Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

Programa de Servicios en el Hogar (HSP) - Solicitud y Acuerdo Para Redeterminación de Elegibilidad

Mi representante HSP: _____ Núm. de Teléfono HSP: _____

Oficina Local:

Número Fax HSP: _____

Información General y Elegibilidad

* Me han informado que debo comunicarme con la oficina de HSP para cambios de dirección, número de teléfono, individuos que viven conmigo en el hogar, estado civil y cambios económicos significantes.

* Me han informado que la oficina de HSP tiene que ser notificada por mi o por otra persona sobre la fecha de admisión y de darme de alta en cada hospitalización y cualquier admisión a un asilo o centro de rehabilitación.

* Yo entiendo que si ocurre mala representación o fraude mientras reciba HSP, habrá una investigación y acción legal incluyendo proceso criminal contra aquellos que cometieron el acto.

* Me han informado que si soy víctima de abuso, negligencia o explotación, debo informarle a mi representante de HSP y a la Oficina del Inspector General.

* Me han informado que mi representante HSP determinará el nivel apropiado de cuidado que es mejor para mis necesidades.

* Yo entiendo que es necesario que yo cumpla con los requisitos del programa y que continúe cumpliendo todos los criterios de elegibilidad para recibir servicios por medio de HSP.

  * Tener menos de 60 años de edad cuando solicita, sin limite de edad cuando solicita para SIDA o BI excepción
  * Ser residente del Estado de Illinois
  * Ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero legalmente admitido
  * Tener una discapacidad severa que durará más de un año
  * Tener un puntaje DON de 29 puntos o más
  * Tener menos de $17,500 en bienes o $35,000 en bienes de la familia para un niño menor de 18 años de edad
  * Se satisfacerán las necesidades a un costo igual o menor que el costo de servicios de enfermería en una institución
  * Se debe obtener la Certificación de un médico para certificar el riesgo de ponerlo en una institución y que los servicios pueden ser provistos con seguridad en el hogar
  * Cooperar completamente con el proceso de solicitud de Medicaid

* Yo entiendo que debo solicitar para Medicaid y mantener la elegibilidad para Medicaid a menos que se mi representante de HSP me informe lo contrario.

* Yo entiendo que si me niengan Medicaid porque no he cooperado yo no seré elegible para HSP.

* Yo entiendo que yo debo solicitar y usar otros servicios y bienes disponibles que pueden satisfacer mis necesidades. Estos pueden afectar mi elegibilidad para HSP e impactará los servicios que recibo.

* Yo entiendo que mi caso será revisado por lo menos cada _____ meses y yo tengo que cooperar con las evaluaciones en persona. Si no coopera puede resultar en que no se paguen los servicios.

* Se me ha informado que puedo pedir una re evaluación cuando haya un cambio en mi condición o necesidades.

Iniciales: _____ Yo verifico que he recibido la información indicada arriba.

Programa de Servicios en el Hogar (HSP) - Solicitud y Acuerdo Para Redeterminación de Elegibilidad

Preferencia

* Se me ha dado a escoger la colocación en una institución de asilo, y decidí solicitar para recibir servicios en mi hogar, si soy elegible.

* Yo entiendo que tengo la opción de hacer selecciones personales con relación a cómo vivir mi vida, pero entiendo que esas elecciones pueden afectar mi habilidad para que el programa HSP sirva mis necesidades.

* Yo he participado en el desarrollo de mi plan de cuidado y en seleccionar los tipos de servicios y de proveedores.

* Yo entiendo que recibiré una copia de cada plan de servicios y cualquier cambio posterior del plan.

Iniciales: _____ Yo verifico que he recibido la información indicada arriba.

Servicios

* Yo entiendo que los servicios provistos por medio de HSP son para satisfacer mis necesidades esenciales y están basados en la Determinación de la Necesidad.

* Yo entiendo que los servicios que recibo son para mis necesidades indicadas en mi plan de servicio y no para las necesidades de otros individuos de mi hogar.

* Yo entiendo que debo cooperar con todos los proveedores para asegurar que los servicios sean provistos para satisfacer mis necesidades.

* Yo entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de Salud Pública para información sobre asistentes de enfermeras certificadas (CNA)o con el Departamento de Regulaciones Profesionales y Financieras para información sobre alguna enfermera práctica con licencia (LPN) o enfermera registrada (RN) que yo emplee y haya alegaciones de abuso, negligencia o robo.

* Se me ha informado que puedo pedir, y me han exhortado a pedir una revisión de los antecedentes penales de empleados. HSP cubrirá el costo de la revisión de antecedentes y no afectará mis servicios.

* Si empleo a un asistente personal (PA), entiendo que es mi responsabilidad asegurar lo siguiente:
  * Se notifica a la oficina HSP dentro de las 24 horas de cualquier incidente cuando se lastime el PA en el trabajo. El cliente o proveedor completará y enviará por correo o por fax el formulario de Reporte del Proveedor que se Lastima a la oficina HSP dentro de las 24 horas después de haberlo reportado.
  * Se entregará toda la documentación necesaria a la oficina local HSP antes de empezar el empleo.
  * El PA sólo someterá para pagos las horas de trabajo actual y aprobadas.
  * El trabajador y yo revisaremos la Hoja de Horario de Trabajo para verificar la información.
  * El trabajador revisará el Plan de Servisios conmigo, entenderá mis necesidades, tendrá la capacidad física para hacer las tareas bajo mi dirección y no tener una condición médica que se agravará por los requisitos de trabajo
  * El formulario Ultimo Día de Empleo del PA será entregado a la oficina HSP cuando se termina el empleo del PA
  * La Hoja de Horario de Trabajo no se firmará ni se someterá antes del último día de trabajo en un periodo de pago
  * Mi asistente Personal recibirá una copia de mi plan de servicio y cualquier cambio que tenga que tenga.
  * Se me ha informado que si necesito un Asistente Personal en mi trabajo, para ir de vacaciones, o mientras esté hospitalizado, yo debo comunicarme con mi representante HSP para pedir aprobación para servicios pagados.
  * Yo tengo o recibiré un paquete para el cliente y me informaron que las copias de documentos sobre mis servicios HSP se deben guardar en un expediente.

pagados. _____ Yo verifico que he recibido la información indicada arriba.

Programa de Servicios en el Hogar (HSP) - Solicitud y Acuerdo Para Redeterminación de Elegibilidad

Derechos

* I certifico que se me ha entregado y explicado la Hoja de Información sobre Apelaciones de HSP. Yo entiendo que tengo derecho a no estar de acuerdo con ello, y que puedo apelar cualquier decisión o falta de acción por parte de DRS.

* Se me ha informado que mi derecho de apelar incluye el derecho de apelar mi Plan de Servicios.

* Yo entiendo que tengo 30 días desde la fecha en que recibo el aviso sobre la decisión (verbal / escrita) para registrar una apelación, o que tengo 35 días desde la fecha postal del Aviso sobre Servicios (IL488-0141) si me notifican por correo.

* La falta de cumplir con estos plazos de tiempo puede resultar en que se me niegue el pedido de apelación.

* Se me ha informado que los servicios de cuidados en el hogar continuarán durante el proceso de apelación a menos que HSP determine que hay evidencia de fraude, abuso, o negligencia.

Iniciales: _____ Yo verifico que he recibido la información indicada arriba.

Me han explicado el Programa de Servicios en el Hogar Solicitud y Acuerdo para Redeterminación de Elegibilidad y me han dado una copia para mis registros.

_____ _____
Firma del Cliente / Tutor / Representante del Cliente Fecha

_____ _____
Representante HSP Fecha