estadounidense o una persona nacida en el extranjero con entrada legal a los Estados Unidos.
- Haber sido diagnosticado con una de las lesiones cerebrales que se incluyen en la lista definitiva identificada en el Código Administrativo de Iowa 441 83.81(249A). La Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise confirmará el diagnóstico de lesión cerebral.
- Haber sido determinado elegible para Medicaid (Título XIX). Los miembros pueden ser elegibles para Medicaid previo a acceder a los servicios de exención, o bien, pueden ser determinados elegibles a través del proceso de solicitud del programa de exención. Es posible que existan oportunidades adicionales para acceder a Medicaid a través del programa de exención, incluso si previamente se hubiese determinado que el miembro no era elegible.
- Tener por lo menos un mes de edad.
- Haber sido determinado por la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise que necesita un nivel de cuidado que incluiría una de las siguientes cosas:
 - Instalación de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID)
 - Asilo de ancianos (NF)
 - Centro de enfermería especializada (SNF)
- Haber sido determinado por la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise que puede vivir en un entorno basado en el hogar o en la comunidad, donde todos los servicios médicamente necesarios puedan satisfacerse e través de la Exención por lesión cerebral (BI).

DESCRIPCIONES DE SERVICIOS

- **TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE:**

Los servicios de la Exención por lesión cerebral (BI) se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a los servicios apropiados y la cantidad de unidades o los montos de dinero de los servicios pertinentes se basan en las necesidades del miembro, según lo determinado por el miembro y el equipo interdisciplinario.

Cuidado diurno de adultos

Qué: El cuidado diurno de adultos es un programa organizado de cuidados de apoyo en un ambiente grupal. El cuidado se provee a miembros que necesitan un grado de supervisión y asistencia de forma regular o intermitente en un centro de cuidados diurnos.

Dónde: En un programa diurno para adultos

Programa de modificación de conducta

Qué: Estrategias diseñadas individualmente para aumentar las conductas adecuadas del miembro y disminuir las conductas de inadaptación que interfieren con la capacidad del miembro de mantenerse en la comunidad. Esto puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

- Redireccionamiento clínico,
- Economías de fichas,
- Refuerzo,
- Extinción de la conducta,
- Modelación de la conducta, y
- Automaticidad del aprendizaje.

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro, basado en la necesidad de intervención del miembro. No en la casa del proveedor.

Servicios de administración de caso

Qué: El objetivo de la administración de caso es mejorar la capacidad del miembro para ejercer sus preferencias, tomar decisiones y tomar riesgos que son típicos en la vida, y participar plenamente en la comunidad. Las actividades de administración de caso incluyen las siguientes:

- Diagnóstico y evaluación integrales
- Asistencia para la obtención de servicios y arreglos residenciales adecuados
- Coordinación de la entrega de servicios
- Monitoreo permanente de la idoneidad de los servicios y arreglos residenciales
- Asistencia en momentos de crisis para facilitar la referencia a proveedores apropiados

Dónde: En el hogar y la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

Servicio de exploración de carrera profesional

Qué: Las actividades de exploración de carrera profesional están diseñadas para desarrollar un plan de carrera individual y facilitar la selección informada basada en la experiencia del miembro considerando el objetivo de empleo individual. La exploración de carreras profesionales se puede dar en grupos pequeños de no más de cuatro miembros para participar en actividades de exploración de carreras que incluyen:

- Visitas a empresas,
- Asistencia a eventos educativos de la industria,
- Información de beneficios,
- Clases de educación financiera, y
- Asistencia a ferias de carreras profesionales.

Se pueden autorizar hasta 34 horas para la exploración de carreras, que deben completarse en un periodo de 90 días en la comunidad local del miembro o en comunidades cercanas y pueden incluir, entre otras, las siguientes actividades:

- Reuniones con el miembro y la familia, el tutor o el representante legal del miembro para entregarles un resumen general del empleo asistido y explorar los objetivos de empleo y las experiencias del miembro,
- Visitas a empresas,
- Entrevistas informativas,
- Observación del trabajo de profesionales,
- Educación sobre beneficios y educación financiera,
- Evaluación de tecnología adaptada, y
- Eventos de exploración de empleos.

Dónde: Los servicios prevocacionales de exploración de carreras se llevarán a cabo en entornos no residenciales basados en la comunidad

Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor (CDAC)

Qué: Asistencia con las tareas de autocuidado que el miembro normalmente haría de forma independiente si estuviera capacitado. Una persona o agencia, dependiendo de las necesidades del miembro, podría proveer el servicio. El miembro, padre o tutor será responsable de seleccionar a la persona o agencia que proveerá los componentes de los servicios CDAC que se proveerán.

