



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:

Fecha de admisión:

Seguro de Salud

¿Medi-Cal? Sí No

SSN?:

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? Si 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

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

Otros, En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

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:

Identifique a todos sus proveedores de servicios actuales:

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

Nombre de HHA:

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

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)

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.

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 o Correo: info@libertana.com

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.

LIBERTANA HOME HEALTH

Autorización para Divulgar Información Personal y de Salud

Protected Health Information (PHI), PHI son las siglas en inglés de "información médica protegida" y se utilizará en el resto de este aviso. Información personal y de salud identificable individualmente, incluidos los datos demográficos transmitidos o mantenidos en cualquier forma que se relacione con la salud física o mental de un individuo o la provisión de pago por servicios.

Yo, _____ le autorizó a Libertana Home Health la divulgación de mi PHI/PII como se describe abajo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demografía (anterior y actual) | <input type="checkbox"/> Verificación de antecedentes penales |
| <input type="checkbox"/> Diversidad y Etnicidad | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Afiliaciones Religiosas | <input type="checkbox"/> Relaciones Familiares y Amistades |
| <input type="checkbox"/> Información Financiera | <input type="checkbox"/> Otros O |
| <input type="checkbox"/> Información Médica | Exclusiones: _____ |

La(s) siguiente(s) persona(s), especificada(s) por nombre, o clase de personas pueden recibir divulgación de mi PHI/PII:

- Miembros de la familia: _____
- Cuidadores: _____
- Consejeros Espirituales y Religiosos: _____
- Propietarios y administradores de instalaciones: _____
- Servicios de transporte: _____
- Instituciones Financieras: _____
- Otro / Relación: _____

El propósito/uso de la información es para la coordinación de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud | <input type="checkbox"/> Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Estado Financiero | <input type="checkbox"/> Necesidades personales |

Otro: _____

Puedo revocar esta autorización notificando a Libertana Home Health de mi deseo de revocar. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado con base en esta autorización no se puede revertir, y mi revocación no afectará esas acciones.

Libertana Home Health
5805 Sepulveda Blvd. Suite 605 Sherman Oaks,
CA 91411
Tel. 818-902-5000 Fax. 818-902-5008

Nombre del Cliente / Firma/ Fecha

Nombre del Testigo/ Firma/ Fecha