



## Formulario de referencia de Apoyos comunitarios de CalAIM

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Número de CIN: \_\_\_\_\_

**Aviso:** El miembro debe ser elegible para CalOptima Health.

**Paso 1:** Llene toda la información correspondiente a continuación y proceda con los pasos 2 y 3. Necesita llenar los espacios marcados con el signo de asterisco (\*).

### Información de la referencia:

Fecha de la referencia\*: \_\_\_\_\_ Referido por\*: \_\_\_\_\_

Agencia o relación con el miembro\*: \_\_\_\_\_

NPI del proveedor que hace la referencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Teléfono\*: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

Tipo de referencia: ☐ Rutina ☐ Urgente\*\*

\*\*Se podrá presentar una solicitud de autorización urgente si el plazo de autorización de rutina es perjudicial para la vida o la salud de un miembro, pone en peligro la capacidad del miembro para recuperar la funcionalidad máxima, o puede resultar en la pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante. Las solicitudes urgentes requieren una decisión en un plazo de 72 horas o tan pronto como lo exija el estado de salud del miembro.

### Información del miembro:

Nombre del miembro\*: \_\_\_\_\_ CIN\*: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro\*: \_\_\_\_\_ Médico general: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia del miembro\*: \_\_\_\_\_ ¿Está el miembro actualmente en el hospital? \_\_\_\_\_

**Paso 2:** Marque las casillas de los Apoyos comunitarios que el miembro está interesado en recibir. Las siguientes páginas brindan información adicional de elegibilidad sobre los Apoyos comunitarios. **Marque todas las casillas requeridas antes de enviar el formulario.**

**Paso 3:** Envíe el formulario de referencia completo y los documentos de respaldo por fax o correo postal a CalOptima Health.

## Información de contacto del plan de salud de Apoyos comunitarios de CalOptima Health

| Plan de salud de la red                          | Número de teléfono de Servicios para Miembros | Envío de referencia        | Dirección postal                                                            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>CalOptima Health Direct y planes de salud</b> | <b>1-888-587-8088</b>                         | Fax: <b>1-714-338-3145</b> | CalOptima Health<br>Attn: LTSS CalAIM<br>P.O. Box 21033<br>Orange, CA 92856 |

| Servicios de vivienda    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Servicios de navegación de vivienda (Housing Transition Navigation Services, HTNS)</b></p> <p>Asiste a los miembros a buscar, solicitar y obtener vivienda.</p> | <p><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro cumple con los siguientes requisitos de factores de riesgo sociales y clínicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> <i>Requisitos de factores de riesgo sociales:</i> Experimentar o estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si una persona está saliendo de una institución, se considerará que no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;</li> <li>- El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y</li> <li>- Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CFR, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.</li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>Requisitos de factores de riesgo clínicos:</i> Debe cumplir con uno o más de los siguientes factores de riesgo clínico calificados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> Cumple con los criterios de acceso para los Servicios de Salud Mental Especializados de Medi-Cal (SMHS);</li> <li>- <input type="checkbox"/> Cumple con los criterios de acceso para participar en el Programa de medicamentos de Medi-Cal (DMC) o en el Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS), según lo definido por la Guía de Apoyos Comunitarios del DHCS;</li> <li>- <input type="checkbox"/> Tiene una o más afecciones de salud física crónicas graves;</li> </ul> </li> </ol> |

## Servicios de vivienda

- ☐ Tiene una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o
- ☐ Mujeres embarazadas y hasta 12 meses después del parto.

**O BIEN**

☐ Se determina que el miembro califica para el alquiler transitorio. Estas personas califican automáticamente para HTNS.

**O BIEN**

☐ El miembro tiene prioridad para una unidad de vivienda permanente de apoyo o para un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada (CES) local para personas sin hogar o un sistema similar, diseñado para usar información e identificar a personas altamente vulnerables con discapacidades y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedades mentales graves, institucionalización o que requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o al salir de la cárcel o prisión.



### Depósito para vivienda

Asiste a los miembros a identificar, coordinar, obtener o financiar servicios únicos y modificaciones necesarias para permitir que una persona establezca un hogar básico (excluyendo alojamiento y alimentación).

**Seleccione si corresponde:**

☐ El miembro cumple con los siguientes requisitos de factores de riesgo sociales y clínicos:

1. ☐ *Requisitos de factores de riesgo social:* Experimentar o estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones:
  - Si una persona está saliendo de una institución, se considerará que no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;
  - El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y
  - Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CFR, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.

