

INSTRUCCIONES PARA EL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN

Se debe informar a las personas elegibles sobre las opciones de atención y se les debe dar la opción de elegir entre servicios institucionales o domiciliarios y comunitarios. Durante una reunión cara a cara, el administrador de atención dará información y analizará la libertad de elección. La persona o sus padres/tutores/representante legal autorizado deben firmar el formulario de Libertad de Elección e indicar su decisión de participar en HCBS 1915 (c) Children's Waiver. Este formulario debe tener fecha y testigos; conservarse como parte del archivo del miembro/padre o madre/tutor/representante legal autorizado y se debe dar una copia para el miembro/padre o madre/tutor/representante legal autorizado, a pedido.

Información del niño/joven

Nombre del niño/joven

Fecha de nacimiento

Recibí y entendí lo siguiente:

- Información sobre alternativas conforme a Children's Waiver, y la elección de admisión a un entorno institucional o Servicios en casa y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) conforme a 1915(c) Children's Waiver (42 CFR §441.302(d)).
- Información sobre las opciones de servicios disponibles, incluido el programa y cómo acceder a los servicios y apoyos para conectarse con los recursos y proveedores de la comunidad.
- Una lista de Casas de Salud (Health Homes, HH), Agencias de Administración de Atención (Care Management Agencies, CMA) y proveedores de servicios en mi área, incluidos los proveedores de Servicios en casa y la comunidad (HCBS).

Entiendo lo siguiente:

- Solicito la participación en HCBS 1915 (c) Children's Waiver, si se cumplen los requisitos de elegibilidad y hay lugar disponible.
- La participación se basará en mi elección de HCBS para apoyar la permanencia en la comunidad y en casa.
- Se me ha otorgado el derecho a elegir la agencia que dará la coordinación de la atención para mi HCBS, la administración de atención de HH, los CMA o los Servicios de Evaluación para Niños y Jóvenes (C-YES).
- Se me ha dado el derecho a elegir los servicios y proveedores de servicios disponibles en mi área.

Los inscritos por primera vez a Children's Waiver, elijan una de las siguientes opciones:

- Elijo inscribirme en el programa de administración de atención de HH y se me dio la opción de elegir las HH o las CMA disponibles para trabajar.
O
- NO** deseo inscribirme en el programa de administración de atención de HH. Elijo recibir los servicios y apoyos de HCBS 1915 (c) Children's Waiver a través de C-YES. (Complete la exclusión voluntaria de HH DOH-5059).
O
- Se cumplen los requisitos de elegibilidad; sin embargo, elijo no participar en HCBS 1915(c) Children's Waiver.

Para la redeterminación anual de Children's Waiver, elija lo siguiente:

- YA NO QUIERO** seguir o continuar con la elegibilidad para los servicios del programa HCBS 1915 (c) Children's Waiver. Entiendo que puedo solicitar una determinación de elegibilidad en una fecha posterior.
O
- Quiero seguir siendo elegible para los servicios del programa HCBS 1915 (c) Children's Waiver y mi agencia de coordinación de atención actual.
Y
- Confirmando que recibí los resultados de mi evaluación anual de redeterminación de elegibilidad de HCBS.

Con la firma de este formulario de Libertad de elección, confirmo que mi administrador de atención me ha explicado cada sección, lo que incluye cómo presentar un incidente crítico, reclamo formal o queja, y se me ha entregado el Folleto de Derechos y Responsabilidades del Participante de Children's Waiver.

Solicitante (para personas mayores o menores de 18 años que sean padres, estén embarazadas o casadas y puedan dar su consentimiento)

En letra de molde

Firma

Fecha

Padre o madre/tutor legal/representante legal autorizado (para personas menores de 18 años que no puedan dar su consentimiento)

En letra de molde

Firma

Fecha

Administrador de atención de HH/Testigo

En letra de molde

Firma

Fecha