Los servicios CDAC pueden incluir la asistencia de servicios especializados y no especializados. Los servicios especializados deben completarse bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada o un terapeuta con licencia que trabaje bajo la dirección de un médico. La enfermera o el terapeuta serán los responsables de las acciones delegadas.

Los servicios especializados pueden incluir, entre otros:

- Alimentación por sonda,
- Terapia intravenosa,
- Inyecciones parenterales,
- Cateterizaciones,
- Cuidado respiratorio,
- Cuidado de úlceras de decúbito y otras partes ulcerosas,
- Servicios de rehabilitación,
- Cuidado de colostomía,
- Cuidado de condiciones médicas fuera de control,
- Cuidados de enfermería posoperatorios,
- Monitoreo de medicamentos,
- Preparación y monitoreo de respuesta a dietas terapéuticas, y
- Registro y reporte de cambios en signos vitales.

Los servicios no especializados pueden incluir, entre otros:

- Vestir a la persona,
- Higiene,
- Acicalar,
- Apoyos para bañarse,
- Transferencia en silla de ruedas,
- Deambulación y movilidad,
- Asistencia en el uso del baño,
- Preparación de comidas,
- Cocinar,
- Dar de comer y alimentar,
- Aseo de la casa,
- Medicamentos normalmente autoadministrados,
- Cuidado de heridas leves,
- Apoyo para el empleo,
- Asistencia cognitiva,
- Fomentar la comunicación, y
- Transporte.

El apoyo para el empleo incluye la ayuda necesaria para el transporte de ida y vuelta al lugar de trabajo, y ayuda con las tareas relacionadas con el trabajo mismo cuando el miembro está en el lugar de trabajo.

Se debe tomar una determinación respecto a qué servicios beneficiarán y ayudarán al miembro. Esos servicios se registrarán en el *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*, formulario 470-3372. Este Acuerdo pasa a ser parte del plan de servicios integrales desarrollado para el miembro.

Este servicio solo está disponible si el miembro, padre, tutor o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud tiene la potestad y la voluntad para administrar todos los aspectos del servicio.

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

No incluye:

Cuidado diurno de adultos, cuidado de niños, relevo, alojamiento y comida, crianza de los hijos, administración de caso, costo de transporte o ayuda para entender o desempeñar las funciones esenciales del trabajo.

Los servicios CDAC no pueden sustituir a un servicio que sea más barato.

Un proveedor de CDAC no puede ser el cónyuge del miembro ni el padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos.

Un proveedor individual de CDAC no puede ser el beneficiario de los servicios de relevo prestados en nombre del miembro que recibe los servicios HCBS BI.

El costo de supervisión de una enfermera, de ser necesario.

Unidades máximas:

La administradora de caso de Medicaid/Trabajadora de servicios de DHS, en colaboración con el miembro y el equipo interdisciplinario, establecen la cantidad de dinero que puede utilizarse para CDAC. Esta cantidad se ingresa en el plan de cuidados integrales junto con la información de los servicios HCBS que puede recibir el miembro. Esta información monetaria también se ingresa en el *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*, formulario 470-3372, junto con las responsabilidades del miembro y el proveedor, y las actividades por las cuales será reembolsado el proveedor.

El miembro y el proveedor llegan a un acuerdo en cuanto a la unidad de facturación, por hora o por día, y el costo por unidad. La administradora de caso envía la solicitud de CDAC vía Sistema de Información de Servicios Personalizados (ISIS) junto con el certificado de necesidad médica y el acuerdo de CDAC cuando corresponde. Se debe entregar una copia completa del acuerdo al miembro, al proveedor y a la administradora de caso/trabajadora de DHS. El acuerdo pasa a ser parte del plan de servicios integrales. Se deben completar estos pasos **antes** de la prestación de los servicios.

Cuando los servicios CDAC son prestados por un centro de vida asistida, por favor tenga presente lo siguiente:

- La administradora de caso o trabajadora de servicios de DHS debe estar al tanto y tener conocimiento de los servicios específicos incluidos en el contrato del centro de vida asistida para garantizar lo siguiente:
 - Que los servicios del centro de vida asistida no son una repetición de los servicios CDAC.
 - Conocimiento de cómo se abordan las necesidades del miembro.
 - Estar al tanto de las necesidades no cumplidas que están incluidas en el plan de cuidados.
- Que el pago de CDAC no incluye el costo de alojamiento y comida.
- Cada miembro debe haber sido determinado por la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise, que cumple el nivel de cuidado en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/MR).
- El cobro de CDAC se calcula basado en las necesidades del miembro y puede diferir de una persona a otra.

Proveedor registrado: El proveedor debe estar registrado con el agente fiscal del Departamento y certificado como proveedor de CDAC **antes** del cumplimiento del Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS.

