Solicitud para el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) conforme a los procedimientos de consideración institucional de Medi-Cal

Local del MSSP: _____

Nombre del solicitante: _____

Número de Medi-Cal: _____ Teléfono: _____

Dirección de la calle: _____

Número de apartamento: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Solicito participar en el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP). Acepto colaborar con el personal del MSSP, que determinará si reúno los requisitos para participar en el programa y, si se me acepta, colaborará conmigo para que obtenga los servicios sociales y de salud que necesito.

Si reúno los requisitos y decido participar, entiendo lo siguiente:

- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, retirarme del programa y decidir seguir viviendo donde vivo actualmente. No se me obligará a cambiar mi situación de vivienda.
- Ser dado de baja del MSSP o retirarme voluntariamente del programa afectará mi elegibilidad para recibir otros beneficios de Medi-Cal. Mis beneficios de Medi-Cal dependen de que siga reuniendo los requisitos para participar en el MSSP. Si dejo de reunir los requisitos o me retiro voluntariamente del MSSP, terminarán mis beneficios de Medi-Cal.
- El MSSP es una alternativa a vivir en un centro de cuidado médico continuo. Prefiero participar en el MSSP y permanecer en mi hogar.
- No tengo que responder ninguna pregunta que no sea pertinente para determinar los servicios que recibiré.
- Participaré en el proceso para decidir qué servicios necesito. Se me informará sobre los servicios que recibiré y cualquier cambio posterior que se haga en estos acuerdos.
- El personal del MSSP llevará un registro de todas las reclamaciones presentadas en mi nombre para Medicare, Medi-Cal y los servicios sociales.

- Toda la información contenida en el expediente de mi caso del MSSP es confidencial. Esto incluye información de salud e información que no es de salud. La información que no es de salud, cuya divulgación yo autorice, solo podrá ser consultada por el personal y los asesores del MSSP, por quienes me prestan servicios (incluido mi plan de salud de atención administrada) y según lo disponga la ley.
- La información de salud cuya entrega al MSSP yo autorice se mantendrá confidencial conforme a lo exigido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Reconozco que el local del MSSP me ha proporcionado un aviso sobre las prácticas de privacidad conforme a HIPAA.
- Al igual que ocurre con otros servicios de cuidado a largo plazo de Medi-Cal que recibo, debido a que el MSSP también recibe fondos de Medi-Cal, el Estado puede intentar recuperar de mis bienes hereditarios, después de mi fallecimiento, el costo de esos servicios.
- La información contenida en el expediente de mi caso es confidencial. Solo podrán consultarla el personal y los asesores del MSSP, las personas que me prestan servicios y quienes estén autorizados por la ley.
- Tengo derecho a que el MSSP u otra organización calificada que yo elija me proporcione la administración del cuidado o los servicios.
- Solo recibiré los servicios del MSSP mientras haya fondos federales y estatales disponibles. Además, dejaré de reunir los requisitos para participar en el MSSP si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones: el costo de prestarme servicios supera los montos presupuestados para mi cuidado; el MSSP determina que ya no puedo beneficiarme de los servicios; deja de existir el riesgo inminente de que se me interne en una institución; dejo de reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal; o me niego a cumplir los requisitos del programa, o no puedo hacerlo, como permitir las visitas domiciliarias obligatorias.
- Puedo solicitar una Audiencia Administrativa Estatal si se rechaza mi solicitud de participación, si se me da de baja del programa o si no estoy satisfecho con los servicios que recibo.

Todas las preguntas que tengo en este momento sobre el MSSP han sido respondidas en su totalidad. Cuando tenga más preguntas, debo comunicarme con:

Personal del MSSP: _____ Teléfono:_____

Firma del solicitante:_____ Fecha:_____

He explicado el MSSP y la naturaleza de la participación que se solicita del solicitante. He respondido las preguntas sobre el MSSP que hicieron el solicitante o las personas que preguntaron en su nombre. He entregado al solicitante una copia de este formulario, una copia de “Derechos de los participantes” y una copia del aviso del Departamento de Servicios Sociales de California, “Sus derechos conforme a los programas de beneficios públicos de California”.

Por la presente, doy fe de la firma anterior:

Firma del MSSP: _____ Fecha: _____

El solicitante recibió una copia de este formulario en esta fecha: _____