Derechos del participante en el MSSP

Le damos la bienvenida al Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP). El objetivo de nuestros servicios de administración de la atención es evitar o retrasar el ingreso de nuestros participantes a un centro de enfermería especializada. Para lograrlo, coordinamos y supervisamos diversos servicios de apoyo disponibles en la comunidad.

Su administrador de la atención colaborará con usted para identificar sus fortalezas, recursos, prioridades, intereses y necesidades. Al menos una vez al año, se realizará una evaluación formal de su situación. En ese momento, se elaborará un plan para sus servicios, denominado plan de atención. Para coordinar los servicios que usted necesita, su administrador de la atención primero debe evaluar y utilizar la ayuda disponible mediante sus familiares y amigos; los programas disponibles en la comunidad constituyen la siguiente prioridad. Si aún necesita servicios adicionales después de que se hayan agotado esos recursos, es posible que el MSSP pueda comprar algunos servicios para usted. Los servicios que pueden estar disponibles mediante el MSSP incluyen: Cuidado diurno para adultos, reparaciones menores y mantenimiento del hogar, servicios suplementarios de ayuda doméstica, cuidado personal y servicios de protección, administración de la atención, cuidado temporal, transporte, servicios de comidas y servicios de comunicación.

Tanto usted como su administrador de la atención tienen responsabilidades en el MSSP.

Es su responsabilidad:

- Proporcionar la información necesaria para elaborar sus planes de atención.
- Colaborar con su administrador de la atención y con los demás proveedores de los servicios que recibe.
- Estar dispuesto y en condiciones de cumplir los requisitos del programa, incluidas las visitas anuales obligatorias a su hogar por parte del administrador de la atención de enfermería y del administrador de la atención de trabajo social.
- Comunicarse con su administrador de la atención, como mínimo, una vez al mes por teléfono y cada tres meses en persona o mediante telesalud en el lugar donde vive, para hablar sobre cualquier problema o inquietud que surja, así como sobre las áreas de necesidad indicadas en su plan de atención.

Es responsabilidad de su administrador de la atención:

- Informarle sobre sus derechos y responsabilidades, incluidos sus derechos a:
    - Rechazar servicios
    - Elegir los servicios y proveedores indicados en su plan de atención.
    - Elegir el lugar, el horario (dentro del horario de atención al público) y el método mediante el cual se llevará a cabo su contacto **mensual**.
    - Elegir si el contacto **trimestral** será en persona o mediante telesalud, siempre que no existan problemas de salud o seguridad que requieran una visita al hogar.

  - Solicitar que nuestra oficina local atienda cualquier queja o reclamo.
  - Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal en cualquier momento si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por nuestro programa.
- Coordinar los servicios indicados en su plan de atención.
- Proporcionarle asesoramiento y consejos.
- Notificarle antes de que se realice cualquier cambio importante que afecte su plan de atención, incluido el cierre de su caso.
- Mantener la confidencialidad de su información.

Nuestra intención es brindar servicios de alta calidad que satisfagan sus expectativas. Sin embargo, si tiene una queja o pregunta, o si no está satisfecho con nuestras decisiones o servicios, hable al respecto con su administrador de la atención. Si usted y su administrador de la atención no pueden resolver el problema, puede solicitar una reunión con el supervisor de su administrador de la atención: _____ al número de teléfono _____.

Puede tener a un familiar o representante con usted en cualquier momento para reunirse con el personal de nuestro programa.

Según nuestra experiencia, la mayoría de las preguntas pueden resolverse a nivel del programa local. Sin embargo, usted tiene derecho a iniciar una solicitud de audiencia imparcial estatal formal de Medi-Cal en cualquier momento.

La mejor manera de solicitar una audiencia es completar la información del formulario adjunto y enviarlo a:

Correo postal:	**California Department of Social Services** **State Hearings Division** **P.O. Box 944243, Mail Station 21-37** **Sacramento, CA 94244-2430**
Fax:	**(833) 281-0905**
Correo electrónico:	**SHDCSU@DSS.ca.gov**
En línea:	**acms.dss.ca.gov** Haga clic en “Crear una cuenta” para crear una cuenta de ACMS y obtener documentos en línea; o haga clic en “Presentar una apelación sin una cuenta” para presentar la solicitud sin una cuenta.

También puede solicitar una audiencia llamando a la Unidad de Consultas y Respuestas al Público al:

Número gratuito:	**1-800-952-5253**
TDD para personas sordas:	**1-800-952-8349**