

NECESIDAD INMEDIATA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PERSONAL/ ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDOS POR EL CONSUMIDOR

Si cree que tiene la necesidad inmediata de servicios de cuidado personal (PCS, por sus siglas en inglés) o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés), como hacer las tareas domésticas, preparar las comidas, bañarse o ir al baño, es posible que su elegibilidad para estos servicios se procese de manera más rápida si cumple los siguientes requisitos:

- No tiene un cuidador informal disponible, capaz o dispuesto a darle o continuar dándole atención.
- No recibe la ayuda necesaria de parte de una agencia de servicios de atención domiciliaria.
- No usa equipos ni suministros de adaptación o especializados para cubrir sus necesidades.
- No tiene un seguro médico de terceros ni beneficios de Medicare disponibles para pagar la ayuda necesaria.

Si todavía no tiene cobertura de Medicaid y cumple las condiciones mencionadas arriba, puede pedir que se procese de manera más rápida su solicitud de Medicaid enviando: una solicitud de acceso al seguro médico de Nueva York (DOH-4220) completa; el Suplemento A de acceso de Nueva York (DOH-5178A), si es necesario; la orden de un médico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o la Declaración de necesidad de un proveedor de asistencia médica (DOH-5779) para servicios (consulte la NOTA abajo) y una “Declaración de necesidad inmediata” firmada (página 3 de este aviso).

Si ya tiene cobertura de Medicaid que no incluye cobertura para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, debe enviar un Suplemento A de acceso de Nueva York (DOH-5178A), la orden de un médico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o la Declaración de necesidad de un proveedor de asistencia médica (DOH-5779) para servicios (consulte la NOTA abajo) y una “Declaración de necesidad inmediata” firmada (página 3 de este aviso).

Si ya tiene cobertura de Medicaid que incluye cobertura para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, debe enviar la orden de un médico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o la Declaración de necesidad de un proveedor de asistencia médica (DOH-5779) para servicios (consulte la NOTA abajo) y una “Declaración de necesidad inmediata” firmada (página 3 de este aviso).

NOTA: Si es menor de 18 años, debe tener el formulario de la orden de un médico (DOH-4359 o HCSP-M11Q). Si tiene 18 años o más, puede tener el formulario de la Declaración de necesidad de un proveedor de asistencia médica (DOH-5779) o la orden de un médico (DOH-4359 o M11Q).

Si todavía no tiene cobertura de Medicaid o tiene cobertura de Medicaid que no incluye cobertura para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad: Todos los formularios requeridos (consulte la lista adecuada, arriba) se deben enviar a la oficina local de servicios sociales o, si vive en la ciudad de Nueva York, a la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés). Después de recibir todos estos formularios, lo antes posible, la oficina de servicios sociales/HRA los controlará para asegurarse de que usted haya enviado toda la información necesaria para determinar su elegibilidad para Medicaid. Si se necesita más información, le enviarán una carta, a más tardar cuatro días después de recibir estos formularios requeridos, para pedirle la información faltante. Esta carta le dirá qué documentos o información necesita enviar y la fecha en la que debe hacerlo. A más tardar siete días después de que la oficina de servicios sociales/HRA reciba la información necesaria, debe informarle si es elegible para Medicaid. A más tardar 12 días después de recibir toda la información necesaria, la oficina de servicios sociales/HRA también determinará si usted puede recibir los PCS o los CDPAS si se lo considera elegible para Medicaid. No puede recibir esta atención domiciliaria de Medicaid a menos que se lo considere elegible para Medicaid. Si se lo considera elegible para Medicaid y los PCS o los CDPAS, la oficina de servicios sociales/HRA se lo informará y usted recibirá la atención domiciliaria lo más rápido posible.

Si ya tiene cobertura de Medicaid que incluye cobertura para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad:

Se debe enviar la orden del médico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o la Declaración de necesidad del proveedor de asistencia médica (DOH-5779) y la Declaración de necesidad inmediata firmada a la oficina local de servicios sociales/HRA. A más tardar 12 días después de recibir estos formularios requeridos, la oficina de servicios sociales/HRA determinará si usted puede recibir los PCS o los CDPAS. Si se lo considera elegible para los PCS o los CDPAS, la oficina de servicios sociales/HRA se lo informará y usted recibirá la atención domiciliaria lo más rápido posible.

Puede obtener los formularios necesarios de su departamento local de servicios sociales o, si quiere imprimirlos, están disponibles a través del sitio web del Departamento de Salud en: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply

**Aviso informativo y formulario de declaración
de necesidad inmediata de servicios de
atención personal/asistencia personal
dirigidos por el consumidor**

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Division of Program Development and Management
(División de Desarrollo y Gestión de Programas)

Declaración de necesidad inmediata de servicios de cuidado personal/asistencia personal dirigidos por el consumidor

Yo, _____ (nombre)

doy fe de que necesito servicios de atención personal o de asistencia personal dirigidos por el consumidor de forma inmediata.

Por este medio, también certifico que:

- No hay ningún cuidador informal disponible, capaz o dispuesto a darme o continuar dándome la asistencia necesaria.
- Ninguna agencia de servicios de atención domiciliaria me da la asistencia necesaria.
- No se usan equipos ni suministros de adaptación o especializados incluyendo, entre otros, sillas con inodoro, orinales para cama, andadores o sillas de ruedas, para satisfacer mi necesidad de asistencia, o no pueden satisfacerla.
- No tengo un seguro médico de terceros ni beneficios de Medicare para pagar la asistencia necesaria.

Certifico que la información de este formulario es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

FECHA DE LA FIRMA

Personas que reciben servicios de atención a largo plazo en una residencia de adultos mayores o un hospital

Si recibe servicios de atención a largo plazo en una residencia de adultos mayores o un hospital y tiene la intención de regresar a casa, es posible que se procese más rápido su elegibilidad para los servicios de cuidado personal o de asistencia personal dirigidos por el consumidor. Siga las instrucciones de la página anterior y complete la información requerida abajo.

Estoy en una residencia de adultos mayores o un hospital y la fecha de regreso a mi casa es el

FECHA

Comuníquese conmigo o con mi representante legal llamando al _____.