Es importante que el miembro anote en su lista a más de un proveedor de CDAC. Es posible que se necesiten servicios auxiliares en caso de una emergencia.

Facturación: El miembro, al igual que el proveedor, debe firmar la *Reclamación de Cuidados Médicos Dirigidos* antes de su presentación para el pago. Esto verifica que los servicios se prestaron como se indica en el formulario de facturación.

Consejería y capacitación familiar

Qué: Servicios de salud mental en persona que ayudan al miembro, a los miembros de la familia o amigos del miembro con:

- Estrategias para superar una crisis,
- Reducción del estrés,
- Manejo de la depresión,
- Alivio del aislamiento psicosocial, y
- Apoyo para la superación de efectos de lesiones cerebrales.

Dónde: En la casa del miembro, comunidad, centro de salud mental comunitario u otro lugar utilizado por un proveedor de salud mental que cumpla con la acreditación de la Mental Health and Disabilities Commission. No en la casa del proveedor.

Modificaciones en la casa y el vehículo (HVM)

Qué: Modificaciones físicas a la casa y/o el vehículo que ayuden con las necesidades de salud, seguridad y bienestar del miembro, y a aumentar o mantener su independencia. La competitividad del presupuesto es esencial para determinar la eficacia del costo del proyecto o artículo. Todas las solicitudes de modificación se revisan individualmente y se toma una determinación respecto a la idoneidad de la solicitud de modificación.

Dónde: En la casa o el vehículo del miembro. **Por favor, tenga presente que solo se incluyen las siguientes modificaciones:**

- Mesones de cocina, espacio de lavaplatos, armarios de cocina, y adaptaciones especiales en refrigeradores, cocinas y hornos.
- Bañeras e inodoros para acomodar la transferencia, manijas especiales y mangueras para la regadera, controles para grifos de agua, y zonas accesibles a la ducha y lavatorios.
- Barras y pasamanos.
- Adaptaciones de espacio para poder girar.
- Rampas, elevadores, ensanchamiento de puertas, pasillos y ventanas.
- Equipo de alarma contra incendios específico para discapacitados.
- Dispositivos activados por voz, sonido, luz o movimiento o electrónicos, directamente relacionados con la discapacidad del miembro.

- Elevadores de vehículo, adaptaciones específicas para el conductor, sistemas de arranque remoto, incluidas las modificaciones ya instaladas en un vehículo.
- Sistemas de entrada sin llave.
- Dispositivo para abrir la puerta de la casa o el vehículo de forma automática.
- Seguros especiales para puertas y ventanas.
- Perillas y manijas de puerta especializadas.
- Reemplazo del vidrio de las ventanas por Plexiglass.
- Modificación de escaleras existentes para ensanchar, bajar, elevar o cercar las escaleras abiertas.
- Detectores de movimiento.
- Alfombra delgada o piso antideslizante.
- Dispositivo de telecomunicación para personas sordas.
- Pasillo exterior de superficie dura.
- Abertura para puerta nueva.
- Puerta corredera.
- Instalación o reubicación de controles, tomacorrientes e interruptores.
- Aire acondicionado o filtrado del aire si fuera médicamente necesario.
- Aumento de altura de la abertura de la puerta de garaje existente para acomodar la camioneta modificada.
- Sillas para el baño.

No incluye:

Las modificaciones que aumentan los pies cuadrados de la casa, los artículos de reemplazo que son responsabilidad del propietario/arrendador de la casa, la compra de vehículo, rejas, hornos, o cualquier modificación o adaptación disponible a través del Medicaid regular. Se excluye la compra, el arriendo o las reparaciones de un vehículo motorizado.

Se excluye la compra, el arriendo o las reparaciones de un vehículo motorizado.

Unidad:

Una unidad es el costo de la modificación o adaptación completada.

Máximo:

El miembro es elegible hasta \$6,366.64 por año.

Monitoreo y tratamiento médico interino (IMMT)

Qué:

Monitoreo y tratamiento de naturaleza médica que requieran cuidadores especialmente capacitados, más allá de lo que está normalmente disponible en un entorno de cuidado diarios para personas de 20 años de edad o menos. Los servicios de monitoreo y tratamiento médico interino deben proveer experiencias para el desarrollo social, emocional, intelectual y físico del miembro. El servicio incluirá cuidados integrales del desarrollo, y servicios especiales en el caso de un miembro con necesidades especiales. También incluirá la evaluación médica, el monitoreo médico y la intervención médica según se necesite, de forma regular o según la emergencia.

