SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

I/DD (Integral & Apoyo Comunitario) EXENCIONES DE MEDICAID
ELECCIÓN INDIVIDUAL

_____ _____
Nombre Fecha del Nacimiento

Si los resultados de evaluación indican que yo cumplo los criterios de elegibilidad funcional calificándome para servicios de cuidado a largo plazo que son esenciales para mi salud y bienestar, tengo dos opciones en donde puedo recibir mis servicios. Puedo recibir mis servicios en mi casa o en otro entorno basado en la comunidad, dentro las limitaciones del costo del programa, o en el equivalente institucional (ICF-IID, abreviación en inglés). He sido informado que si se determina que soy elegible para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, abreviación en inglés), tengo la opción de permanecer en la comunidad y recibir los servicios designados en mi Plan de Servicios Centrado en la Persona.

_____Mis iniciales indican que yo entiendo que no tengo garantía de recibir ninguna opción y puedo ser colocado en una lista de espera, dependiendo en la disponibilidad de cada servicio.

Es mi elección (marque uno):

_____ Aplicar para el ingreso en un centro de ICF/IID.

_____ Recibir HCBS dentro una exención de Medicaid para discapacidades intelectuales o del desarrollo (Integral & Apoyo Comunitario) cuando se ofrece.

Además, entiendo que no tengo garantía de recibir ninguna opción y puedo ser colocado en una lista de espera, dependiendo en la disponibilidad de cada servicio.

Mi firma verifica que he leído, o *me han* leído, mis derechos y responsabilidades y he tomado las elecciones como se indica. También, indico voluntad de participar en el diseño de mi Plan de Servicios Centrado en la Persona.

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Firma de Guardián Fecha

_____ _____
Firma de Miembro de CDDO / Gestor de Casos Fecha