



Solicitud del Programa de Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

Complete y envíe esta solicitud de cuatro páginas para solicitar el Programa de Exención de HCBA.

Nombre del solicitante:

Teléfono: Fecha de Nac.: Sexo: Hombre Mujer

Casado(a): Si No Edad: Transgénero H Transgénero M

Condado de Residencia:

¿Dónde vive actualmente el solicitante?

En casa

Hospital Fecha de admisión: Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el hospital:

Centro de enfermería

Fecha de admisión: Fecha aprox. de salida:

Número de días seguidos en el centro:

Nombre-centro:

Ciudad:

Otros, tipo de domicilio:

Otro nombre:

Otra ciudad:

Fecha de admisión, si es aplicable:

Dirección Postal del Solicitante

Calle: Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal:

Calle: Apt./Piso/Habitación:

Ciudad:

Código Postal: Correo Electrónico:

Fecha de admisión:

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

Seguro de Salud

¿Medi-Cal? Sí No

En caso afirmativo, Número: (lo encontrará en la tarjeta-ID del Beneficiario Medi-Cal (BIC))

¿Medicare? Sí No

En caso afirmativo ¿Que Parte?:
Parte A Parte B Parte A y B Parte D

Otros Seguros: Sí No

En caso afirmativo, nombre del seguro:

Enumere los diagnósticos médicos **actuales** del solicitante (enfermedad o lesión principal):

Marque las casillas que identifiquen las necesidades médicas **actuales** del solicitante. Utilice los espacios en blanco a continuación para identificar las necesidades médicas adicionales que no figuren en la lista. Podrá proporcionar comentarios adicionales al reverso de la aplicación.

- Respirador, identifique el número de horas que el solicitante utiliza el respirador por día: horas
- Traqueostomía
- Dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP); cantidad de horas que el solicitante utiliza el dispositivo por día: horas
- Succión traqueal, número de veces por día:
- Dispositivo de presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP); cantidad de horas que el solicitante lo utiliza por día: horas
- Succión oral, número de veces por día:
- Tratamientos respiratorios, identifique el número de tratamientos que el solicitante recibe por día: tratamientos
- Aspiración nasal, número de veces por día:
- Nebulizador de ambiente
- Uso continuo de oxígeno
- Oxígeno según sea necesario
- Medicamentos orales (por vía oral)
- Alimentación oral (por vía oral); ¿Por si mismo? Sí No
- Incontinencia urinaria
- Medicamentos por sonda nasogástrica (GT)
- Alimentación por sonda nasogástrica (GT)
- Sondaje vesical
- Medicamentos intravenosos (IV)
- Alimentación intravenosa (IV)
- Incontinencia intestinal
- Cuidado intestinal de rutina
- Urostomía/Colostomía

Los diagnósticos médicos continúan en la siguiente página

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

Tratamiento para dolor crónico

Úlceras por presión/heridas abiertas

Tratamientos de piel o heridas, cantidad de úlceras/heridas abiertas:

Lugar de las heridas:

Contracturas

Lugar de las contracturas:

Puede mover ligeramente los brazos o las piernas, pero necesita ayuda. *Explicar brevemente al reverso.*

No puede mover los brazos o las piernas por lo que requiere de asistencia. *Explicar brevemente al reverso.*

Requiere aparato especial (por ejemplo, silla de ruedas, sistema de elevación, rampa, etc.). *Explicar...*

Otro

Otro

Otro

¿Se presentó esta solicitud para el solicitante?

Si No

1. ¿Quién tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica del solicitante?

Solicitante Correo Electrónico:

Otros, En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

Correo Electrónico:

2. Si corresponde, ¿se le notificó al solicitante o al representante legal que esta solicitud se envió para registrar al solicitante en el *Programa de Exención de HCBA*?

