



HOME- AND COMMUNITY-BASED SERVICES INTELLECTUAL DISABILITY WAIVER INFORMATION PACKET

(EXENCIÓN PARA SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
POR DISCAPACIDAD INTELECTUAL
PAQUETE DE INFORMACIÓN)

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Discapacidad Intelectual (HCBS ID) 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 discapacidad intelectual (ID) se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Están disponibles los servicios siguientes:
 - **Cuidado diurno de adultos**
 - **Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor (CDAC)**
 - **Habilitación diaria**
 - **Modificaciones en la casa y el vehículo**
 - **Asistente de salud a domicilio**
 - **Monitoreo y tratamiento médico interino**
 - **Enfermería**
 - **Sistema de respuesta ante emergencia personal**
 - **Prevocacional**
 - **Relevo**
 - **Vida asistida en comunidad**
 - **Vida asistida en comunidad-Basada en casa residencial**
 - **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 el 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. Este plan 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 EPSDT (Care for Kids).
- Como un prerrequisito de elegibilidad para la Exención por discapacidad intelectual (ID), los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- El plan de servicios integrales debe ser desarrollado y revisado anualmente con el equipo interdisciplinario y firmado por la administradora de caso.
- El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- Para recibir los servicios de la Exención por discapacidad intelectual (ID), debe haber disponible un proveedor autorizado para proveer esos servicios.
- El servicio de exención de Medicaid no puede ser reembolsado simultáneamente con otro servicio de Medicaid.
- Los servicios de la Exención por ID no pueden entregarse cuando un miembro es un paciente internado en una institución médica.
- Los miembros deben necesitar y usar, como mínimo, una unidad de servicio de exención durante cada trimestre del año calendario.

- El estado ha designado la cantidad de miembros (asignaciones de pago) que pueden ser atendidos bajo el programa HCBS ID. Debe haber disponible una asignación de pago para poder asignarla a la persona en el momento de la solicitud o después de la determinación de la discapacidad, lo que ocurra más tarde.
- El financiamiento debe estar disponible a través del estado de Iowa.
- El miembro debe recibir los servicios de administración de caso de Medicaid cuando comiencen los servicios de la Exención por ID.
- 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 la Exención por discapacidad intelectual
- La asistencia puede estar disponible a través del programa In-Home Health-Related Care (Cuidado en el Hogar Relacionado con la Salud) y el Rent Subsidy Program (Programa de Subsidio de Alquiler) además de los servicios disponibles a través de la Exención por Discapacidad Intelectual.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL MIEMBRO

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de la Exención HCBS ID 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.
- Tener un diagnóstico de discapacidad intelectual emitido por un psicólogo o psiquiatra.
- 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 si hubiese determinado que el miembro no era elegible.
- Haber sido determinado por la Iowa Medicaid Enterprise, Medical Services Unit, que necesita un nivel de cuidado en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas Intelectualmente Discapacitadas (ICF/ID).

DESCRIPCIONES DE SERVICIOS

- **TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE:**

Los servicios de la Exención por discapacidad intelectual (ID) se personalizan para satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a los servicios apropiados, 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 centro de cuidados diurnos y no en la casa del proveedor.
- Unidades:** Una unidad es igual a 15 minutos **O** medio día **O** un día entero **O** un día extendido.

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, tutor, o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud 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 prestarse 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:

- 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:

- 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
- Ayudar o acompañar durante el 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 es apropiado 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, supervisión del miembro, 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, el padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos, o el representante legal del miembro.

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 ID.

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

Unidades: Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades máximas: El administrador de caso, en colaboración con el miembro y el equipo interdisciplinario, establece 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 acuerdan la cantidad necesaria de servicios y el costo por unidad. Este acuerdo debe ser firmado y fechado por el miembro y el proveedor. Se debe entregar una copia completa del acuerdo al miembro, al proveedor y al administrador de caso. 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:

- El trabajador de servicio o administrador de caso 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.
- El IFMC debe determinar que cada miembro cumple con el nivel de cuidado de ICF/ID.
- 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*. Los servicios prestados antes de la certificación y el cumplimiento de este acuerdo no serán reembolsados.

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.

Habilitación diaria

Qué:

Los servicios de habilitación diaria son servicios que ayudan o apoyan al miembro a desarrollar o mantener las habilidades para la vida diaria y la integración en la comunidad. Los servicios deben capacitar o mejorar:

- El funcionamiento intelectual del miembro,
- La salud física y el desarrollo emocional del miembro,
- El desarrollo y la comunicación del miembro,
- El funcionamiento cognitivo del miembro,
- La socialización e integración en la comunidad del miembro,
- El desarrollo de habilidades funcionales del miembro,
- El manejo del comportamiento del miembro,
- La responsabilidad y el autocontrol del miembro,

- Las actividades de la vida diaria del miembro,
- Las habilidades de autodefensa del miembro, o
- la capacidad de movilización del miembro.

