

PAQUETE INFORMATIVO DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y A DOMICILIO PARA LA TERCERA EDAD

HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES ELDERLY WAIVER

El programa *Home and Community Based Services Elderly Waiver* (HCBS Elderly) de Medicaid ofrece subsidios y asistencia personalizada para que los destinatarios elegibles que necesiten atención en instituciones médicas puedan permanecer en sus propios hogares y en su comunidad. La prestación de estos servicios depende de la relación costo-beneficio.

PARÁMETROS GENERALES

- Los servicios *Elderly Waiver* son personalizados para satisfacer las necesidades particulares de cada usuario. Los siguientes servicios están disponibles:
 - **Cuidado diurno para adultos**
 - **Equipamiento asistencial**
 - **Asistencia para tareas de la vida diaria, provista por personal de turno**
 - **Gestión de casos clínicos**
 - **Tareas para el mantenimiento del hogar**
 - ***Consumer Directed Attendant Care***
 - **Sistema de alarma médica**
 - **Modificaciones en la vivienda y vehículos)**
 - **Comidas con entrega a domicilio**
 - **Asistencia médica domiciliaria**
 - **Servicios de personal doméstico**
 - **Servicios de extensión para la salud mental**
 - **Servicios de enfermería**
 - **Asesoramiento nutricional**
 - **Atención temporal (*respite*)**
 - **Acompañantes para adultos mayores**
 - **Transporte**
 - ***Consumer Choices Option***
- Los servicios considerados necesarios y adecuados serán determinados por un equipo interdisciplinario compuesto por el usuario, el gestor de casos o un asistente de servicios de DHS, prestadores de servicios y otras personas escogidas por el usuario.
- Todos los usuarios tendrán un plan integral de servicios diseñado por un gestor de casos en colaboración con el usuario. El gestor de casos o un asistente de servicios de DHS debe firmar el plan integral de servicios y agregar la fecha previamente a la implementación de los mismos. El usuario debe recibir servicios de gestión de casos.
- Los usuarios deben participar en todos los otros servicios para los que sean elegibles y que sean apropiados para satisfacer sus necesidades, como requisito preliminar de elegibilidad para *Elderly Waiver*.
- El plan integral de servicios debe ser diseñado y revisado anualmente con el equipo interdisciplinario, y el gestor de casos o un asistente social de DHS debe firmarlo.
- El usuario debe seleccionar los servicios HCBS como alternativa a los servicios institucionales.
- A fin de recibir servicios de *Elderly Waiver*, debe haber un prestador autorizado de dichos servicios que los pueda proporcionar.

- Los servicios especiales de Medicaid no pueden ser reembolsados simultáneamente con otros servicios de Medicaid.
- No se puede prestar servicios de *Elderly Waiver* cuando una persona se encuentra internada en una institución médica.
- Los usuarios deben necesitar y usar un servicio facturable de *Elderly Waiver* durante cada trimestre calendario.
- El costo total de los servicios de *Elderly Waiver* no pueden exceder los siguientes importes:
 - Nivel de atención de enfermería \$1339.00 por mes
 - Nivel de atención especializada \$2765.00 por mes
- A continuación se indica la organización jerárquica para acceder a servicios especiales:
 - Seguro privado
 - Medicaid
 - Servicios de *Elderly Waiver*
- Además de los servicios disponibles a través de *Elderly Waiver*, es posible acceder a asistencia a través del programa de enfermería a domicilio (*In-Home Health Related Care*) y del programa de subsidios para abonar el alquiler (*Rent Subsidy Program*) a través de *Iowa Finance Authority*. Los usuarios pueden comunicarse con *Iowa Finance Authority* al teléfono 1-800-432-7230.