**Y**

2. *Requisitos de factores de riesgo clínicos:* Debe cumplir con uno o más de los siguientes factores de riesgo clínicos calificados:

- ☐ Cumple con los criterios de acceso para los Servicios

## Servicios de vivienda

Especializados de Salud Mental de Medi-Cal (SMHS);

- ☐ Cumple con los criterios de acceso para participar en el Programa de medicamentos de Medi-Cal (DMC) o en el Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS), según lo definido por la Guía de Apoyos Comunitarios del DHCS;
- ☐ Tiene una o más afecciones de salud física crónicas graves;
- ☐ Tiene una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o
- ☐ Mujeres embarazadas y hasta 12 meses después del parto.

### **O BIEN**

☐ Se determina que el miembro califica para el alquiler transitorio. Estas personas califican automáticamente para Depósitos para vivienda.

### **O BIEN**

☐ El miembro tiene prioridad para una unidad de vivienda de apoyo permanente o para un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada (CES) local para personas sin hogar o un sistema similar, diseñado para usar información e identificar a personas altamente vulnerables con discapacidades y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedades mentales graves, institucionalización o que requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o al salir de la cárcel o prisión.



### **Servicios de mantenimiento y arrendamiento de vivienda (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS).**

Ayuda a los miembros a conservar un arrendamiento seguro y estable una vez que se consigue la vivienda.

### **Seleccione si corresponde:**

☐ El miembro cumple con los siguientes requisitos de factores de riesgo sociales y clínicos:

1. ☐ *Requisitos de factores de riesgo sociales:* Experimentar o estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones:
  - Si una persona está saliendo de una institución, se considerará que no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;
  - El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y

## Servicios de vivienda

- Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CRF, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.

### Y

2. *Requisitos de factores de riesgo clínicos:* Debe cumplir con uno o más de los siguientes factores de riesgo clínicos calificados:

- ☐ Cumple con los criterios de acceso para los Servicios Especializados de Salud Mental de Medi-Cal (SMHS);
- ☐ Cumple con los criterios de acceso para participar en el Programa de medicamentos de Medi-Cal (DMC) o en el Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS), según lo definido por la Guía de Apoyos Comunitarios del DHCS;
- ☐ Tiene una o más afecciones de salud física crónicas graves;
- ☐ Tiene una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o
- ☐ Mujeres embarazadas y hasta 12 meses después del parto.

### O BIEN

☐ Se determina que el miembro califica para el alquiler transitorio. Estas personas califican automáticamente para HTSS.

### O BIEN

☐ El miembro tiene prioridad para una unidad de vivienda permanente de apoyo o para un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada (CES) local para personas sin hogar o un sistema similar, diseñado para usar información e identificar a personas altamente vulnerables con discapacidades y/o una o más afecciones crónicas graves y/o enfermedades mentales graves, institucionalización o que requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias y/o al salir de la cárcel o prisión.



### **Habilitación diurna**

Ayuda a los miembros en adquirir, conservar y mejorar sus habilidades de independencia, socialización y adaptación necesarias para vivir con éxito en su entorno habitual.

**Seleccione una que corresponda:**

- ☐ El miembro se encuentra actualmente sin vivienda.
- ☐ El miembro salió de la situación de falta de vivienda y obtuvo vivienda en los últimos 24 meses.
- ☐ El miembro está en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones:

1. Si una persona está saliendo de una institución, se considerará que

### Servicios de vivienda

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;</p> <p>2. El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y</p> <p>3. Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CRF, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.</p> |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Servicios prestados para el ingreso en un centro de atención aguda o en un centro de enfermería

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Atención de recuperación</b></p> <p>También conocido como atención de reposo médico, este servicio es para personas que están experimentando o en riesgo de quedarse sin vivienda y necesitan un entorno residencial a corto plazo donde puedan recuperarse de una lesión o enfermedad (lo que incluye una enfermedad de salud mental).</p> | <p><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b> (el miembro debe cumplir con <b>ambos</b> criterios)</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro necesita recuperación para sanar de una lesión o enfermedad.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro actualmente experimenta o está en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si está saliendo de una institución, se considerará que no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;</li> <li>2. El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y</li> <li>3. Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CRF, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.</li> </ol> <p><i><u>Adjunte el Formulario de referencia para la atención de recuperación o de alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (STPHH).</u></i></p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (Short-Term Post-Hospitalization Housing,</b></p>                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b> (el miembro debe cumplir con <b>todos</b> los siguientes criterios)</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro está saliendo de una institución, lo que incluye centros de atención de recuperación (incluidos aquellos cubiertos por apoyos comunitarios para atención de recuperación y otros centros fuera de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Servicios prestados para el ingreso en un centro de atención aguda o en un centro de enfermería

