Solicitud de servicios de deinstitucionalización

Local del MSSP:_____

Nombre del solicitante:_____

Identificación de Medi-Cal:_____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:_____

Solicito ayuda para hacer la transición de vivir en un centro a vivir en la comunidad. Específicamente, solicito servicios del Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP). 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 de estos servicios de transición o retirarme voluntariamente de ellos no afectará otros beneficios médicos o sociales que reúna los requisitos para recibir.
- Participaré en el proceso para determinar los servicios de transición que necesito. Se me informará sobre los servicios que recibiré y cualquier cambio posterior que se haga en estos acuerdos.
- No tengo que responder ninguna pregunta que no sea pertinente para determinar los servicios que recibiré.
- Toda la información contenida en el expediente de mi caso del MSSP es confidencial. Solo podrán consultarla el personal y los consultores del MSSP, las personas que me prestan servicios (incluido mi plan de salud de atención administrada) y quienes estén autorizados por 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.
- Solo recibiré servicios de transición mientras haya fondos federales y estatales disponibles. No puedo recibir servicios de transición de

más de un programa financiado por Medi-Cal a la vez (por ejemplo, los Servicios de Transición Comunitaria de California, entre otros). 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.

- 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 también puede intentar recuperar de mis bienes hereditarios, después de mi fallecimiento, el costo de esos servicios.

Puedo solicitar una Audiencia Administrativa Estatal si se rechaza mi solicitud de servicios, si se me da de baja de los servicios 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:_____

Por la presente, doy fe de la firma anterior. He hecho lo siguiente:

- Expliqué los servicios de desinstitucionalización, el MSSP y la naturaleza de la participación que se solicita de la persona.
- Respondí las preguntas que hizo la persona o las personas que preguntaron en su nombre.
- Le proporcioné a la persona una copia de este formulario.
- Le proporcioné a la persona 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”.

Firma del MSSP:_____ Fecha:_____

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