Opción de capacitación de la familia: Los servicios de habilitación diaria pueden incluir la capacitación de la familia en las metodologías de tratamiento y apoyo, o en el cuidado y uso de los equipos. La capacitación de la familia se puede entregar en la casa del miembro.

Dónde: En un centro de rehabilitación u otro tipo de entorno en la comunidad. No en la casa del miembro.

No incluye: Los servicios no deben prestarse en la casa del miembro, salvo cuando se usa la opción de capacitación de la familia. Para este propósito, los servicios prestados en un centro de cuidados residenciales, donde vive el miembro, no se consideran como prestados en la casa del miembro.

Los servicios no deben incluir los servicios vocacionales o prevocacionales y no deben incluir trabajos pagados.

Los servicios no deben ser una repetición ni sustitución de servicios educativos o similares, como se define en la Ley de Educación de Personas con Discapacidades.

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos **O** a un día entero (4 a 8 horas).

Cuando se usa la opción de capacitación de la familia, una unidad equivale a 15 minutos.

La opción de capacitación de la familia se limita a un máximo de 10 horas por mes.

Modificaciones en la casa y el vehículo (HVM)

Qué: Modificaciones físicas a la casa y/o el vehículo que aborden directamente la salud médica o la necesidad terapéutica del miembro. Las modificaciones cubiertas deben ser necesarias para cubrir la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, y para aumentar o mantener su independencia. Todas las solicitudes de modificación deben ser autorizadas previamente por Iowa Medicaid Enterprise, y se debe tomar 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 o arrendador de la casa, la compra de vehículo, rejas, hornos, reparaciones o cualquier modificación o adaptación disponible a través del Medicaid regular.

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

Máximo: El beneficio máximo de por vida es de \$5,305.53.

Asistente de salud a domicilio (HHA)

Qué: Servicios médicos no especializados, que proveen cuidados personales directos. Este servicio puede incluir ayuda con las actividades de la vida diaria, tales como:

- Ayudar al beneficiario a bañarse,
- Subir y bajar de la cama,
- Cuidado del cabello y de los dientes,
- Hacer ejercicio, y
- Administrar medicamentos específicamente ordenados por el médico (pero que normalmente son autoadministrados).

La asistente podrá realizar ciertos servicios domésticos para impedir o posponer la institucionalización del miembro. Los servicios domésticos o de aseo, que no estén relacionados con el cuidado del miembro, no son servicios cubiertos si no se prestan cuidados personales durante la visita.

La instrucción, la supervisión (para adultos), el apoyo o la ayuda en las actividades de higiene personal, baño y vida diaria se deben entregar bajo los servicios autorizados de vida en comunidad.

El servicio de asistente de salud a domicilio es una exención que puede accederse **después** de maximizar los servicios bajo el plan estatal del Medicaid.

Dónde: En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los servicios domésticos como cocinar o limpiar o los servicios que cumplen con las pautas de cobertura intermitente o aquellos prestados bajo la autoridad de EPSDT.

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

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:

- 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 escolares
- Servicios a otros miembros del grupo familiar

Unidad: Una unidad es una hora.

Máximo Unidades: Catorce horas por semana.

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. Los servicios están disponibles para niños y adultos. Los servicios de monitoreo y tratamiento médico interino deben proveer experiencias para el desarrollo social, emocional, intelectual y físico del miembro. El servicio incluirá el cuidado del desarrollo integral y cualquier servicio especial para un miembro con necesidades especiales; e incluirá una evaluación médica, el monitoreo médico y la intervención médica según sea necesario de forma regular o en caso de 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

Dónde: En la casa del miembro, 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, el padre o padrastro de un miembro de 17 años o menos, o el representante legal del miembro. 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.

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.

Cuidado diurno: Este servicio no debe usarse para reemplazar el cuidado de niños que no requiere monitoreo y tratamiento médico.

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:

- Servicios a menores con cobertura HMO de Medicaid
- Servicios de salud mental para menores
- Cuidados preventivos del niño
- Relevo
- Transporte
- Asistencia con deberes
- Servicios a otros miembros del grupo familiar

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Máximo Unidades: 48 unidades (12 horas) de servicio por día.

Enfermería

Qué: Los servicios de enfermería deben ser prestado por una enfermera con licencia. Los servicios deben ser ordenados y estar incluidos en el plan de tratamiento establecido por el médico. Los servicios deben basarse en la necesidad médica del miembro y estar dentro del alcance de las pautas de la práctica profesional de la Iowa Board of Nursing.