REQUISITOS PARA ELEGIBILIDAD DEL USUARIO

Los usuarios pueden calificar para servicios HCBS de *Elderly Waiver* si reúnen los siguientes requisitos:

- Ser residente de Iowa y ciudadano de los Estados Unidos, o ser un extranjero que ingresó legalmente a los Estados Unidos.
- Ser mayor de 65 años.
- Calificar para Medicaid (Title XIX) *como si* el usuario estuviera en una institución médica. Los usuarios pueden ser elegibles para Medicaid antes de tener acceso a servicios de exención o ser declarados elegibles a través del proceso de solicitud para el programa de exención. Otras oportunidades para acceder a Medicaid estarán disponibles a través del programa de exención aunque el usuario no hubiera calificado previamente.
- El servicio médico de *Iowa Medicaid Enterprise* debe determinar que el usuario necesita atención de enfermería o tratamiento especializado.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

- **TENGA EN CUENTA QUE:**
*Los servicios *Elderly Waiver* son personalizados para satisfacer las necesidades específicas de cada usuario. No obstante, las decisiones sobre qué servicios son adecuados, la cantidad de unidades o el monto en dólares de los servicios se establecen de acuerdo a las necesidades del usuario, según lo determinado por el usuario y el equipo interdisciplinario.*

CUIDADO DIURNO PARA ADULTOS

- QUÉ:** Los servicios de cuidado diurno para adultos ofrecen un programa organizado de atención general en un ambiente grupal para personas que necesitan cierto grado de supervisión y asistencia de manera regular o esporádica en un centro de cuidado diurno.
- DÓNDE:** Programa de cuidado diurno para adultos en la comunidad y con acreditación para ofrecer servicios *Elderly Waiver*.
- UNIDADES:** Una unidad es:
Por hora
o
Medio día – 1 a 4 horas
o
Día completo – 4 a 8 horas
o
Día extendido – 8 a 12 horas

EQUIPAMIENTO ASISTENCIAL

- QUÉ:** El equipamiento asistencial son instrumentos funcionales para ayudar a los usuarios a realizar las actividades diarias y las actividades instrumentales de la vida diaria, con el fin de que tengan más independencia. Estos dispositivos asistenciales pueden ser cepillos de largo alcance; calzadores extra-largos; agarraderas antideslizantes para recoger y alcanzar elementos; elementos auxiliares para vestirse; tina inflable para enjuagarse el cabello; tina inflable para lavarse el cabello; taza de doble asa y tapa con sorbete, etc.
- DÓNDE:** En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.
- UNIDAD:** Una unidad es el costo de un artículo.
- MÁXIMO DE UNIDADES:** El costo del equipamiento asistencial no puede exceder de \$115.62 por unidad.

SERVICIOS DE GESTIÓN DE CASOS

- QUÉ:** El objetivo de la gestión de casos es mejorar la capacidad del usuario para realizar elecciones, tomar decisiones y asumir riesgos normales en la vida diaria, con el fin de que puedan participar plenamente en la comunidad.
- Las actividades de la gestión de casos incluyen:
- Diagnóstico y evaluación integral
 - Asistencia para conseguir servicios adecuados y organizar dónde vivirá el usuario
 - Coordinación de la prestación de servicios
 - Monitoreo continuo de la pertinencia de los servicios y el lugar de residencia del usuario
 - Asistencia en caso de crisis para facilitar la remisión a los prestadores de servicios que sean apropiados
- DÓNDE:** En el hogar y la comunidad del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.
- UNIDAD:** Una unidad es un reembolso mensual.

TAREAS DE MANTENIMIENTO DEL HOGAR

- QUÉ:** El servicio de mantenimiento del hogar se limita a las siguientes actividades:
- Mantenimiento de puertas y ventanas, tales como colocar mosquiteros en puertas y ventanas, reemplazar los vidrios de las ventanas y lavar las ventanas.
 - Reparaciones menores en paredes, pisos, escaleras, rejas y manijas.

- Limpieza profunda, que puede incluir limpieza de áticos o sótanos para prevenir incendios, mover muebles pesados, lavado de paredes, cuidado de pisos, pintura o eliminación de desechos.
- Cortar el césped y eliminar la nieve y el hielo de las veredas y entradas para automóviles.

