

Solicitud de Servicios de Desinstitucionalización

Oficina *MSSP*: _____

Nombre del solicitante: _____

Nº Medi-Cal: _____ Teléf: _____

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.
- 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
 P.O. Box 944243, 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.

El solicitante recibió copia de este formulario el día: _____