ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC5 – MSCA
1 de octubre de 2012

Contrato de coordinación de servicios de Medicaid (MSCA)
Declaración de derechos y obligaciones

Nombre de la persona:

N.º de Medicaid (N.º·CIN):

El objeto de este documento es detallar sus derechos y obligaciones según lo establecido en el programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC) e indicar la ayuda que podrá brindarle el coordinador de servicios. Este documento se analizará con usted en el momento de su inscripción en el programa MSC y luego se firmará. Solo se debe firmar una vez, pero se vuelve a analizar una vez al año con el coordinador de servicios. Este documento se debe enviar al proveedor elegido toda vez que usted cambie de proveedor de MSC.

Derechos y obligaciones

Elección informada

Usted y el coordinador de servicios hablarán sobre la elección informada. El coordinador de servicios lo ayudará a realizar elecciones informadas.

Elección informada

El coordinador de servicios ayuda a las personas comprendidas en su asignación de casos, para que realicen elecciones informadas y las comprendan.

Una persona realiza una elección informada cuando toma una decisión fundada en opciones que están a su disposición, las comprende y también entiende de qué manera dicha elección afectará su vida.

Una persona puede hacer una elección informada por sí misma o puede pedir a miembros de su familia, amigos u otras personas que la ayuden, si lo necesita para tomar una decisión correcta. Las elecciones informadas pueden referirse a cuestiones cotidianas como qué ropa usar, o a otras cuestiones que pueden cambiar la vida, por ejemplo, dónde vivir, qué trabajo realizar o decidir quiénes serán sus amigos. Estas decisiones también pueden referirse a la clase de servicios o de apoyo que una persona desea o necesita, y dónde y cómo obtenerlos.

Cuando una persona realice una elección informada, debe comprender los riesgos posibles de su elección, y qué se puede hacer para disminuirlos. Una persona también debe tener en cuenta que su capacidad o deseo de elegir pueden cambiar con el transcurso del tiempo, o pueden ser distintos para diferentes tipos de decisiones.

Libre elección del proveedor de MSC y del coordinador de servicios:

Usted tiene derecho a realizar una elección informada sobre el proveedor de coordinación de servicios y el coordinador de servicios.

Si piensa que puede obtener mejor servicio de otro proveedor de coordinación de servicios, puede solicitar información a su coordinador de servicios o a la oficina regional de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD) sobre otros proveedores de coordinación de servicios que puedan estar disponibles.

Si piensa que puede obtener mejor servicio de otro coordinador de servicios, puede solicitar información a su actual coordinador de servicios sobre otros coordinadores de servicios comprendidos en la agencia o pedirle que le indique cómo pedir información a la oficina regional de la OPWDD sobre la disponibilidad de otros coordinadores de servicios.

Libre elección de proveedores de servicios con exención para atención en el hogar y la comunidad (HCB Waiver):

Usted tiene derecho a elegir cualquier proveedor idóneo de servicios con exención para atención en el hogar y la comunidad (HCB Waiver Services). Si piensa que otro proveedor idóneo disponible de dichos servicios puede brindarle mejor servicio, puede solicitar un cambio de proveedores de servicios.

Evaluación integral

Usted y el coordinador de servicios utilizarán un proceso de planificación centrado en la persona, a fin de determinar los resultados personales que desea, así como los servicios y el apoyo necesarios para lograrlos.

Elaboración de un plan de cuidados específicos y revisión periódica

Usted y el coordinador de servicios elaborarán un Plan Individualizado de Servicios (ISP) y lo reevaluarán periódicamente para asegurarse de que es correcto y útil para lograr los resultados que desea, así como los servicios y el apoyo necesarios antes indicados.

El coordinador de servicios, conjuntamente con usted y las personas cuya participación sea necesario o se acuerde, deben revisar el ISP semestralmente (dos veces por año), como mínimo. Una vez al año, como mínimo, la revisión del ISP debe realizarse en una reunión personal entre el coordinador de servicios y usted, su defensor (si corresponde) y todos los principales proveedores de servicios, así como con otras personas cuya participación sea necesaria o se acuerde.

Defensa, vínculos, recomendación y actividades relacionadas

Usted y su coordinador de servicios trabajarán juntamente con otras personas para determinar los servicios y los apoyos naturales que usted necesite y desee para lograr los resultados que espera.

Su coordinador de servicios lo ayudará a llenar todos los formularios necesarios para dirigirse a los servicios que se determinen.

Si usted así lo desea, elaborará conjuntamente con el coordinador de servicios un Plan de Actividades. El Plan de Actividades describe las actividades de coordinación de servicios en el corto plazo, que sean más importantes para usted. El Plan de Actividades lo ayudará a lograr los resultados específicos que desee, según se establece en su ISP. En un Plan de Actividades de detallan las tareas que a usted le gustaría realizar y la persona responsable para cada una. El coordinador de servicios tiene la obligación de ayudarlo a obtener los servicios que usted desea y necesita. El coordinador de servicios tratará de que usted obtenga estos servicios, aunque haya optado por no tener un plan de actividades. **Nota: el Plan de Actividades es obligatorio para todos los miembros del grupo de Willowbrook.**

Si usted ya no desea o necesita el servicio de coordinación, el coordinador de servicios llenará con usted el formulario de retiro de la MSC. Si usted está inscrito en HCBS Waiver y decide no recibir más los servicios de MSC, se lo inscribirá de inmediato en un Plan de Servicios de Apoyo para los Cuidados (PCSS). Si esto es factible, su actual coordinador de servicios podrá brindarle los PCSS.

Si usted desea hacer un cambio, el coordinador de servicios le dará información sobre otros coordinadores de servicios u otras agencias de coordinación de servicios. Si usted desea cambiar de proveedor de coordinación de servicios, el coordinador de servicios le indicará que se dirija a la oficina regional de la OPWDD.

Usted acepta notificar al coordinador de servicios sobre cualquier cambio en su información personal (por ejemplo, cambios en la salud, situación en Medicaid, domicilio, número de teléfono), cambios en programas o servicios (por ejemplo, nuevas necesidades de servicios o su deseo de cambiar de programas o de agencia). Asimismo, acepta notificarlo en caso de que exista una emergencia.

Controles y seguimiento.

- Usted y el coordinador de servicios permanecerán en contacto para hablar de lo que suceda en su vida.
- Usted y el coordinador de servicios se reunirán en su hogar para determinar y tratar de resolver cualquier problema o inquietud sobre salud o seguridad.
- El coordinador de servicios hará todo lo que pueda para contactarlo con las personas, los programas o los proveedores adecuados, a fin de asegurarse de que el plan se cumpla.
- El coordinador de servicios hablará con usted sobre el apoyo y los servicios que recibe, y se asegurará de que las personas que trabajen con usted lo ayuden a conseguir lo que desea y necesita.
- El coordinador de servicios le preguntará si está contento y satisfecho con el apoyo y los servicios dispuestos en su ISP, y con el apoyo y los servicios que le brindan los proveedores correspondientes.
- Usted y el coordinador de servicios trabajarán en conjunto para determinar si existen otras necesidades y para hacer cambios en su plan de servicios, si fuera necesario.
- El coordinador de servicios le dará un teléfono para emergencias, con atención durante las 24 horas, y le informará a usted y sus defensores sobre cualquier cambio con respecto a dicho teléfono. Esta es una obligación de la agencia de MSC.

Firmas. Al firmar este formulario, usted, un miembro de su familia o su defensor (según sea necesario), el coordinador de servicios y el supervisor de coordinación de servicios afirman que se habló de los derechos y obligaciones de MSC, que usted realizó elecciones informadas y que todas las partes comprenden y aceptan las condiciones especificadas.

Persona que recibió MSC ____ _____ **Fecha** _____

Miembro de la familia/Defensor _____ **Fecha** _____

Proveedor de MSC _____ **Fecha** _____

Coordinador de servicios _____ **Fecha**_____

Supervisor del coordinador de servicios _____ **Fecha**_____