El servicio permite que los cuidadores usuales del miembro puedan estar empleados. El monitoreo y tratamiento médico interino también se puede usar después del fallecimiento de un cuidador habitual. Los servicios de monitoreo y tratamiento médico interino pueden incluir la supervisión de un menor durante el transporte de ida y vuelta a la escuela cuando este servicio no está disponible a través de la escuela u otros recursos. Los servicios de monitoreo y tratamiento médico interino también se pueden prestar por un periodo limitado cuando el cuidador habitual se encuentre en las siguientes circunstancias:

- Asistencia a una capacitación académica o vocacional
- Búsqueda de empleo
- Hospitalización
- Tratamiento de enfermedad física o mental

Nota: Para ser elegible para este servicio el menor primero debe acceder a servicios intermitentes, enfermería privada o asistente de salud a domicilio a través de EPSDT.

Dónde: En la casa, una guardería infantil institucional registrada, una guardería infantil familiar registrada, una guardería con licencia, o durante el transporte de ida y vuelta a la escuela. El proveedor de este servicio debe tener por lo menos 18 años de edad, no debe ser el cónyuge del miembro ni el padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos. El proveedor no puede ser el cuidador habitual. Según lo determinado por el cuidador habitual, el proveedor debe estar capacitado y tener experiencia. Un profesional médico con licencia del equipo interdisciplinario del miembro debe poder prestar atención médica o intervención en una emergencia médica.

No incluye: No puede ser la repetición de servicios regulares prestados por Medicaid o por una exención provista bajo el plan estatal.

No debe usarse para el cuidado de un menor que no necesita monitoreo y tratamiento médico.

Cobertura intermitente de Medicaid: El Medicaid regular provee cobertura intermitente de servicios de enfermería especializada y asistentes de salud a domicilio provistos en la casa de la persona adulta o menor de edad. Generalmente los servicios se proveen de dos a tres horas por día durante dos a tres días a la semana. La cobertura intermitente de servicios especializados incluye visitas hasta cinco días por semana y visitas diarias o múltiples para el cuidado de heridas o la administración de inyecciones de insulina. La cobertura intermitente de asistente de salud a domicilio incluye visitas dos veces al día, hasta siete días por semana, para personas que asisten a la escuela o trabajan, o cuando el médico las ordena e incluye en el plan de cuidado, sin que estas excedan de 28 horas por semana.

Programa EPSDT (Care For Kids): Los servicios EPSDT para personas menores de 21 años solamente incluyen servicios de enfermería privada y cuidado personal, que cumplan la definición de necesidad médica, según lo provisto por CMS para el programa EPSDT. Los servicios se pueden prestar a un menor fuera de la residencia del menor cuando las actividades normales de la vida implican llevar al menor fuera de la residencia.

Los servicios no cubiertos por EPSDT incluyen los siguientes:

- Servicios a menores con cobertura HMO de Medicaid
- Servicios de salud mental a menores inscritos en el Iowa Plan

- Cuidados preventivos del niño
- Relevos
- Transporte
- Asistencia con deberes
- Servicios a otros miembros del grupo familiar

Máximo: Doce unidades de una hora de servicio por día.

Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS) o Sistema de localización portátil

Qué: Un dispositivo electrónico conectado a un sistema monitoreado por personal las 24 horas del día, que permite al miembro acceder a ayuda en el caso de una emergencia.

Un sistema de localización portátil es un dispositivo electrónico que transmite una señal a un dispositivo de monitoreo. El sistema permite a un miembro acceder a ayuda en el caso de una emergencia, y permite a la policía o al proveedor del sistema de localización ubicar a un miembro que no pueda solicitar ayuda ni activar el sistema de forma independiente. El miembro debe estar imposibilitado de acceder a ayuda en una situación de emergencia debido a su edad o discapacidad.

Dónde: El PERS o el localizador portátil se conecta al teléfono fijo de la casa del miembro e incluye un botón de pánico portátil que el miembro lleva consigo.

Servicios prevocacionales

Qué: Los servicios prevocacionales se proveen a personas que potencialmente se pueden unir a la fuerza laboral general con la ayuda de empleo asistido. Los servicios prevocacionales están diseñados para desarrollar y enseñar habilidades de empleo generales relevantes a la participación exitosa en un empleo individual. Estas habilidades incluyen, entre otras:

- Capacidad de comunicarse efectivamente con supervisores, compañeros de trabajo y clientes;
- Comprensión del código de conducta y vestimenta generalmente aceptado por la comunidad del lugar de trabajo;
- Capacidad para seguir instrucciones;
- Capacidad para concentrarse en las tareas;
- Habilidades y estrategias de resolución de problemas en el lugar de trabajo;
- Capacitación general en seguridad y movilidad en el lugar de trabajo
- Habilidad para manejar las opciones de transporte local;
- Conocimientos básicos financieros; y
- Habilidades relativas a la obtención de empleo.

Dónde: Los servicios prevocacionales se llevarán a cabo en entornos no residenciales basados en la comunidad.

