



## PETICIÓN DE PROGRAMA ALTERNATIVO DIURNO

**Complete en línea e imprima.**

Este formulario se usa para solicitar todos los servicios del programa diurno, excepto los servicios diurnos comunitarios 31U y 31C (en el sitio y fuera del sitio). La agencia solicitante completa las Secciones 1, 2 y 3. La agencia ISC completa la Sección 4. El personal de la división completa la Sección 5. La agencia solicitante debe obtener la aprobación previa de la División DD para proporcionar, facturar y recibir el pago por estos servicios. Consulte el Manual de exención de Medicaid para ver las descripciones de los programas de días alternativos. Se devolverán las solicitudes que falten información, documentos adjuntos requeridos o firmas. La autorización, si se aprueba, se comunicará a la agencia a través de un memorando de cambio de agencia y una hoja de tarifas actualizada.

**1. Información de identificación (Complete todos los elementos)**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Individuo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad y estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ RIN: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia solicitante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

**2. Programa de Día Alternativo Solicitado (Marque uno) (Incluir Adjuntos Requeridos)**

Programa diurno residencial mejorado (anteriormente Día en el hogar) (Código de programa 37U) - Programa de exención Nombre de la agencia CILA: \_\_\_\_\_

Para el Programa diurno residencial mejorado (anteriormente Día en el hogar), adjunte una copia de la estrategia de implementación actualizada con un cronograma diario detallado que incluya el tiempo que el personal estará involucrado con la persona, el tipo de actividades en el hogar, las actividades comunitarias, el cronograma y los materiales. Esta parte de la estrategia debe explicar cómo se abordarán las necesidades identificadas. Si una persona no asiste a un programa diurno debido a problemas de comportamiento o médicos, entonces la estrategia debe abordar los problemas de comportamiento o médicos.

Programa de cuidado diurno para adultos (Código de programa 35U) - Programa de exención  
 Para el cuidado diurno de adultos, el proveedor debe tener una licencia del Departamento de Asuntos sobre la Vejez de Illinois y estar inscrito como un proveedor de exención 35U con la División de Discapacidades del Desarrollo.

35U Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_

**Programa de Empleo con Apoyo de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD SEP)**

El servicio DDD SEP y los códigos de facturación se pueden solicitar para soportes individuales, soportes grupales o ambos. Las solicitudes deben clasificarse correctamente como Nuevas/Iniciales o Revalidación. DDD SEP solo será autorizado para apoyos relacionados con el Empleo Integrado Competitivo y se requiere documentación específica para cada tipo de DDD SEP solicitado. Utilice las opciones y casillas de verificación a continuación para identificar la solicitud como Nueva/Inicial o Revalidación y los tipos aplicables de DDD SEP que se solicita. Todas las solicitudes de DDD SEP requieren versiones completamente completas y precisas de la Solicitud del Programa de Día Alternativo (ADPR) y el Cuestionario de Empleo con Apoyo (SEQ). A continuación se indican los requisitos de documentación adicional.

Solicitud Nueva/Inicial para DDD SEP Individual (36U)  Solicitud Nueva/Inicial para DDD SODC SEP Individual (34U)

Solicitud Nueva/Inicial para el Grupo DDD SEP (36G y 33G)  Solicitud Nueva/Inicial para el grupo DDD SODC SEP (32G y 34G)

*Solicitudes Nuevas/Iniciales para DDD SEP Individual y DDD SODC SEP Individual requieren una copia completa del Aviso de Cierre de la División de Servicios de Rehabilitación (IL488-0717W), que indica el cierre exitoso y está fechado dentro de los 90 días posteriores a la solicitud.*

*Las solicitudes nuevas/iniciales para el Grupo DDD SEP y el Grupo DDD SODC SEP requieren la verificación de que el programa de empleo grupal y el entorno hayan sido validados a través de la Regla de Configuración de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).*

Solicitud de Revalidación para DDD SEP Individual (36U)  Solicitud de revalidación para DDD SODC SEP Individual (34U)

Solicitud de revalidación para el grupo DDD SEP (36G y 33G)  Solicitud de revalidación para el Grupo DDD SODC SEP (32G y 34G)

*Las solicitudes de revalidación se aceptarán anualmente, en un momento especificado y comunicado por DDD.*



**PETICIÓN DE PROGRAMA ALTERNATIVO DIURNO**

Grupo de Empleo con Apoyo (Códigos de programa 36G y 33G) para grupos pequeños de hasta 1:3 de personal por persona y para grupos grandes de hasta 1:6 y más de 1:3 pero no puede exceder 1:6 requiere:

- Servicios diurnos virtuales (Código de programa 31V) - Programa de exención para servicios diurnos virtuales (VDS)  
 Si la persona recibe fondos de CILA, tanto el proveedor de VDS como el proveedor residencial de la persona deben reconocer la autorización de la persona para VDS. La facturación de VDS contará contra el número total de 1,100 horas disponibles de la persona para facturar cualquier día de los servicios prestados durante el Año Fiscal del Estado (del 1 de julio al 30 de junio). Si la persona está financiada por HBS para adultos, los servicios de VDS deben incluirse en el Acuerdo de servicio y plan personal de la persona A-HBS antes de que se inicien los servicios de VDS.

Nombre de la agencia del proveedor de VDS: \_\_\_\_\_

Nombre del representante del proveedor de VDS (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del representante del proveedor de VDS: \_\_\_\_\_

**CILA, CLF o servicios en el hogar para adultos:**

A-HBS o nombre de la agencia del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del representante de A-HBS o del proveedor: (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del representante de A-HBS o del proveedor: \_\_\_\_\_

**3. Motivo de la solicitud: solo se requiere para solicitudes de 31V y 37U:** (Incluya los archivos adjuntos requeridos)

- No puede asistir a un programa CDS tradicional debido a preocupaciones con la pandemia de COVID-19.
- Tiene una enfermedad o condición(es) médica(s) o conductas inadaptadas severas que impiden la participación en un programa de habilitación vocacional o de día;
- Tiene más de 60 años y se niega a participar en el programa tradicional de habilitación diurna fuera del hogar;
- No puede ubicar un programa de servicio diurno comunitario tradicional para atenderlo o el programa de servicio diurno comunitario no es apropiado para satisfacer sus necesidades; o
- Ha optado por no participar en los servicios tradicionales de habilitación diurna a tiempo completo o parcial.

**4. ¿ISC está de acuerdo con el plan para los Servicios del Programa de Día Alternativo?**  Sí  No

Nombre de la agencia ISC: \_\_\_\_\_

Representante de ISC Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del representante de ISC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**5. ¿El personal de la división está de acuerdo con la solicitud?**  Sí  No Fecha de vigencia autorizada: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del personal de la división \_\_\_\_\_ Número de seguimiento \_\_\_\_\_

Firma del personal de la división \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

[Región o BTS. El representante es responsable de adjuntar una pantalla de impresión de CRS de los servicios financiados por DD.]