Si No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el título de la persona que completó la solicitud:

Nombre:

Título:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Identifique a todos sus proveedores de servicios actuales:

Médico de Atención Primaria

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Fax#

Cuidador Primario y Segundo Cuidador:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Home Health Agency (HHA), proporcione la siguiente información:

Nombre de HHA:

Número de horas de servicios de salud domiciliarios recibidos cada semana:

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

Tipo de servicios recibidos: Asistente a domicilio
Asistente Certificado para Atención Médica en el Hogar (CHHA)
Servicios de Enfermería, por cuenta de: RN , y/o LVN

In-Home Supportive Services (IHSS), proporcione la siguiente información:

Número de horas de IHSS autorizadas por mes:

Para obtener más información de elegibilidad de IHSS, comuníquese con el condado del solicitante de la oficina del Departamento de Servicios Sociales y consulte con el Departamento de Admisión de IHSS.

California Children Services (CCS)

Regional Center, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Nombre del coordinador de servicios:

Adult or Pediatric Day Health Care, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Cantidad de días por semana:

El solicitante asiste a la **escuela** fuera del hogar, proporcione la siguiente información:

Cantidad de días por semana:

Número de horas por día:

¿La escuela proporciona servicios de atención médica en la escuela? Si No

Multipurpose Senior Services Program (MSSP) Nombre de Trabajador Social: **Teléfono:**

MSSP es una prestación del Programa de Exención de HCBS para los beneficiarios de Medi-Cal mayores de 65 años que ofrece servicios generales y apoyo de enfermería. Para obtener más información sobre este programa, ingrese en: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>

Hospice

Hospice es una prestación de Medicare/Medi-Cal para los beneficiarios con un diagnóstico terminal. Para obtener más información sobre esta prestación, comuníquese con el médico del solicitante.

Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE es una prestación de Medi-Cal que ofrece todos los servicios preventivos, primarios, agudos, de atención a largo plazo, sociales y de rehabilitación a través de un programa integral para personas mayores elegibles, de 55 años o más. Para obtener más información, llame al 1-888-633-7223, o ingrese en: www.CALPACE.org.

Senior Care Action Network (SCAN)

SCAN Health Plan, como un Medicare Advantage Special Needs Plan, ofrece servicios de salud y cuidados a largo plazo a beneficiarios elegibles de Medicare/Medi-Cal mayores de 65 años. Para obtener más información, llame al 1-877-452-5898, o ingrese en: www.scanhealthplan.com.

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión:

Como delegado contratado del Departamento de Servicios de Atención Médica, Libertana Home Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Aplicación DHCS_HCBA

Una vez completado, envíe esta solicitud por correo a la siguiente dirección:

5805 Sepulveda Boulevard, Suite 605,

Sherman Oaks, CA 91411

Tel: (818) 902-5000

o mediante FAX: (818) 788-7824

Libertana Home Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Un representante de Libertana se pondrá en contacto con usted después de que se procese la solicitud.

Cualquier solicitud incompleta causará más demoras

Tenga en cuenta: los solicitantes de HCBA deben cumplir con los criterios médicos para la exención de HCBA y la solicitud no garantiza la inscripción.

Breve descripción general y el papel de Libertana como agencia de exención.

El programa de HCBA brinda servicios de administración de cuidados a personas en riesgo de internamiento en hogares del adulto mayor o instituciones. Los servicios de administración de cuidados son proporcionados por un equipo multidisciplinario que incluye una enfermera y un trabajador/a social.

El equipo de administración de cuidados coordina los servicios del plan estatal y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de cuidado y servicios del programa se brindan en la residencia del participante, que puede ser de propiedad privada, rentada a través de un acuerdo de inquilino, o la residencia de un miembro de la familia del participante.

¿Cuál es el papel de Libertana como Agencia de Programa?

Las Agencias del Programa de HCBA son organizaciones locales, no gubernamentales que son contratados por el Estado para inscribir a los participantes del Programa, realizar evaluaciones del nivel de atención, brindar administración de casos, desarrollar y revisar el Plan de Tratamiento de los participantes.

Hay varias agencias contratadas con el Departamento de Servicios de Atención Médica para administrar la exención y los miembros se asignan a una agencia según su ubicación geográfica o código postal.

Libertana no envía proveedores ni cuidadores a domicilio. En los casos en que se necesite atención de enfermería especializada para brindar la atención, Libertana puede ayudar a encontrar una agencia de salud en el hogar para brindar la atención de enfermería especializada necesaria para el participante.

Nombre del solicitante:

Fecha de admisión: