Appendix 2-SPAN ■ Termination of MSSP Services (NOA) Terminación de Servicios MSSP (Notificación de Acción)

Nombre:

Fecha:

Dirección:

Nº MSSP:

RE: Rechazo de beneficios del Programa MSSP (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*)

Estimado(a) Sr./Sra./Srta:

:

El Código de Asistencia Pública e Instituciones, Artículo 9560 y siguientes, autoriza el funcionamiento del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*) para personas de 65 años o más que sean beneficiarias de Medi-Cal, vivan en la comunidad, estén **certificadas** o se **les** pueda certificar para ser ubicadas en un centro de convalecencia (*NF*). Además, el costo de atención a los beneficiarios no puede exceder constantemente el costo de un centro de convalecencia. Usted ha solicitado los beneficios del *MSSP* y/o recibe servicios del *MSSP* conforme a esta Ley.

Hemos evaluado (**su solicitud o información proveída**) y hemos determinado que a partir de (**fecha**) no es elegible para el servicio del *MSSP* debido a que (**seleccione una de las opciones abajo e inserte aquí según corresponda y elimine los otros**):

- A.** Ud. no vive en el área de servicio del *MSSP* o se ha mudado del lugar.
- B.** Ud. ya no desea recibir servicios del *MSSP*.
- C.** Ud. no cumple los requisitos para ser ubicado en un centro de convalecencia.
- D.** Otro
- E.** Ud. ya no cumple los requisitos para ser recibir Medi-Cal (sin compartir parte del costo en sus gastos medicos).
- F.** Ud. fue admitido en un (*NF* u hospital de cuidado intensivo), y las reglas federales no permiten que el *MSSP* atienda a personas alojadas en estas instituciones.
- G.** El costo estimado para proveer servicios a domicilio es de \$_____ /al mes. Este valor excede el costo del cuidado de tiempo completo en un centro de convalecencia.
- H.** Su elegibilidad para Medi-Cal ha cambiado a un Código Clave de Ayuda (*Aid Code*) que no lo califica para recibir los servicios del *MSSP*.
- I.** Ud. no desea o no puede utilizar servicios de administración de cuidado.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, Ud. TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL ANTE UN FUNCIONARIO DE AUDIENCIAS DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS SOCIALES. SE ADJUNTAN LAS INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA.

Las Leyes Estatales que exigen esta acción se encuentran en el Código de Normas de California, Título 22, División 3, Subdivisión 1, Capítulo 2, Artículo 18, Sección 50951, y en el Código de Asistencia Pública e Instituciones, Secciones 10950-10965.

(Seleccione solamente uno de los dos párrafos siguientes):

- 1.** Le aseguramos que el rechazo del *MSSP* no afectará otros servicios médicos o sociales para los que sea elegible a través del Programa Medi-Cal de California u otros programas de beneficios públicos.
- 2.** Debido a que su elegibilidad actual para servicios Medi-Cal está vinculada a su elegibilidad continua del *MSSP*, ya no será elegible para Medi-Cal según este criterio. Ud. puede contactar a la oficina de bienestar social de su condado para ver si puede seguir utilizando Medi-Cal según otro criterio de elegibilidad.

Gracias por su interés en el *MSSP*. En el futuro, puede volver a solicitar los servicios del *MSSP* si considera que es elegible.

Por favor contacte a **(nombre del administrador(a))** al **(número telefónico)** si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Director de Oficina *MSSP*