**No
incluye:**

Ayudar al miembro a capacitarse en las tareas o habilidades para un trabajo específico. El pago de servicios prevocacionales no debe hacerse para lo siguiente:

- Servicios disponibles a la persona bajo un programa financiado por la Sección 110 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.). Se debe mantener, en el plan de servicios de cada miembro que recibe servicios prevocacionales, la documentación que indica que el financiamiento no está disponible para la persona bajo estos programas.
- Servicios disponibles para la persona que duplican o reemplazan los servicios afines definidos en la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (20 U.S.C. 1401 et seq.).
- Compensación a miembros por participar en servicios prevocacionales.
- Servicios de apoyo en el caso de miembros que realicen trabajo voluntario en organizaciones y empresas con fines de lucro distintas a las organizaciones y empresas con fines de lucro que tienen programas formales de voluntariado implementados (por ejemplo, hospitales, asilos de ancianos), y servicios de apoyo en el caso de miembros que realicen trabajo voluntario para beneficio del proveedor de servicio.
- La provisión de servicios vocacionales que se entregan en el centro donde las personas están supervisadas para el propósito principal de producir bienes o desempeñar servicios, o donde los servicios tengan la finalidad de enseñar habilidades para trabajos específicos en lugar de habilidades generales.
- Un plan de servicios prevocacionales con el objetivo o propósito del servicio documentado de mantener o apoyar al individuo en la continuación de los servicios prevocacionales o cualquier situación de empleo similar al empleo asistido.

Relevo

Qué:

Los servicios de relevo son servicios provistos al miembro que brindan un alivio temporal al cuidador habitual y proveen todos los cuidados necesarios que el cuidador habitual prestaría durante todo ese periodo. El propósito del cuidado de relevo es habilitar al miembro para pueda mantener su situación de vida actual.

- **Relevo especializado** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de una o más personas del personal a un miembro (1+:1), para personas con necesidades médicas especializadas que requieren monitoreo o supervisión por parte de una enfermera registrada o enfermera practicante con licencia.
- **Relevo grupal** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de una persona del personal a dos o más miembros (1:2+).
- **Relevo individual básico** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de personal a miembro de 1:1, para individuos que no tienen necesidades médicas especializadas que requerirían cuidados por parte de una enfermera registrada o enfermera practicante con licencia.

Dónde: El relevo puede ser provisto en la casa del miembro, casa de otro familiar, campamentos, programas organizados de la comunidad (YMCA, centros de recreación, centro para el adulto mayor, etc.), ICF/MR, RCF/MR, hospital, asilos de ancianos, centro de enfermería especializada, programa de vida asistida, centro de cuidado diurno de adultos, cuidado tutelar en institución, casa de familia adoptiva o guardería infantil con licencia del DHS.

El relevo provisto fuera de la casa del miembro —o fuera de un centro, en lugares cubiertos por la licencia, certificación, acreditación o contrato del centro— debe ser aprobado por el padre, tutor o cuidador principal y el equipo interdisciplinario, y debe ser coherente con el uso del lugar por parte del público en general. El relevo en estos lugares no debe exceder de 72 horas continuas.

No incluye: Los servicios no serán reembolsables si la residencia se reserva de algún modo para personas con una licencia temporal sin goce de sueldo.

El relevo **no** se puede proveer a los miembros que residen en la casa de la familia, del tutor o cuidador habitual durante las horas en las que el cuidador habitual está empleado, a menos que sea en un entorno de campamento.

El servicio de relevo no se puede reembolsar o proveer simultáneamente con servicios duplicados bajo la exención.

Equipo médico especializado

Qué: El equipo médico especializado es el equipo médicamente necesario determinado por un profesional médico (es decir, un terapeuta físico, terapeuta ocupacional, enfermero, psicólogo con licencia, terapeuta del habla). Debe estar diseñado para el uso personal del miembro y la seguridad y salud del individuo. El equipo médico especializado normalmente no es financiado por el Medicaid, los programas del sistema educativo o de rehabilitación vocacional, y no se entrega por medios voluntarios. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Medios y organizadores electrónicos,
- Dispositivos de dispensación de medicamentos,
- Dispositivos de comunicación,
- Aparatos para el baño, y
- Unidades de control ambiental no cubiertas.

Este servicio puede incluir los costos de reparación y mantenimiento del equipo médico especializado comprado.

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

Unidad: Una unidad es el costo del artículo.

Máximo: El máximo anual es de \$6,366.64

Vida asistida en comunidad (SCL)

Qué: SCL provee de 1 a 24 horas de apoyo por día basado en las necesidades del individuo. Este servicio está diseñado para ayudar al miembro con sus necesidades de vida diaria. La ayuda puede incluir, entre otras:

- Habilidades personales y domésticas,
- Habilidades de vida en comunidad,
- Necesidades personales, y
- Servicios de transporte y tratamiento.