No están cubiertos los siguientes servicios: rastrillado de hojas, poda de árboles y arbustos, quema de desechos, extracción de troncos y árboles.

DÓNDE: Dentro y fuera de la vivienda y en la propiedad del usuario

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.

CONSUMER DIRECTED ATTENDANT CARE (CDAC)

QUÉ: Asistencia con tareas de cuidado personal que normalmente el usuario haría en forma independiente si fuera capaz de hacerlas. El servicio puede ser prestado por una persona o por una agencia, dependiendo de las necesidades del usuario. El usuario, sus padres, su tutor o un abogado con poder notarial para cuestiones de atención médica serán responsable de seleccionar a la persona o a la agencia que asistirá con las tareas del servicio CDAC.

El servicio CDAC puede incluir asistencia con servicios especializados y no especializados. Los servicios especializados deben ser prestados bajo la supervisión de enfermeros profesionales matriculados o terapeutas acreditados que trabajen bajo la dirección de un médico. Los enfermeros y terapeutas serán responsables de las acciones que se les deleguen.

Los servicios especializados pueden incluir, entre otros, alimentación por sonda, terapia intravenosa, inyecciones parenterales, cateterismos, cuidado respiratorio, cuidado de áreas de decúbito y otras áreas ulceradas, servicios de rehabilitación, cuidado de colostomía, cuidado de enfermedades no controladas, cuidado post-quirúrgico, monitoreo de medicamentos, preparación de dietas terapéuticas y monitoreo de la respuesta a las mismas, y registro e informe de cambios en los signos vitales.

Los servicios no especializados pueden incluir, entre otros, ayuda para vestirse, higiene y aseo personal, ayuda para bañarse, transferencia a la silla de ruedas, deambulación y movilidad, ayuda para ir al baño, preparación de comidas, cocinar, comer y alimentarse, tareas del hogar, administrar medicamentos, cuidado de heridas leves, ayuda con tareas laborales, asistencia cognitiva, fomento de la comunicación y transporte.

Se debe determinar qué servicios beneficiarán y asistirán al usuario. Estos servicios serán registrados en el Formulario 470-3372, *HCBS Consumer Directed Attendant Care Agreement*. Este acuerdo será parte del plan integral de servicios diseñado para el usuario, el cual debe contener la fecha y la firma del usuario, gestor de casos, asistente de servicios y prestadores con anterioridad a la prestación de los servicios.

Este servicio es adecuado únicamente si los padres del usuario, su tutor o abogado con poder notarial para cuestiones de atención médica poseen la capacidad de manejar todos los aspectos del servicio y desean hacerlo.

DÓNDE: En el hogar o en la comunidad del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

NO INCLUYE: Cuidado diurno, atención temporal, alojamiento y comidas, gestión de casos y supervisión.

CDAC no puede reemplazar un servicio más económico.

Una persona que preste servicios CDAC no puede ser beneficiaria de servicios de atención temporal (*respite*) provistos en nombre de un usuario que reciba servicios de HCBS Elderly.

El costo de supervisión a cargo personal de enfermería, de ser necesario.

UNIDADES: Una unidad es:
una unidad de 15 minutos

MÁXIMO DE UNIDADES: El gestor de casos, que trabaja con el usuario y con el equipo interdisciplinario, establece el monto en dólares que se destinará a CDAC. Esa suma se registra en el plan integral de servicios, junto con información sobre otros servicios HCBS que el usuario recibirá. Dicha información monetaria también se registra en el Formulario 470-

3372, *HCBS Consumer Directed Attendant Care Agreement*, junto con las responsabilidades del usuario y del prestador de servicios, y las actividades por las que se le pagará al prestador de servicios. El usuario y el prestador de servicios acordarán el costo por unidad. Se entregará copia del acuerdo al usuario, al prestador de servicios y al gestor de casos. El Acuerdo forma parte del plan integral de servicios. Estos pasos deben ser completados **con anterioridad a** la prestación del servicio.

