

Solicitud de exención Home and Community-Based Alternatives (HCBA)

Complete y envíe esta solicitud de seis páginas para solicitar la exención HCBA.

► Para recibir esta información en español, llámenos al número siguiente: (833) 388-4551.

Nombre del solicitante:

Número de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Casado: ☐ Sí ☐ No

Género: ☐ Masculino: ☐ Femenino: ☐ Transgénero de masculino a femenino: ☐ Transgénero de femenino a masculino

Fecha de presentación de solicitud:

País de residencia:

Tipo de Residencia (tipo de vivienda):

☐ En casa

☐ Hospital

Fecha de admisión:

Fecha estimada de alta:

Número de días consecutivos en el hospital:

☐ Geriátrico

Fecha de admisión:

Fecha estimada de alta:

Número de días consecutivos en el hospital:

Nombre del establecimiento:

Ciudad del establecimiento:

☐ Otro: identifique el tipo de residencia:

Otro nombre:

Otra ciudad:

Fecha de admisión (si corresponde):

Dirección postal actual del solicitante:

Calle:

Apto./Suite/Habitación:

Ciudad:

Código postal:

Department of Health Care Services
Integrated Systems of Care Division
1501 Capitol Avenue, MS 4502
P.O. Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437
Phone: (916) 552-9105
Internet Address: <https://www.dhcs.ca.gov>

Applicant's Name:

Date of Submission:

Dirección física actual del solicitante (si es diferente de la dirección postal):

Calle:

Apto./Suite/Habitación:

Ciudad:

Código postal:

Seguro de salud:

¿Medi-Cal?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, proporcione el número de Medi-Cal/número de identificación de cliente (CIN) del solicitante:

(Los números de identificación de Medi-Cal se encuentran en la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal)

Medicare:

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, ¿qué parte?

☐

Parte A

☐

Parte B

☐

Parte A y B

☐

Parte D

¿Otro seguro:?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, nombre del seguro:

Diagnóstico médico actual del solicitante: ¿Cuál es el diagnóstico médico actual del solicitante (enfermedad o lesión principal)?**Necesidades médicas adicionales:**

Marque las casillas que identifican las necesidades médicas actuales del solicitante. Utilice los espacios en blanco a continuación para identificar necesidades médicas adicionales que no figuran en la lista. Puede proporcionar comentarios adicionales en el reverso de la solicitud.

☐

Ventilador, identifique la cantidad de horas que el solicitante usa el ventilador al día:

☐

Traqueostomía

☐

Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), identifique la cantidad de horas que el solicitante usa el CPAP al día:

☐

Succión traqueal, identificar el número de veces al día:

☐

Dispositivo de presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP), identifique la cantidad de horas que el solicitante usa el dispositivo BiPAP al día:

☐

Aspiración oral, identifique la cantidad de veces al día:

☐

Tratamientos respiratorios, identifique la cantidad de tratamientos que recibe el solicitante al día:

☐

Succión nasal, identifique la cantidad de veces por día:

Applicant's Name:

Date of Submission:

- ☐ Niebla de aire ambiental
- ☐ Uso continuo de oxígeno
- ☐ Oxígeno según sea necesario
- ☐ Medicamentos orales (por la boca)
- ☐ Alimentación oral (por boca), ¿es capaz de alimentarse por sí solo? ☐ Sí ☐ No
- ☐ Incontinencia urinaria
- ☐ Medicamentos para sonda gástrica (GT)
- ☐ Alimentación por sonda gástrica (GT)
- ☐ Cateterismos de vejiga
- ☐ Medicamentos intravenosos (IV)
- ☐ Nutrición intravenosa (IV)
- ☐ Incontinencia intestinal
- ☐ Cuidados intestinales rutinarios
- ☐ Urostomía / Colostomía
- ☐ Tratamiento de dolor crónico
- ☐ Úlceras por presión/heridas abiertas
- ☐ Tratamientos de piel o heridas, número de úlceras/heridas abiertas:
- Ubicación de las heridas:
- ☐ Contracturas
- Ubicación de las contracturas:
- ☐ alguna capacidad para mover brazos o piernas, pero necesita ayuda con los cuidados. *Explique brevemente al dorso.*
- ☐ No hay movimiento de brazos ni piernas y necesita ayuda total con los cuidados. *Explique brevemente al dorso.*
- ☐ Necesidades de equipos especiales (por ejemplo, silla de ruedas, sistema de elevación, rampa, etc.) *Explique brevemente al dorso.*
- ☐ Otro
- ☐ Otro
- ☐ Otro

Applicant's Name:

Date of Submission:

¿Esta solicitud se presenta para el solicitante?

