Solicitud para el Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores

Local del MSSP: _____

Nombre del solicitante: _____

Identificación de Medi-Cal: _____ Teléfono: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Solicito participar en el Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP). Acepto colaborar con el personal del MSSP que determinará mi elegibilidad para el programa y, si se me acepta, trabajaré con dicho personal para obtener los servicios sociales y de salud que necesito.

Si reúno los requisitos y decido participar, entiendo que:

- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, retirarme del programa y decidir continuar viviendo donde vivo actualmente. No se me obligará a cambiar mis condiciones de vivienda.
- La dada de alta o la retirada voluntaria del MSSP no afectarán otros beneficios médicos o sociales que reúna los requisitos para recibir.
- 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 de decidir los servicios que necesito. Se me notificará cuáles son los servicios que recibiré y cualquier cambio posterior que se haga en dichos arreglos.
- El personal del MSSP llevará un registro de todos los reclamos presentados en mi nombre para Medicare, Medi-Cal y 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. Mi información que no es de salud, divulgada con mi autorización, solo podrá ser consultada por el personal y los asesores del MSSP, las personas que me prestan servicios —incluido mi plan de salud de atención administrada— y según lo disponga la ley.

- La información sobre mi salud que yo autorice proporcionar al MSSP 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 con otros servicios de cuidado a largo plazo de Medi-Cal que recibo, dado que el MSSP también recibe fondos de Medi-Cal, el Estado puede solicitar que se recuperen de mi patrimonio sucesorio los costos de esos servicios después de mi fallecimiento.
- Tengo derecho a que el MSSP u otra organización calificada de mi elección me proporcione administración de la atención o servicios.
- Solo recibiré servicios del MSSP mientras haya fondos federales y estatales disponibles. Además, dejaré de reunir los requisitos para el MSSP si el costo de prestarme servicios excede las cantidades presupuestadas para mi atención; si el MSSP determina que ya no puedo beneficiarme de los servicios; si ya no existe el riesgo inminente de que se me ingrese en una institución; si dejo de reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal; o si me niego o no puedo cumplir los requisitos del programa, como las visitas obligatorias a mi hogar.
- Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal si se deniega mi solicitud de participación, si se me da de alta 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. Si tengo 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 al solicitante. He respondido las preguntas sobre el MSSP formuladas por el solicitante o por las personas que preguntan en nombre de este. He entregado al solicitante una copia de este formulario, una copia del documento “Derechos del participante” y el aviso del Departamento de Servicios Sociales de California, “Sus derechos conforme a los programas de beneficios públicos de California”.

Por medio de la presente, doy fe de la firma anterior:

Firma del MSSP: _____ Fecha: _____

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