El gestor de servicios debe tener conocimiento sobre los servicios específicos que se incluyen en el contrato del establecimiento que presta servicios de residencia asistida, con el fin de garantizar lo siguiente:

- Que los servicios de residencia asistida no sean duplicados de los servicios CDAC
- Conocimiento sobre la manera en que se abordan las necesidades del usuario
- Conocimiento sobre las necesidades insatisfechas del usuario que deben ser incluidas en el plan integral de servicios.
- El pago de CDAC no incluye el costo del alojamiento y las comidas
- Iowa Medicare Enterprise debe determinar si los usuarios cumplen con los criterios para atención médica de enfermería.
- La tarifa de CDAC se calcula en base a las necesidades del usuario y puede ser diferente para cada individuo.

INSCRIPCIÓN PRESTADORES DE SERVICIOS: El prestador de servicios deben estar inscritos en la agencia fiscal del Departamento y estar acreditado como prestador de servicios CDAC con anterioridad a la confección del acuerdo *HCBS Consumer Directed Attendant Care Agreement*.

Es importante que el usuario consiga a más de un prestador de servicios CDAC. Podría ser necesario tener servicios de respaldo en el caso de una emergencia.

FACTURACIÓN: El usuario y el prestador de servicios deben firmar el formulario *Claim for Targeted Medical Care* antes de presentarlo para reclamar el pago. Este comprobante verifica que los servicios fueron provistos del modo indicado en la factura.

SISTEMA DE ALARMA EN CASO DE EMERGENCIAS

QUÉ: Un dispositivo electrónico conectado a un sistema de vigilancia durante las 24 horas que le permite al usuario recibir asistencia en el caso de una emergencia.

DÓNDE: El sistema de alarma está conectado al teléfono del hogar del usuario e incluye un control remoto con un botón de emergencia.

UNIDADES: Una unidad es:
El costo de instalación por única vez
y/o
Un mes de servicio

MÁXIMO DE UNIDADES: 12 meses de servicio por cada año impositivo estatal (del 1 de julio al 30 de junio)
El gestor de casos o el usuario deben informar sobre los prestadores al Representante del ERS lo antes posible cuando los servicios ya no sean necesarios.

MODIFICACIONES EN VIVIENDA Y VEHÍCULO (HVM)

QUÉ: Modificaciones estructurales en la vivienda y en el vehículo para solucionar determinados problemas relacionados con la salud, la seguridad y el bienestar del usuario y para incrementar o preservar su independencia. Es esencial conseguir presupuestos competitivos para determinar la relación costo-beneficio de la adaptación proyectada. Todas las solicitudes para realizar modificaciones se examinan individualmente para determinar la pertinencia de la modificación solicitada.

DÓNDE: En la vivienda y/o el vehículo del usuario

1. Cocina: superficies, espacio de lavado, armarios, adaptaciones especiales para refrigeradores, cocinas y hornos.
2. Baño: bañera e inodoro para facilitar la transferencia, asideros especiales y duchadores, controles para grifos y lavamanos, y áreas de ducha y lavabo a los que se pueda acceder fácilmente.
3. Barras y pasamanos.

4. Adaptaciones para espacios de giro
5. Rampas, elevadores y ensanchamiento de puertas, corredores y ventanas.
6. Sistema de alarmas contra incendio, específico para la discapacidad.
7. Dispositivos activados por voz, sonido, luz y movimiento, específicos para la discapacidad del usuario.
8. Rampas para vehículos, adaptaciones específicas para el conductor, sistemas de arranque remoto, incluyendo las modificaciones ya instaladas en el vehículo.
9. Sistemas de ingreso sin llave.
10. Puertas de apertura automática en el hogar y el vehículo.
11. Cerrojos especiales para puertas y ventanas.
12. Perillas y manijas especiales.
13. Reemplazo de los vidrios de las ventanas por plexiglass.
14. Modificación de las escaleras existentes para ensancharlas, bajarlas, elevarlas o cerrar escaleras abiertas.
15. Detectores de movimiento.
16. Alfombras o pisos antideslizantes.
17. Dispositivos de telecomunicaciones para personas sordas.
18. Senderos exteriores de materiales sólidos.
19. Nuevo sistema de apertura de puertas.
20. Puertas corredizas.
21. Instalación o reubicación de controles, tomacorrientes, interruptores de luz.
22. Aire acondicionado o filtros de aire si son médicamente necesarios.
23. Elevación de la puerta del garaje para adaptarla a la camioneta modificada.

NO INCLUYE: Modificaciones para ampliar la vivienda, reemplazo de artículos que son responsabilidad del propietario de la vivienda, compra de vehículo, cercas, calderas o cualquier tipo de modificación o adaptación disponible a través del servicio estándar de Medicaid.

Están excluidos la compra, el alquiler o la reparación de un vehículo automotor.

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

MÁXIMO: El beneficio máximo de vida es de \$1061,11. Este importe no está incluido en el total mensual.

COMIDAS CON ENTREGA A DOMICILIO

QUÉ: Las comidas con entrega a domicilio son preparadas fuera del hogar del usuario y enviadas a éste.

Cada comida debe proporcionarle al usuario, como mínimo, un tercio de la ingesta nutricional diaria recomendada, según lo dispuesto por *Food and Nutrition Research Council* de la Academia Nacional de Ciencias. Las comidas también pueden ser suplementos líquidos que cumplan con el estándar mínimo de un tercio.

En el caso de que las comidas sean entregadas a domicilio por un restaurante, se debe realizar una consulta nutricional. La consulta nutricional incluye comunicarse con el restaurante para explicar las necesidades nutricionales del usuario y explicar qué constituye un tercio de la ingesta nutricional diaria recomendada. Los usuarios deben informarle de inmediato al gestor de casos o al asistente social de DHS y al proveedor de comidas a domicilio si los servicios ya no son necesarios.

DÓNDE: Entregados en el hogar del usuario.

UNIDAD: Una unidad es una comida.

MÁXIMO DE UNIDADES: Catorce (14) comidas entregadas durante una semana.

ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA (*HOME HEALTH AIDE, HHA*)

QUÉ: Servicios médicos no especializados para prestar cuidados personales directos. Este servicio puede incluir la observación e informe de necesidades físicas o emocionales, ayuda para bañarse, lavarse el cabello, lavarse los dientes, ir al baño, deambular, ayuda para acostarse y levantarse de la cama, reestablecimiento de actividades de la

vida diaria, ayuda con la administración de medicamentos orales que normalmente son autoadministrados y recetados por un médico, realización de servicios domésticos eventuales que son esenciales para el cuidado de la salud en el hogar y necesarios para prevenir o postergar la internación con el fin de completar una unidad total de servicio.

Se puede acceder a asistencia médica domiciliaria como servicio de exención *después* de haber tenido acceso a los servicios del Plan Estatal de Medicaid.

DÓNDE: En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

NO INCLUYE: Servicios domésticos como cocinar y limpiar o servicios que cumplan con las normativas sobre servicios esporádicos.

No pueden duplicar ningún servicio regular de Medicaid, ni servicios de exención provistos bajo el plan estatal. Cobertura de servicios esporádicos de Medicaid: La cobertura regular de Medicaid provee cobertura esporádica de servicios de enfermería especializada y servicios de asistencia médica domiciliaria provistos en el hogar de niños y adultos. Normalmente se prestan servicios por dos o tres horas al día durante dos o tres días a la semana. La cobertura de servicios de enfermería especializada esporádica incluye visitas hasta cinco días por semana y visitas diarias o varias visitas diarias para cuidado de heridas o inyecciones de insulina. La cobertura de asistencia médica domiciliaria esporádica incluye visitas dos veces por día hasta siete días por semana para personas que asisten a la escuela o que trabajan, o cuando sea indicado por el médico y esté incluido en el plan de atención médica, sin exceder 28 horas por semana.

UNIDAD: Una unidad es una visita.