☐ Sí☐ No

1. ¿Quién tiene la autoridad legal para tomar las decisiones de atención médica del solicitante?

☐

Solicitante

☐

Otro: si la respuesta es "otro", proporcione la siguiente información:

Nombre completo:

Vínculo:

Número de teléfono:

Si corresponde, ¿este solicitante tiene documentación firmada por el representante legal o poder notarial duradero para fines de atención médica?

☐ Sí☐ No

Si corresponde, ¿se notificó al solicitante o al representante que se presentó la solicitud para inscribirlo en la exención HCBA?

☐ Sí☐ No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y cargo de la persona que completa la solicitud:

Nombre completo:

Título:

Número de teléfono:

Identifique todos los proveedores de servicios actuales del solicitante:☐**Agencia de salud domiciliaria (HHA);** brinde la siguiente información:

Nombre de HHA:

Número de horas de servicios de salud domiciliaria recibidos cada semana:

Tipos de servicios recibidos

☐

Cuidados auxiliares

☐

Asistente certificado de atención médica domiciliaria (CHHA)

☐

Servicios de enfermería, proporcionados por:

☐

RN

☐

LVN

☐**Servicios de apoyo en el hogar (IHSS);** brinde la siguiente información:

Número de horas IHSS autorizadas por mes:

Para obtener información de elegibilidad de IHSS, comuníquese con la oficina de Departamento de Servicios Sociales del Condado

y solicite apoyo de admisión de IHSS.

☐**California Children Services (CCS)**☐**Centro regional;** brinde la siguiente información:

Nombre del centro:

Nombre del coordinador de servicios:

Applicant's Name:

Date of Submission:

☐ **Centro de salud diurno para adultos (CBAS) o pediátrico;** brinde la siguiente información:

Cantidad de días por semana:

Cantidad de horas por día:

¿La escuela proporciona servicios de atención médica en la escuela? ☐ Sí ☐ No¿La escuela proporciona un asistente no médico durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No

☐ **Multipurpose Senior Services Program (MSSP)**

El MSSP es un beneficio de exención de HCBS para beneficiarios de Medi-Cal mayores de 65 años que brinda servicios generales y apoyo de enfermería. Para más información sobre este programa, ingrese a:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>

☐ **Centro de cuidados paliativos:**

El centro de cuidados paliativos es un beneficio de Medicare/Medi-Cal para beneficiarios con un diagnóstico terminal.

Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con el médico de cabecera del solicitante.

☐ **Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

PACE es un beneficio médico que proporciona todos los servicios preventivos, primarios, agudos, de atención a largo plazo, sociales y de rehabilitación necesarios a través de un programa integral para personas mayores elegibles, de 55 años o más. Para obtener más información, llame al 1-877-633-7223 o ingrese a <https://CALPACE.org>.

☐ **Senior Care Action Network (SCAN)**

El plan de salud SCAN es un plan de Medicare Advantage para necesidades especiales que ofrece servicios de salud y atención a largo plazo a beneficiarios elegibles de Medicare/Medi-Cal mayores de 65 años. Para obtener más información, llame al 1-877-452-5898 o ingrese a <https://www.scanhealthplan.com>

Attn: HCBA Intake Coordinator
Department of Health Care Services
Integrated Systems of Care Division
P.O. Box 997437

Or submit the application by FAX: (916) 552-9149
or email to caremanagement@dhcs.ca.gov

Applicant's Name:

Date of Submission:

DHCS cumple las leyes federales y estatales aplicables en materia de derechos civiles. DHCS no discrimina ilegalmente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. La DHCS no excluye ilegalmente a personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. La información personal y médica recopilada en y con este formulario es confidencial, sujeta al aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) que se puede encontrar aquí:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. El Departamento de Servicios de Atención Médica necesita la información para determinar las necesidades preliminares del solicitante y su posible elegibilidad para servicios médicos/conductuales a través de las exenciones Home and Community Based Services (HCBS). DHCS no utilizará ni divulgará la información para otros fines excepto con su permiso o según lo permita la ley. Debe proporcionar toda la información solicitada en este formulario. Si no proporciona toda la información solicitada, no podremos procesar su solicitud de inscripción en las exenciones HCBS. Las personas a quienes pertenece esta información tienen derecho a acceder a ella.

El DHCS está autorizado a recopilar esta información de conformidad con la Sección 14000 del Código de Bienestar e Instituciones (W&I) y como agencia aprobada por los CMS responsable de la administración de la exención Home and Community Based Alternatives (HCBA). Este aviso de privacidad proporcionado aquí es requerido por la sección 1798.17 del Código Civil de California.