Dónde: En la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los servicios de enfermería provistos fuera de la casa o los servicios que cumplen las pautas de cobertura intermitente o aquellos prestados bajo la autoridad de EPSDT.

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:

- Servicios a menores con cobertura HMO de Medicaid
- Servicios de salud mental a menores inscritos en el Iowa Plan
- Cuidados preventivos del niño
- Relevo
- Transporte
- Asistencia con deberes
- Servicios a otros miembros del grupo familiar

Este servicio de enfermería no debe ser reembolsado de forma simultánea con otros servicios de Medicaid. Excepción: Se pueden pagar las visitas de supervisión cuando una enfermera registrada, en calidad de supervisora, provee visitas para supervisar los servicios prestados por una asistente de salud a domicilio bajo el plan de tratamiento de una agencia de salud a domicilio.

Unidad: Una unidad es una hora.

Máximo Unidades: Diez horas por semana.

Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS)

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. El PERS también incluye un sistema de localización portátil que transmite una señal a un dispositivo de monitoreo. El sistema de localización 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.

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

Unidad: Una unidad es la compra por una sola vez del equipo **y/o** el costo por una sola vez de la instalación **y/o** un mes de servicio.

Máximo Unidades: Doce meses de servicio de acuerdo con el año fiscal del estado (1 de julio a 30 de junio).

Servicios prevocacionales

Qué: Los servicios prevocacionales preparan al miembro para un empleo remunerado o no remunerado. Incluye enseñar al miembro las habilidades de preparación para el empleo que pueden incluir:

- Seguir instrucciones,
- Prestar atención a las tareas,
- Completar tareas,
- Resolver problemas, y
- Capacitación en seguridad y movilidad

Los miembros no deben ganar más del 50 por ciento del salario mínimo de Iowa.

Dónde: En un centro de rehabilitación, en un entorno en la comunidad o en la casa del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Ayudar al miembro a capacitarse en las tareas o habilidades para un trabajo específico.

Servicios similares disponibles de la Division of Vocational Rehabilitation Services (DVRS) o de un sistema educativo. Antes de autorizar los servicios prevocacionales, el administrador de caso debe comunicarse con DVRS para identificar si el miembro califica para el financiamiento de DVRS.

Unidad: Una unidad es una hora o un día.

Máximo Unidades: Un máximo de 31 unidades diarias por mes o menos de 4 horas por día.

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 personal a miembro de 1:1 o superior, para miembros 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 personal a miembro de menos de 1:1.
- **Relevo individual básico** significa la provisión de servicios de relevo en una proporción de personal a miembro de 1:1 o superior, para miembros sin 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/ID, RCF/ID, 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 habitual 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 el miembro asista a un programa de campamento residencial de 24 horas.

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

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Máximo Unidades: Se pueden reembolsar catorce días consecutivos de cuidado de relevo de 24 horas.

Vida asistida en comunidad (SCL)

Qué: SCL provee hasta 24 horas de apoyo por día basado en las necesidades del miembro.

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,
- Transporte, y
- Servicios de tratamiento.

Para los miembros que tienen 20 años o menos y que requieren más de 208 unidades de SCL por mes, el plan de servicios integrales debe desarrollarse considerando los servicios que se proveerán a través del programa EPSDT (Care for Kids). Para incluir más de 208 unidades de SCL en el caso de menores, el administrador de caso debe documentar la justificación de la necesidad del miembro en el archivo de servicios. La duración de los servicios se basará en lo que corresponda según la edad y en el nivel de atención individual.

Dónde: Los miembros pueden recibir SCL en la casa de la familia, la casa del tutor o en entornos integrados en la comunidad.

La casa residencial típica y preferida puede incluir de una a cuatro personas. Hay disponible una certificación especial que permite que en una casa residencial puedan vivir cinco personas.

No incluye: Los costos de alojamiento y comida, servicios académicos, médicos y vocacionales, o administración de caso, guardería, cuidado de bebés, o crianza de hijos

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

Se aplica una unidad 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 unidad diaria a los miembros que reciben supervisión de personal in situ por ocho horas o más por día, como promedio, durante un mes.

Vida asistida en comunidad-Basada en casa residencial

Qué: La SCL-Basada en casa residencial provee apoyo diario de 24 horas a los menores de 17 años y menos que viven fuera de la casa de su familia. Los servicios también deben abordar las necesidades comunes de vida diaria del menor, excluyendo el alojamiento y comida, tales como las necesidades de seguridad y protección, adaptación social, y otros cuidados médicos.

Se debe solicitar una asignación de recursos aparte bajo esta categoría, antes de que los miembros puedan ser determinados como elegibles para HCBS-Basada en casa residencial bajo la exención por discapacidad intelectual.