Dónde: Los miembros pueden recibir SCL en la casa de la familia, casa del tutor u otro entorno típico en la comunidad (es decir, casas, departamentos, condominios, casas pareadas, casas móviles, etc.). No en la casa del proveedor.

Todos los arreglos residenciales deben estar integrados en la comunidad.

La casa residencial típica y preferida puede incluir de una a cuatro personas.

No incluye: Transporte de ida y vuelta al trabajo o programa de cuidados diurnos, costos de alojamiento y comida, servicios académicos, servicios médicos, servicios vocacionales, cuidados diurnos y cuidados de niños, crianza de hijos o administración de caso

Unidades: Una unidad equivale a 15 minutos **O** un día.

Se aplica una tarifa diaria a los miembros que viven fuera de la casa de su familia, representante legal o familia adoptiva y por quienes el proveedor tiene la responsabilidad principal de brindar supervisión o estructura durante el mes.

Se aplica una tarifa diaria a los miembros que viven fuera de la casa de su familia y reciben supervisión del personal en el sitio por 8 o más horas durante un día de 24 horas.

Empleo asistido (SE)

Qué: Apoyos permanentes de servicios personalizados a participantes que, debido a sus discapacidades, necesitan apoyo intensivo permanente para obtener y mantener el empleo. El empleo puede ser un trabajo individual en un empleo competitivo o personalizado, o por cuenta propia, en un entorno de trabajo integrado en la fuerza laboral general. Se espera que los miembros ganen el salario mínimo estatal o más, o el salario habitual o más, y el nivel de beneficios pagados por el empleador por el mismo trabajo o uno similar realizado por una persona sin discapacidades. El resultado de este servicio es el empleo remunerado sostenido al salario mínimo o más, en un entorno integrado en la fuerza laboral general, en un trabajo que cumpla los objetivos personales y de carrera profesional. Los servicios de empleo asistido pueden entregarse a través de varios modelos de servicio deferentes.

Los tres componentes de este servicio son:

- Empleo asistido individual

Estos son los servicios provistos para obtener un empleo competitivo. Se puede incluir cualquiera de las siguientes actividades:

- Educación sobre beneficios
- Exploración de carrera profesional
- Evaluación de empleo
- Evaluación de tecnología adaptada
- Experiencia laboral de prueba
- Planificación de empleo centrada en la persona
- Desarrollo de currículos visuales/tradicionales
- Capacitación y apoyo de habilidades de búsqueda de trabajo
- Buscar a empleadores potenciales en nombre del miembro
- Análisis del trabajo
- Identificación y arreglos de transporte
- Servicios de ascenso de carrera
- Servicios de reemplazo (de ser necesario)
- Educación financiera y desarrollo de bienes
- Otros servicios de apoyo de empleo que se consideren necesarios
- Instrucción y apoyo sistemático durante la capacitación inicial en el trabajo, incluida la capacitación inicial para lograr la estabilización en el trabajo
- Incorporación de apoyos naturales durante el periodo inicial de empleo
- Soluciones de tecnología adaptada durante el periodo inicial de empleo
- Transporte del miembro durante las horas de servicio
- Capacitación inicial para lograr la estabilización en el trabajo

- Instrucción en el trabajo a largo plazo

Estos son servicios provistos para mantener un empleo competitivo. Se puede incluir cualquiera de las siguientes actividades:

- Análisis del trabajo
- Capacitación laboral e instrucción sistemática
- Capacitación y apoyo para el uso de tecnología y medios adaptados
- Incorporación de apoyos naturales
- Coordinación de transporte

- Capacitación y apoyo para retención del empleo
- Educación sobre beneficios y apoyo permanente
- Apoyos para ascenso de carrera profesional
- Educación financiera y desarrollo de bienes
- Asesoría y apoyo del empleador
- Negociación con el empleador en nombre del miembro (es decir, adaptaciones, condiciones del empleo, acceso a apoyos naturales, y salario y beneficios).
- Otros servicios de apoyo en el lugar de trabajo pueden incluir servicios específicamente relacionados con la capacitación de habilidades de trabajo que permitan al miembro de la exención la integración exitosa al entorno de su empleo
- Transporte del miembro durante las horas de servicio
- Servicios de exploración de carrera profesional conducentes a aumento de horas de trabajo o ascenso de carrera

Nivel 1 = 1 contacto por mes

Nivel 2 = 2-8 horas por mes

Nivel 3 = 9-16 horas por mes

Nivel 4 = 17-25 horas por mes

Nivel 5 = 26 o más horas por mes

- Empleo en grupo pequeño

Un equipo de no más de ocho personas con discapacidades en un entorno de trabajo en equipo que recibe apoyos para mantener el empleo.