PERSONAL DOMÉSTICO

QUÉ: Los servicios de personal doméstico son aquellos servicios provistos cuando el usuario vive solo o cuando la persona que normalmente lleva a cabo estas funciones necesita ayuda. El servicio del personal doméstico se limita a las siguientes tareas: hacer las compras básicas; limpieza limitada de la vivienda.

DÓNDE: En la vivienda y la comunidad del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.
Los servicios del personal doméstico deben facturarse por unidades completas. No se puede facturar horas parciales.

SERVICIOS DE EXTENSIÓN PARA LA SALUD MENTAL

QUÉ: Servicios ofrecidos en el hogar del usuario para identificar, evaluar y brindar tratamiento y asistencia psicológica.
Se prestan servicios solo en función de la remisión realizada por el gestor de casos.

DÓNDE: En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

UNIDAD: Una unidad es un incremento de 15 minutos.

MÁXIMO DE UNIDADES: 1440 unidades (360 horas) por año

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUÉ: Los servicios de enfermería son provistos por enfermeros matriculados. Los servicios son indicados por el médico e incluidos en el plan de tratamiento establecido por el médico. Los servicios deben ser razonables y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o una lesión, e incluyen: observación; evaluación; instrucción; capacitación; supervisión; ejercicios terapéuticos; cuidado de intestinos y vejiga; administración de medicamentos; alimentación intravenosa, enteral e hipodermoclisis; cuidado dermatológico; elaboración de informes clínicos y partes médicos;

coordinación de servicios e informar al médico y al resto del personal sobre los cambios en la condición y las necesidades del usuario.

DÓNDE: En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

NO INCLUYE: Servicios de enfermería provistos fuera del hogar o servicios que cumplan con las normativas sobre servicios esporádicos.

Cobertura de servicios esporádicos de Medicaid: La cobertura regular de Medicaid provee cobertura esporádica de servicios de enfermería especializada y servicios de asistencia médica domiciliaria provistos en el hogar de niños y adultos. Normalmente se prestan servicios por dos o tres horas al día durante dos o tres días a la semana. La cobertura de servicios de enfermería especializada esporádica incluye visitas hasta cinco días por semana y visitas diarias o varias visitas diarias para cuidado de heridas o inyecciones de insulina. La cobertura de asistencia médica domiciliaria esporádica incluye visitas dos veces por día hasta siete días por semana para personas que asisten a la escuela o que trabajan, o cuando sea indicado por el médico y esté incluido en el plan de atención médica, sin exceder 28 horas por semana

UNIDAD: Una unidad es 15 minutos.

MÁXIMO DE UNIDADES: Atención de nivel intermedio - 8 visitas de enfermería por mes
Atención de nivel especializado No hay número máximo de visitas por mes

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

QUÉ: Asesoramiento nutricional por problemas nutricionales graves, que exceden el control médico normal.

DÓNDE: En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

UNIDAD: Una unidad es un incremento de 15 minutos.

ATENCIÓN TEMPORAL DE ENFERMOS (*RESPITE*)

QUÉ: La atención temporal de enfermos es un servicio provisto al usuario para que el cuidador habitual se tome un descanso; se brindan todos los cuidados necesarios que el cuidador habitual proporcionaría durante dicho período. El propósito de este servicio es facilitar que el usuario pueda permanecer en su propio hogar

- **Atención temporal especializada** significa atención provista en una proporción de un asistente por paciente o más si el usuario necesita tratamiento especializado que requiere control o supervisión provista por personal de enfermería acreditado y matriculado o enfermeros especializados en prácticas médicas
- **Atención temporal grupal** significa atención provista en una proporción de un asistente por paciente o menos
- **Atención temporal básica e individual** significa atención provista en una proporción de un asistente por paciente o más si el usuario no necesita tratamiento especializado que requiere cuidados provistos por personal de enfermería acreditado y matriculado o enfermeros especializados en prácticas médicas

DÓNDE: Es posible brindar atención temporal en el hogar del usuario, el hogar de otros familiares, campamentos, programas comunitarios (YMCA, centros de recreación, centros para la tercera edad, etc.), ICF/MR, RCF/MR, hospitales, geriátricos, instituciones de atención médica especializada, programas de residencia asistida, centros de atención diurna para adultos, hogares de atención grupal, hogares de familias sustitutas, o en guarderías acreditadas por DHS.