Los componentes de servicio permitidos incluyen los siguientes:

- Desarrollo de habilidades de vida diaria,
- Desarrollo de habilidades sociales,
- Desarrollo de apoyo familiar, y
- Servicios de consejería e intervención conductual.

Dónde: Los miembros deben residir fuera de la casa de la familia en un entorno de vida asistida en comunidad-basada en una casa residencial con licencia. El proveedor de servicio de vida asistida en comunidad-basada en una casa residencial monitorea la casa y puede asistir al miembro y la familia en ubicar muebles y artículos necesarios para el hogar.

No incluye: Los costos de alojamiento y comida, necesidades vocacionales, servicios académicos, cuidado diurno, o administración de caso de Medicaid, otra administración de caso, o cualquier otro servicio que el menor pueda obtener de otro modo a través de Medicaid

Unidades: Una unidad es un día.

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.

Transporte

Qué: Los servicios de transporte para miembros incluyen:

- Llevar a cabo trámites comerciales,
- Completar las compras esenciales,
- Recibir servicios médicos
- 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 de SCL o de transporte médico que es reembolsable a través del financiamiento del transporte médico

Unidades: Las unidades son las siguientes:

- La tarifa contractual de transporte médico que no es de emergencia, **O**
- En ausencia de una tarifa contractual de transporte médico que no es de emergencia, la tarifa contractual media de transporte médico que no es de emergencia pagada por milla o por viaje dentro de la región de DHS del miembro.

Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Qué: La Opción de Elección del Consumidor provee al miembro con un presupuesto individual mensual, flexible, basado en las necesidades de servicio del miembro. Con el presupuesto individual, el miembro tiene la autoridad de comprar bienes y servicios para satisfacer las necesidades estimadas del miembro y puede elegir emplear a proveedores de servicios y apoyos. Los servicios, apoyos y artículos que se compran con el presupuesto individual deben estar directamente relacionados con la necesidad estimada del miembro o con el objetivo establecido en el plan de servicios del miembro.

La Opción de Elección del Consumidor es un programa de autogestión que 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 de DHS. Puede encontrar información adicional en el sitio web:

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

Los servicios que podrían ser autorizados en un plan de servicios para uso en un presupuesto individual bajo la Opción de Elección del Consumidor son:

- Cuidados con asistente (no especializado) dirigidos por el consumidor
- Habilitación diaria
- Modificación en la casa y el vehículo
- Servicios prevocacionales
- Cuidados básicos de relevo individual
- Equipo médico especializado
- Vida asistida en comunidad
- Empleo asistido
- Transporte

Dónde: En el hogar o en un entorno integrado de la comunidad del miembro. No en la casa 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 servicio. Los fondos de CCO 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 CCO.

PROCESO DE SOLICITUD

El proceso de solicitud de una Exención por discapacidad intelectual (ID) requiere de un esfuerzo coordinado entre el DHS y agencias ajenas al Departamento en representación del posible miembro. Si actualmente trabaja con personal de DHS, por favor comuníquese con esa persona respecto al proceso de solicitud.

Responda inmediatamente a la correspondencia proveniente de una trabajadora de mantenimiento de ingresos, trabajadora de servicios 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 discapacidad intelectual 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 trabajadora de servicios de DHS o a la administradora de caso de Medicaid.

En el caso de adultos que soliciten la Exención por discapacidad intelectual, 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 completar este proceso puede incluir:

- 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.

Por favor, tenga presente lo siguiente: Las solicitudes de servicio (de vida asistida en comunidad-basada en una casa residencial para menores) deben ser aprobadas previamente por el Departamento antes de la provisión del servicio.

2. Una trabajadora de servicio o administradora de caso de Medicaid completará la evaluación de cada uno de los miembros.
3. Iowa Medicaid Enterprise, Medical Services revisará la evaluación para determinar si las necesidades del miembro requieren el nivel de cuidado de ICF/ID ICF.

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).

4. Se lleva a cabo una reunión del equipo interdisciplinario para identificar y autorizar 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 de Medicaid, los proveedores de servicios de la Exención por discapacidad intelectual (ID), y también podrá contar con la asistencia de otras personas profesionales o de apoyo.
5. 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 discapacidad intelectual (ID).
6. La trabajadora de servicios o la administradora de caso de Medicaid emitirá un Aviso de Decisión si el miembro es aprobado para recibir los servicios de Exención por discapacidad intelectual (ID).

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 بالجمان. 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)**.

ဟ်သူဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ် ကျိၣ်အသိၣ်, နမ့ၢ်န့ၢ် ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢၣ်ဘျုးလၢၣ်စ့ၤ 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)**.