- Evaluación de empleo
- Planificación de empleo centrada en la persona
- Colocación de empleo (limitado al servicio necesario para facilitar la contratación en un empleo individual remunerado al salario mínimo o superior para un miembro, en un trabajo en grupo pequeño, que recibe de otro modo una oferta no solicitada de empleo de una empresa donde el miembro ha estado trabajando en una cuadrilla o enclave móvil)
- Análisis del trabajo
- Capacitación en el trabajo e instrucción sistemática
- Instrucción en el trabajo
- Planificación de transporte y capacitación
- Educación sobre beneficios
- Servicios de exploración de carrera profesional conducentes al ascenso en la carrera
- Otros servicios de apoyo en el lugar de trabajo pueden incluir servicios específicamente relacionados con la capacitación de habilidades de trabajo que permitan al miembro de la exención la integración exitosa a un entorno individual o en comunidad
- Transporte del miembro durante las horas de servicio

Nivel 1 = Grupos de 2-4

Nivel 2 = Grupos de 5-6

Nivel 3 = Grupos de 7-8

Dónde: Las colocaciones de empleo deben hacerse en entornos integrados donde la mayoría de los trabajadores sean personas sin discapacidades. No deben ser provistos en la casa u oficina del proveedor.

Para quiénes: Miembros de 16 años o más.

No incluye: Miembros que son elegibles para servicios similares de la Division of Vocational Rehabilitation Services

Miembros que son elegibles para servicios similares de los servicios educativos

Servicios involucrados en la colocación o el mantenimiento de miembros en programas de actividades diarias, actividades de trabajo o talleres para personas con discapacidades

Apoyos para trabajo voluntario o prácticas no remuneradas

Matrícula de capacitación educativa o vocacional

Transporte

Qué: Los servicios de transporte para miembros para:

- Llevar a cabo trámites comerciales,
- Hacer las compras esenciales,
- Viajar de ida y vuelta al trabajo o a los programas diarios, y
- Reducir el aislamiento social.

Dónde: En la comunidad como se identifica en el plan de servicios integrales.

No incluye: El transporte que se reembolsa simultáneamente con los costos de transporte que se pueden incluir en la tarifa SCL o médica

Transporte que es reembolsable a través del financiamiento del transporte médico de no emergencia (NEMT)

Unidades: Por viaje o por milla

Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Qué: La **Opción de Elección del Consumidor (CCO)** es una opción disponible bajo la mayoría de las exenciones HCBS. Esta opción le dará más control sobre un monto determinado de dinero de Medicaid. Usted usará este dinero para desarrollar un plan de presupuesto individual para satisfacer sus necesidades; para ello puede contratar directamente a sus empleados y/o comprar otros bienes y servicios.

La **Opción de Elección del Consumidor** ofrece más variedad, control y flexibilidad para abordar sus servicios, al igual que una mayor responsabilidad de su parte. Hay asistencia adicional disponible si elige esta opción. Usted deberá elegir a un Agente de Apoyo Independiente, quien le ayudará a desarrollar su presupuesto individual y a reclutar a sus empleados.

Usted también trabajará con un Servicio de Administración Financiera que administrará su presupuesto y pagará a sus trabajadores en su nombre. Para obtener más información, comuníquese con su administradora de caso/trabajadora de servicios/trabajadora de servicios de DHS. Puede encontrar información adicional en el sitio web: www.ime.state.ia.us/HCBS/HCBSConsumerOptions.html

Los servicios que podrían incluirse en un presupuesto individual bajo la Opción de Elección del Consumidor son:

- Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor
- Modificación en la casa y el vehículo
- Servicios prevocacionales
- Relevo individual básico
- Equipo médico especializado
- Vida asistida en comunidad
- Empleo asistido
- Transporte

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa u oficina del proveedor.

No incluye: La Opción de Elección del Consumidor no puede usarse para pagar: alojamiento y comida, servicios de centro de trabajo, guardería infantil, entretenimiento personal, medicamentos y terapias experimentales no aprobados por la FDA, muebles para el hogar, primas y copagos del seguro, vehículos motorizados, suplementos alimenticios, compras recreativas no relacionadas con una necesidad estimada, reparaciones de vehículos motorizados, matrícula escolar o animales de servicios. Los fondos de Opción de Elección del Consumidor no se pueden usar para pagar servicios que de otro modo son prestados por Medicaid.

Unidades: Se establece un monto de presupuesto mensual para cada miembro basado en el tipo y la cantidad de servicios autorizados en el plan de servicio del miembro, que se seleccionan para determinar el presupuesto de Opción de Elección del Consumidor.