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <p><b>STPHH)</b></p> <p>Brinda a los miembros que están saliendo de una institución y que están experimentando o en riesgo de quedarse sin vivienda, la oportunidad de continuar su recuperación médica, psiquiátrica, o por trastornos por consumo de sustancias inmediatamente después de salir de la institución.</p> | <p>Medi-Cal), hospitales de internación (ya sea de cuidado intensivo, psiquiátricos o de desintoxicación y recuperación), centros residenciales para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o de salud mental, centros correccionales o centros de enfermería;</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro actualmente experimenta o está en riesgo de quedarse sin vivienda según la definición de la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales (CFR), con las siguientes tres adaptaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si está saliendo de una institución, se considerará que no tiene vivienda si ya se encontraba sin vivienda antes de ingresar, o si perdió su vivienda durante su estancia, sin importar cuánto tiempo estuvo institucionalizada;</li> <li>2. El periodo en el que se considera que una persona o familia perderá su vivienda de forma inminente se amplía a 30 días en lugar de 14 días para personas sin vivienda y 21 días para personas en riesgo de quedarse sin vivienda, de acuerdo con la definición actual del HUD; y</li> <li>3. Para la definición de estar en riesgo de quedarse sin vivienda según la sección 91.5 del 24 CFR, no se aplicará el requisito de tener un ingreso anual por debajo del 30 % del ingreso medio familiar del área, según lo determinado por HUD.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro cumple con uno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualmente recibe servicios de ECM;</li> <li>2. Tiene una o más afecciones crónicas graves;</li> <li>3. Tiene una enfermedad mental grave; o bien</li> <li>4. Está en riesgo de ser institucionalizado o de necesitar servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro presenta necesidades constantes de atención médica física o mental que, según la evaluación de un profesional calificado, requerirían atención continua en una institución si no estuviera recibiendo apoyo mediante STPHH.</p> <p><u>Adjunte el Formulario de referencia de atención de recuperación o de alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (STPHH).</u></p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Servicios de transición al hogar o comunidad</b></p> <p>Anteriormente conocidos como “Servicios de</p>                                                                                                                                                                                                             | <p><b>Revise los siguientes criterios de elegibilidad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualmente recibe servicios médicamente necesarios a nivel de atención (LOC) en un centro de enfermería, y en lugar de permanecer en el centro de enfermería o en un centro de</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



| Servicios prestados para el ingreso en un centro de atención aguda o en un centro de enfermería |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                 | transición comunitaria/transición de un centro de enfermería a un hogar”, estos servicios ayudan a las personas a integrarse nuevamente a la comunidad y evitar una institucionalización prolongada en un centro de enfermería.                                                                                                                                                                                                                                  | <p>recuperación, elige regresar a casa y continuar recibiendo los servicios médicamente necesarios LOC en un centro de enfermería; <b>y</b></p> <p>2. Ha permanecido 60 o más días en un hogar para personas mayores y/o en un centro de recuperación; <b>y</b></p> <p>3. Tiene interés de integrarse nuevamente a la comunidad; <b>y</b></p> <p>4. Puede vivir en la comunidad de manera segura, con servicios y apoyos adecuados y rentables.</p> <p><b>El miembro cumple con TODOS los criterios de esta sección para calificar:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                        | <p><b>Transiciones a centros de vida asistida (Assisted Living Transitions, ALF)</b></p> <p>Anteriormente conocido como “Transición/Derivación de un centro de enfermería a un centro de vida asistida, como centros de atención residencial para personas mayores y centros residenciales para adultos”, las Transiciones a ALF están diseñadas para ayudar a las personas a vivir en la comunidad y evitar, en la medida posible, su institucionalización.</p> | <p><b>Revise los siguientes criterios de elegibilidad:</b></p> <p>El miembro vive en un centro de enfermería y:</p> <p>1. Ha permanecido 60 o más días en un centro de enfermería; <b>y</b></p> <p>2. Está dispuesto a mudarse a un centro de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería; <b>y</b></p> <p>3. Puede vivir en una ALF de manera segura.</p> <p>El miembro ya vive en la comunidad y:</p> <p>1. Desea seguir viviendo en la comunidad; <b>y</b></p> <p>2. Está dispuesto y es capaz de vivir de manera segura en una ALF; <b>y</b></p> <p>3. Cumple con los requisitos mínimos para recibir servicios (LOC) de enfermería y, en lugar de ingresar a un centro, elige permanecer en la comunidad y recibir esos servicios médicamente necesarios LOC en un ALF.</p> <p><b>El miembro cumple con TODOS los criterios ya sea en la sección de “vive en un centro de enfermería” o “vive en la comunidad” para calificar:</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p> |

