**Hoja de trabajo de elegibilidad de exención de los Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (Home and Community Based Services, HCBS Waiver Eligibility Work Sheet)**

**de iBudget Florida**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:**  **N.º de SS\*: \_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Región: \_****\_\_\_\_\_\_ Fecha de vigencia del plan de apoyo: \_****\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| 1. **Nivel de elegibilidad del cuidado:**   El individuo es un cliente de la Agencia para Personas Discapacitadas (Agency for Persons with Disabilities, APD), con una discapacidad del desarrollo que cumple con uno de los siguientes criterios y es elegible para recibir los servicios proporcionados en un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Intermediate Care Facility for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD). Revise que los criterios se cumplen.  Opción A.  La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (Intelligence Quotient, IQ) de 59 o menos.  Opción B.  La discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (IQ) de 60 a 69 y el individuo tiene, por lo menos, una de las condiciones de minusvalía O la discapacidad principal del individuo es una discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual (IQ) de 60 a 69 y el individuo tiene limitaciones funcionales graves en, por lo menos, tres de las actividades cotidianas más importantes. Por favor, marque todas las condiciones de minusvalía y actividades cotidianas más importantes que apliquen.  Opción C.  El individuo es elegible, conforme a la categoría de autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de Prader Willi, espina bífida o síndrome Phelan McDermid y el individuo tiene limitaciones funcionales graves en, por lo menos, tres de las actividades cotidianas más importantes. Por favor, marque todas las condiciones de minusvalía y actividades cotidianas más importantes que apliquen. | | | | |
| **Condiciones de minusvalía** | | | **Actividades cotidianas más importantes** | |
| Deficiencias en el andar  Deficiencias sensoriales  Problemas crónicos de salud  Síndrome Phelan McDermid | Problemas de conducta  Autismo  Parálisis cerebral  Síndrome de Down | Epilepsia Espina bífida  Síndrome de  Prader-Willi | Autocuidado  Uso y entendimiento del lenguaje  Aprendizaje | Movilidad  Autodirección  Capacidad para vivir de forma independiente |
| **Elegibilidad de Medicaid:** El individuo tiene un número vigente de Medicaid. N.° de Medicaid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  * 1. El individuo fue referido para elegibilidad de Medicaid el  \_(DD/MM/AAAA)   El resultado fue: Elegible  No elegible  Fecha de la determinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Determinación de la elegibilidad:** Marque la declaración correcta:  1. El individuo cumple con el Nivel de Elegibilidad del Cuidado (Level of Care Eligibility) (I), tiene un número de Medicaid (IIA) y es elegible para los servicios de exención (waiver services).  1. El individuo no cumple con el nivel de elegibilidad del cuidado médico en I o II y, por lo tanto, no es elegible para los servicios de exención.   Coordinador de apoyo (firma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Elección:**  Para completarse solo al momento de la inscripción inicial de la exención (Waiver enrollment) y cada 365 días después. He recibido una explicación de los servicios basados en el hogar y la comunidad.**(ELIJA UNO DE LOS SIGUIENTES)**  1. Se me ofrecieron los servicios de exención (waiver services) y elijo recibir los apoyos y servicios basados en el hogar y la comunidad. Entiendo que puedo seleccionar entre los proveedores inscritos elegibles para proveer servicios.  1. Elijo recibir los servicios institucionales y prefiero que los servicios sean proporcionados en un ambiente institucional.   Individuo (firma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante legal o testigo (firma):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en imprenta del representante legal o testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

\* **La ley federal exige recabar su número de seguro social como una condición de elegibilidad para los beneficios de Medicaid bajo el 42 U.S.C. 1320b-7, y la agencia solicitará, utilizará y revelará el número para propósitos administrativos como lo autoriza la ley.**