

Apéndice 11a - SPAN Solicitud de Servicios de Desinstitucionalización

MSSP Oficina Nombre: _____

Nombre del solicitante: _____

Medi-Cal Numero: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal: _____

Solicito servicios del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program - MSSP). En particular, solicito asistencia en mi transición de vivir en una institución a volver a vivir en la comunidad. 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 de estos servicios de desinstitucionalización de forma voluntaria, esto no afectará otros beneficios sociales o médicos para los que sea elegible.
- Participaré en el proceso de decidir qué servicios de desinstitucionalización necesito. Se me notificará de los servicios que me corresponde recibir y cualquier cambio que se haga a estos arreglos.
- No tengo que contestar ninguna pregunta que no sea relevante para determinar los servicios que me corresponde recibir.
- 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 en los que la ley prevea.
- La información médica que autorizo entregar a 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 dio un aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA.

California Department of Aging, Multipurpose Senior Services Program

MSSP Site Manual

- Sólo recibiré servicios de desinstitucionalización mientras existan fondos estatales o federales.
- Entiendo que, al momento de mi muerte, el estado debe recuperar el costo de determinados servicios Medi-Cal que haya recibido. Los servicios Medi-Cal recuperables incluyen los costos de atención en centros de convalecencia y otros servicios a largo plazo como el MSSP.
- 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. La Audiencia puede ser solicitada por escrito a:

**California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 95814**

También la puedo solicitar por teléfono a la Unidad de Preguntas Y Respuestas Públicas:

Número gratuito: 1.800.952.5253

TDD para sordos: 1.800.952.8349

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

Personal de MSSP: _____ Teléfono: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Por la presente, doy testimonio de la firma precedente:

Expliqué los servicios de desinstitucionalización y la naturaleza 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.

Firma MSSP: _____ Fecha: _____

El solicitante recibió copia de este formulario el día: _____