| Servicios proporcionados en el hogar |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>             | <p><b>Servicios de cuidado personal y tareas del hogar</b></p> <p>Brinda servicios a los miembros que necesitan asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), como ayuda para bañarse, vestirse, usar el</p> | <p><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de ser hospitalizado o institucionalizado en un centro de enfermería;</p> <p style="text-align: center;"><b><u>O BIEN</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro tiene deficiencias funcionales y no tiene otro sistema de apoyo adecuado;</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Y</u></b></p> <p><b>Seleccione <u>una</u> opción que corresponda:</b></p> |



| Servicios proporcionados en el hogar |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | <p>baño, moverse o alimentarse.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><input type="checkbox"/> El miembro fue referido al programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) y está buscando un cuidador a través del registro de la Autoridad Pública.</p> <p>Fecha de presentación de la solicitud de IHSS: _____</p> <p>Estado de la solicitud de IHSS:</p> <p><input type="checkbox"/> En revisión</p> <p><input type="checkbox"/> Horas de IHSS aprobados por mes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Denegada</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro actualmente recibe IHSS y necesita horas adicionales. La solicitud de reevaluación está pendiente y, mientras tanto, se necesita un cuidador para apoyo.</p> <p>Fecha de la solicitud de reevaluación: _____</p> <p>Horas de IHSS por mes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro no califica para IHSS y necesita servicios para ayudar a evitar ser institucionalizado a corto plazo en un centro de enfermería especializada (que no exceda los 60 días).</p> <p>Si está disponible, proporcione el Aviso de acción del IHSS que indique una denegación.</p> |
| <input type="checkbox"/>             | <p><b>Servicios de relevo</b></p> <p>Proporciona relevo a los cuidadores de miembros que requieren una supervisión temporal intermitente. Este servicio es distinto del relevo médico o la atención de recuperación, y proporciona descanso únicamente para el cuidador.</p> <p>El límite es 336 horas por año calendario.</p> | <p><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Miembro que vive en la comunidad y tiene limitaciones en sus actividades de la vida diaria (ADL), y que, por lo tanto, depende de un cuidador calificado que le brinda la mayor parte de su apoyo, y que requiere servicios de relevo para evitar ser institucionalizado.</p> <p><b>Responda todas las secciones a continuación:</b></p> <p>Los servicios de relevo en el hogar se brindan al miembro en su propio hogar o en otro lugar que se utilice como hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Depende de un cuidador calificado y, sin uno, el miembro necesitaría estar en un centro de enfermería.</p> <p>El miembro tiene fechas y horarios específicos en los que necesita un cuidador de relevo:</p> <p>Fechas: _____</p> <p>Horarios: _____</p> <p>El miembro recibe otros servicios que le brinda un cuidador:</p>                                                                                                                                                             |

| Servicios proporcionados en el hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)<br><input type="checkbox"/> Servicios comunitarios para adultos (CBAS)<br><input type="checkbox"/> Centro regional<br><input type="checkbox"/> Cuidador privado<br><input type="checkbox"/> No aplica<br>¿El miembro necesita servicios de un cuidador de forma inmediata?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Comidas médicamente personalizadas (Medically Tailored Meals, MTM)/Alimentos de apoyo médico (Medically Supportive Food, MSF)</b><br><br>Diseñado para abordar las enfermedades crónicas u otras afecciones graves que toman en cuenta la nutrición, lo que conlleva a una mejora en los resultados de salud y a la reducción de costos innecesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>El miembro debe tener <u>una</u> o más de las siguientes afecciones médicas:</b> <table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune<br/> <input type="checkbox"/> Cáncer<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (del corazón)<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica renal<br/> <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos u otras enfermedades pulmonares, como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<br/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca<br/> <input type="checkbox"/> Diabetes u otras enfermedades metabólicas<br/> <input type="checkbox"/> Niveles elevados de plomo<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)<br/> <input type="checkbox"/> Colesterol alto<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (del riñón)               </td> <td> <input type="checkbox"/> Hipertensión<br/> <input type="checkbox"/> Dislipidemia<br/> <input type="checkbox"/> Hígado graso<br/> <input type="checkbox"/> Malnutrición<br/> <input type="checkbox"/> Obesidad<br/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales<br/> <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional<br/> <input type="checkbox"/> Afecciones perinatales de alto riesgo<br/> <input type="checkbox"/> Trastornos mentales o del comportamiento crónicos o que provocan discapacidad<br/> <input type="checkbox"/> Otro (proporcione una explicación):<br/> <hr/><br/> <hr/><br/> <hr/> </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (del corazón)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica renal<br><input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos u otras enfermedades pulmonares, como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<br><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca<br><input type="checkbox"/> Diabetes u otras enfermedades metabólicas<br><input type="checkbox"/> Niveles elevados de plomo<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto<br><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (del riñón) | <input type="checkbox"/> Hipertensión<br><input type="checkbox"/> Dislipidemia<br><input type="checkbox"/> Hígado graso<br><input type="checkbox"/> Malnutrición<br><input type="checkbox"/> Obesidad<br><input type="checkbox"/> Derrame cerebral<br><input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales<br><input type="checkbox"/> Diabetes gestacional<br><input type="checkbox"/> Afecciones perinatales de alto riesgo<br><input type="checkbox"/> Trastornos mentales o del comportamiento crónicos o que provocan discapacidad<br><input type="checkbox"/> Otro (proporcione una explicación):<br><hr/><br><hr/><br><hr/> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (del corazón)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica renal<br><input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos u otras enfermedades pulmonares, como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<br><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca<br><input type="checkbox"/> Diabetes u otras enfermedades metabólicas<br><input type="checkbox"/> Niveles elevados de plomo<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto<br><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (del riñón) | <input type="checkbox"/> Hipertensión<br><input type="checkbox"/> Dislipidemia<br><input type="checkbox"/> Hígado graso<br><input type="checkbox"/> Malnutrición<br><input type="checkbox"/> Obesidad<br><input type="checkbox"/> Derrame cerebral<br><input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales<br><input type="checkbox"/> Diabetes gestacional<br><input type="checkbox"/> Afecciones perinatales de alto riesgo<br><input type="checkbox"/> Trastornos mentales o del comportamiento crónicos o que provocan discapacidad<br><input type="checkbox"/> Otro (proporcione una explicación):<br><hr/><br><hr/><br><hr/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ¿Tiene el miembro una dieta especial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Si respondió “Sí”, descríbala:<br><hr/><br><hr/><br><input type="checkbox"/> El miembro recibe otros servicios de entrega de comidas de programas administrados con fondos locales, estatales o federales.<br><input type="checkbox"/> El miembro se encuentra actualmente en el hospital o centro de enfermería y las comidas médicamente personalizadas son parte del plan de alta.<br>¿Tiene un refrigerador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Servicios proporcionados en el hogar |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Tiene una forma segura de recalentar las comidas?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>             | <b>Adaptaciones de accesibilidad ambiental (Environmental Accessibility Adaptations, EAA)</b><br><br>Las EAA, también conocidas como modificaciones del hogar, son adaptaciones físicas a un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o para permitir que funcione con mayor independencia en el hogar, sin lo cual el miembro requeriría ser institucionalizado.                                          | ¿Solicita un Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br><br><b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b><br><br><input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de ser institucionalizado en un centro de enfermería.<br><br><b>El proveedor debe asegurarse que:</b><br><br><input type="checkbox"/> El miembro ha hablado de la necesidad de una modificación en el hogar con su médico general.<br><br><input type="checkbox"/> El médico general documentó la necesidad médica de este servicio y proporcionará la documentación si se solicita.<br><br>¿Recibió este servicio antes?        Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/>                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>             | <b>Remediaciones para el asma</b><br><br>Puede prevenir episodios graves de asma que podrían resultar en la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización. Consiste en suministros y/o modificaciones físicas en el entorno del hogar que son necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de un miembro, o para permitir que un miembro funcione en el hogar con una menor probabilidad de experimentar episodios graves de asma. | <b>Seleccione <u>si</u> corresponde:</b><br><br><input type="checkbox"/> El miembro acudió al departamento de emergencias o tuvo una hospitalización relacionada con el asma en los últimos 12 meses.<br><br><input type="checkbox"/> El miembro acudió dos veces a un centro de cuidado urgente o tuvo dos consultas por enfermedad relacionadas con el asma en los últimos 12 meses.<br><br><input type="checkbox"/> El miembro tiene una puntuación de 19 o menos en la prueba de control del asma.<br><br><input type="checkbox"/> Un proveedor de salud calificado ha documentado que el servicio probablemente evitaría hospitalizaciones relacionadas con el asma, visitas al departamento de emergencias u otros servicios de alto costo.<br><br>¿Recibió este servicio antes?        Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> |