La atención temporal que sea provista fuera del hogar del usuario o fuera de una institución, en lugares cubiertos por la licencia, certificación, acreditación o contrato de la institución, debe ser autorizada por los padres, el tutor legal o la persona responsable del cuidado y el equipo interdisciplinario, y debe ser congruente con la función que el establecimiento cumple con respecto al público en general. La atención temporal en dichos lugares no podrá exceder de setenta y dos (72) horas continuas

NO INCLUYE: Los servicios no serán reembolsables si la vivienda estuviera reservada para personas con licencia laboral temporal.

La atención temporal **no** será provista a usuarios que residan con su familia, su tutor o la persona responsable del cuidado durante el horario laboral habitual del cuidador habitual, a menos que sea un campamento.

La atención temporal no será reembolsada ni provista simultáneamente con otros servicios duplicados bajo el programa de exención.

UNIDADES: Una unidad es 15 minutos. Los servicios están limitados al máximo mensual disponible para todos los servicios de exención.

MÁXIMO DE UNIDADES: Se reembolsará atención temporal por catorce días consecutivos de 24 horas.

y
Los servicios de atención temporal provistos a tres o más personas por un período superior a 24 horas consecutivas por persona y con servicios de enfermería debido a problemas físicos o mentales deben ser provistos por una institución médica acreditada, según lo dispuesto en el capítulo 135C del Código de Iowa

ACOMPAÑANTES PARA ADULTOS MAYORES

QUÉ: Un acompañante que brinda supervisión, vigilancia y atención temporal sin fines médicos. Los acompañantes de adultos mayores pueden ayudar con tareas como preparación de comidas, lavado de ropa, hacer compras y tareas domésticas livianas.

DÓNDE: En la vivienda del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

NO INCLUYE: Servicios de enfermería o atención médica

UNIDAD: Una unidad es una hora.

TRANSPORTE

QUÉ: Se prestan servicios de transporte para que los usuarios realicen trámites comerciales, hagan compras básicas, asistan a servicios médicos no reembolsados a través de transporte médico y para reducir el aislamiento social.

DÓNDE: En la comunidad según se indique en el plan integral de servicios.

UNIDADES: Las unidades son las siguientes:
Por milla o por viaje de ida o de vuelta

El límite del monto autorizado se indica en el plan integral. El importe total se determina según las necesidades del usuario.

CONSUMER CHOICES OPTION

QUÉ: **Consumer Choices Option** es una opción que se encuentra disponible debajo de "complete el espacio en blanco de su programa de exención favorito". Esta opción le permitirá tener más control sobre el monto meta en dólares de Medicaid. Podrá utilizar dichos dólares para diseñar un presupuesto personalizado con el fin de satisfacer sus necesidades por medio de la contratación directa de sus empleados y/o la compra de otros productos o servicios.

Consumer Choices Option le ofrece mayor poder de elección, control y flexibilidad sobre sus servicios, pero también mayor responsabilidad. Si selecciona esta opción, dispondrá de asistencia adicional. Elegirá a un agente, llamado *Independent Support Broker*, que le ayudará a diseñar su presupuesto personalizado y a contratar a sus empleados. Además, trabajará con un administrador (*Financial Management Service*) que se encargará de administrar su presupuesto y de pagarles a sus empleados en su nombre. Comuníquese con su gestor de casos o con su asistente de servicios para obtener más información. También encontrará información adicional en el sitio web: www.ime.state.ia.us/HCBS/HCBSConsumerOptions.html

Los servicios que puede incluir en el presupuesto personalizado de Consumer Choices Option son:

- Equipamiento asistencial

- Servicios para mantenimiento del hogar
- *Consumer Directed Attendant Care* (no especializado)
- Modificaciones en vivienda y vehículo
- Comidas entregadas a domicilio
- Servicios de personal doméstico
- Atención temporal individual básica (*Respite*)
- Acompañantes para adultos mayores
- Transporte

DÓNDE: En la vivienda o la comunidad del usuario. No en la vivienda del prestador de servicios.

NO

INCLUYE: No se puede utilizar Consumer Choices Option para pagar alojamiento y comidas, talleres y otros artículos de entretenimiento personal y cuidado infantil. Artículos y servicios provistos. No se puede prestar servicios de Consumer Choices Option a través del plan estatal de Medicaid. Los artículos y los servicios disminuirán la necesidad de otros servicios de Medicaid; y/o promoverán la inclusión en la comunidad; y/o incrementarán su seguridad en su hogar y en la comunidad.

UNIDADES: Se establece un presupuesto con un monto mensual para cada usuario.

PROCESO DE SOLICITUD

El proceso de solicitud para Elderly Waiver requiere el esfuerzo coordinado de Department of Human Services y de otras agencias no departamentales en representación del usuario potencial. Si actualmente se encuentra trabajando con el personal del Department of Human Services, comuníquese con dicha persona para iniciar el proceso de solicitud.

Responda de inmediato toda la correspondencia que le envíe el asistente de Income Maintenance, el asistente de servicios de DHS o el gestor de casos o asistente social de DHS. Eso reducirá la cantidad de tiempo que se necesita para completar el proceso de solicitud y ayudará a la comunicación.

1. La solicitud para Medicaid (Título XIX) y Elderly Waiver se realiza con un asistente de *Income Maintenance* (IM) en la oficina local del DHS.
 - Se programará una cita con el IM. La documentación solicitada que debe traer para esta cita es:
 - Registros económicos
 - Tarjeta de Título XIX
 - Carta de elegibilidad para Medicaid
 - Verificación de elegibilidad para Supplemental Security Income (SSI), Social Security Disability Insurance (SSDI) o State Supplemental Assistance (SSA), si corresponde. Si no está recibiendo asistencia actualmente, puede hacer una petición para presentar la solicitud en la oficina local del Social Security.
2. Un profesional médico debe completar el formulario 470-4392 (*Level of Care Certification*) en el caso de los solicitantes nuevos de Elderly Waiver, y volver a presentarlo anualmente. El asistente de Income Maintenance o el gestor de casos le entregará este formulario al usuario. En la mayoría de los casos, el gestor de casos coordina que el profesional médico, el usuario o un familiar completen el formulario de certificación. El gestor de casos o el profesional médico envían dicho formulario por fax al revisor de la unidad de servicios médicos de Iowa Medicaid Enterprise.
3. El gestor de casos se encargará de cerciorarse que el revisor de IME recibió la documentación.
4. El gestor de casos o el asistente de servicios de DHS completará el formulario 470-4694 (*Home and Community Based Services Assessment or Reassessment*).
5. El servicio médico de Iowa Medicaid Enterprise examinará la evaluación/reevaluación de HCBS para determinar si el usuario requiere atención médica de nivel intermedio o especializado.
 - Si el usuario no reúne los requisitos para dicho nivel de atención médica, el IM le enviará una Notificación de Resolución informándole que su solicitud ha sido rechazada. El usuario tiene derecho a apelar. El proceso de apelación se explica en la Notificación de Resolución.
6. Se llevará a cabo una reunión del equipo interdisciplinario para determinar los servicios que se necesitan, la cantidad de la prestación de servicios y quiénes serán los prestadores de servicios. A la reunión del equipo interdisciplinario asistirán el usuario, el gestor de casos o el asistente de servicios de DHS y otras personas que el usuario elija para que le brinden asistencia. El resultado final de las decisiones tomadas por el equipo interdisciplinario será el plan integral de servicios desarrollado por el gestor de casos o el asistente de servicios de DHS.
7. La fecha y la firma del gestor de casos en el plan integral de servicios indica que el usuario ha sido aprobado para recibir los servicios de Elderly Waiver.