PROCESO DE SOLICITUD

El proceso de solicitud de una Exención por lesión cerebral (BI) requiere de un esfuerzo coordinado entre el Department of Human Services y agencias ajenas al Departamento en representación del posible miembro. Si actualmente trabaja con personal del Department of Human Services, por favor comuníquese con esa persona respecto al proceso de solicitud.

Responda inmediatamente a la correspondencia proveniente de una trabajadora de mantenimiento de ingresos o administradora de caso de Medicaid. Esto reducirá la cantidad necesaria de tiempo para completar el proceso de solicitud y ayudará en la comunicación.

1. La solicitud de Medicaid (Título XIX) y de la Exención por lesión cerebral (BI) se hace con una trabajadora de mantenimiento de ingresos (IM) en la oficina local de DHS. La trabajadora de IM asegurará una asignación de pago o pondrá el nombre del miembro en una lista de espera.

Al momento de la disponibilidad de una asignación de pago, la trabajadora de IM procesará la solicitud y remitirá al miembro a la administradora de caso de Medicaid/trabajadora de servicios de DHS (MCM).

En el caso de adultos que soliciten la Exención por lesión cerebral, se programará una cita con la trabajadora de IM. En el caso de menores que soliciten esta exención, llamaremos por teléfono a la casa de la familia. La documentación necesaria para esta solicitud puede incluir lo siguiente:

- Registros médicos que indiquen el diagnóstico de la lesión cerebral
- Registros financieros
- Tarjeta de Título XIX
- Carta de elegibilidad de Medicaid
- Verificación de elegibilidad para Ingreso de Seguro Complementario (SSI), Seguro de Invalidez del Seguro Social (SSDI) o Asistencia Complementaria del Estado (SSA), si corresponde. Si actualmente no recibe asistencia, se le pedirá que haga una solicitud en la oficina del Seguro Social.

El Contratista de Evaluación Básica Estandarizada de Medicaid o las Organizaciones de Cuidados Administrados (MCOs) deberán completar la evaluación utilizando la herramienta interRAI.

2. La Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise revisará la evaluación para determinar si las necesidades del miembro requieren un nivel de cuidado en ICF/MR (enfermería especializada) o ICF (enfermería).

Si el miembro no reúne los requisitos de nivel de cuidado, la trabajadora de IM enviará un Aviso de Decisión (NOD) donde se indicará al miembro la denegación del servicio. El miembro tiene el derecho de apelar la decisión. El proceso de apelación se explica en el Aviso de Decisión (NOD).

3. Se lleva a cabo una reunión del equipo interdisciplinario para determinar los servicios que se necesitan, la cantidad de los servicios que deben entregarse y los proveedores de los servicios. A la reunión del equipo interdisciplinario deberá asistir el miembro/familia, la administradora de caso/trabajadora de servicios de DHS, los proveedores de servicios de la Exención por lesión cerebral (BI), y también podrá contar con la asistencia de otras personas profesionales o de apoyo. El resultado final de las decisiones del equipo interdisciplinario será un plan de servicios integrales desarrollado, firmado y fechado por la administradora de caso/ trabajadora de servicios de DHS.
4. Con la culminación de un plan aprobado de servicios integrales, se debe completar el proceso del Sistema de Información de Servicios Personalizados (ISIS) antes de la implementación de los servicios. El ingreso del plan aprobado de servicios integrales en el sistema ISIS autoriza el pago de los servicios de Exención por lesión cerebral (BI).
5. La administradora de caso de Medicaid o la MCO emitirá un Aviso de Decisión si el miembro es aprobado para recibir los servicios de Exención por lesión cerebral (BI).

La discriminación es contra la ley

El Iowa Department of Human Services (DHS) cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles que exigen proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes, y no discrimina basándose en su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. DHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

DHS:

- Provee medios y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para las personas que no hablan inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomasSi necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 1-800-338-8366.

Si usted cree que el DHS no le ha entregado estos servicios o que de otro modo lo ha discriminado debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: DHS, Office of Human Resources; para ello envíe un correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us o escriba a:

DHS Office of Human Resources
Hoover State Office Building, 1st floor
1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Puede presentar su queja formal en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, la Oficina de Recursos Humano del DHS está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para la presentación de una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-800-338-8366 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-735-2942)**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالامجان. اتصل برقم **1-800-338-8366 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2942)**.

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)** 전화해 주십시오.

ध्यान द : य द आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)** पर कॉल कर ।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-338-8366 (ATS: 1-800-735-2942)**.

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ် ကျိၣ်အသိၣ်, နမ့ၢ်န့ၢ် ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ နီတံၢ်ဘျုးသ့န့ၣ်လီၤ. ကိး **1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-338-8366 (телетайп: 1-800-735-2942)**.