

Apéndice 10- Solicitud de Ingreso en MSSP Según los Procedimientos de Consideración Institucional de Medi-Cal

Oficina MSSP: _____

Nombre del solicitante: _____

Medi-Cal Numero: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal: _____

Solicito ingresar al Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program - MSSP). Estoy de acuerdo en cooperar con el personal de MSSP que determinará si soy elegible para el programa y, de ser aceptado, trabajará conmigo para obtener los servicios sociales y médicos que necesite.

Si soy elegible y elijo ingresar, entiendo que:

- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, retirarme del programa y decidir seguir viviendo donde vivo ahora. Nadie me obligará a cambiar mi forma de vida o domicilio.
- Si se me da de baja o me retiro del MSSP de forma voluntaria, esto afectará otros beneficios médicos Medi-Cal para los que sea elegible. Mis beneficios Medi-Cal están asociados a la elegibilidad continua del MSSP: si ya no soy elegible para MSSP, o me retiro de forma voluntaria del programa, los beneficios Medi-Cal también serán concluidos.
- MSSP es una alternativa a vivir en un centro de convalecencia. Prefiero ingresar al MSSP y permanecer en mi hogar.
- No tengo que contestar ninguna pregunta que no sea relevante para determinar los servicios que me corresponde recibir.
- Participaré en el proceso de decidir qué servicios necesito. Se me notificará de los servicios que me corresponde recibir y cualquier cambio que se haga a estos arreglos.
- Todos los reclamos enviados a mi nombre por Medicare, Medi-Cal y servicios sociales serán rastreados por el personal de MSSP.

- Toda la información de mi expediente MSSP es confidencial. Esto incluye información médica e información general. La información general, abierta según mi autorización, será vista solo por el personal y los consultores del MSSP, aquellos que me presten los servicios y los que la ley prevea.
- La información médica que autorizo entregar al MSSP se debe mantener confidencial según lo requiere la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)). Reconozco que la Oficina de MSSP me proveyó de un aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA.
- Como en el caso de otros servicios a largo plazo de Medi-Cal que recibo, ya que el MSSP también obtiene fondos de Medi-Cal, el estado puede también buscar recuperar el costo de esos servicios de mis bienes personales luego de mi muerte.
- La información de mi expediente es confidencial. Será vista solo por el personal y los consultores del MSSP, aquellos que me presten los servicios y los que la ley prevea.
- Tengo el derecho de obtener administración de cuidado/servicios por MSSP u otra organización autorizada.
- Sólo recibiré servicios MSSP mientras existan fondos estatales o federales. Además, no seré elegible para el MSSP si: el costo de atenderme es mayor que el presupuesto estimado para mi cuidado; MSSP determina que ya no puedo beneficiarme a través de esos servicios; el riesgo inminente de ser internado en una institución deja de existir; o si dejo de ser elegible para los beneficios Medi-Cal.
- Puedo solicitar una Audiencia Estatal si mi solicitud de ingreso al programa es rechazada, si se me da de baja en el programa, o si no estoy conforme con los servicios que reciba.

Todas las preguntas que tenía hasta este momento sobre el MSSP fueron contestadas en su totalidad. Cuando tenga otras preguntas deberé contactar a:

Personal del MSSP: _____ Teléfono: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

California Department of Aging, Multipurpose Senior Services Program
MSSP Site Manual

Expliqué el MSSP y el tipo del compromiso pedido al solicitante. Contesté todas las preguntas sobre el MSSP que el solicitante me formuló en persona o a través de terceros que actúan en su representación. Entregué al solicitante una copia de este formulario y una copia de "Derechos del cliente" o del aviso equivalente en su condado.

Por la presente, doy testimonio de la firma precedente:

Firma MSSP: _____ Fecha: _____

El solicitante recibió copia de este formulario el día: