# Las reglas de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) garantizan que las personas con discapacidades tengan pleno acceso y disfruten los beneficios de vivir en comunidad a través de servicios y apoyos a largo plazo en los entornos más integrados que ellas elijan. Para ayudar a determinar la elegibilidad para el financiamiento de cumplimiento, los proveedores deben contestar esta evaluación. Es necesario dar una explicación para las respuestas “Sí” y “No”. Una respuesta “No” *podría* significar que un entorno de servicio no cumple las reglas de HCBS y es potencialmente elegible para recibir financiamiento para realizar las modificaciones necesarias. Una vez que concluya, esta evaluación debe actuar como una guía para completar el concepto de financiamiento de cumplimiento del proveedor, el cual es necesario para que cualquier proveedor sea elegible para el financiamiento de cumplimiento. **Solicitar financiamiento de cumplimiento es el único propósito de contestar esta evaluación y no reemplaza las futuras evaluaciones de proveedores que el Departamento pueda exigir para determinar si el proveedor cumple las reglas de entornos de HCBS. Solo los proveedores que soliciten financiamiento de cumplimiento deben contestar esta evaluación.**

Los Requisitos Federales n.º 1 al 5 se aplican a los proveedores de todos los servicios, incluidos los entornos residenciales y no residenciales. Los Requisitos Federales n.º 6 al 10 son requisitos adicionales que se aplican solo a los entornos residenciales bajo la propiedad o el control del proveedor.

La columna titulada “Orientación” contiene una serie de preguntas destinadas a ayudar a identificar el cumplimiento o el incumplimiento de cada requisito en lo que se refiere a las reglas de HCBS. Si bien las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a determinar si se cumple o no un requisito en particular, es posible que estas respuestas no sean el único factor en esta determinación.

Se puede encontrar más información sobre las reglas de HCBS y este formulario en: [www.dds.ca.gov/HCBS](http://www.dds.ca.gov/HCBS/).

Las preguntas pueden dirigirse a [HCBSregs@dds.ca.gov.](mailto:HCBSregs@dds.ca.gov)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha(s) de evaluación: Haga clic o pulse aquí para escribir. | Realizada por: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |
| Nombre, dirección y contacto del proveedor: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| Número de proveedor: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| Tipo y código de servicio: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| **Requisito Federal n.º 1:**  *El entorno está integrado y respalda el acceso total de las personas que reciben HCBS de Medicaid a la comunidad en general, incluidas oportunidades para buscar empleo y trabajar en entornos integrados competitivos, participar en la vida comunitaria, controlar los recursos personales y recibir servicios en la comunidad, al mismo grado de acceso  que las personas que no reciben HCBS  de Medicaid.* | | Orientación:   * ¿Las personas reciben servicios  en la comunidad en función de  sus necesidades, preferencias  y habilidades? * ¿La persona participa en salidas y actividades en la comunidad como parte de su plan de servicios? * Si una persona desea buscar un empleo remunerado, ¿el personal del hogar la remite a la agencia o recurso comunitario apropiado? * ¿Las personas tienen la opción de controlar sus recursos personales, según corresponda? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| **Requisito Federal n.º 2:**  *La persona selecciona el entorno de entre las opciones, incluidos los entornos no específicos para la discapacidad y una opción para una unidad privada en un entorno residencial. Las opciones de entornos se identifican y documentan en el plan de servicio centrado en la persona y se basan en las necesidades, preferencias y, en el caso de los entornos residenciales, en los recursos disponibles para el alojamiento y la alimentación de la persona.* | | Orientación:   * ¿El proveedor tiene un plan de programa individual (Individual Program Plan, IPP) actual del centro regional en su archivo para todas  las personas? * ¿El IPP de cada persona documenta las diferentes opciones de entornos que se consideraron antes de seleccionar este entorno? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| **Requisito Federal n.º 3:**  *Garantiza los derechos de privacidad, dignidad y respeto de una persona,  así como la libertad ante la coerción  y restricción.* | | Orientación:   * ¿El proveedor informa a las personas, de una manera que puedan entender, de sus derechos a la privacidad, la dignidad, el respeto y su libertad ante la coerción y restricción? * ¿El proveedor se comunica, tanto verbalmente como por escrito, de manera que se garantice la privacidad y la confidencialidad? * ¿El personal se comunica con las personas en función de sus necesidades y preferencias, incluidos los métodos alternativos de comunicación cuando son necesarios (por ejemplo, tecnología de asistencia, Braille, impresión en letra grande, lenguaje de señas, idioma de los participantes, etc.)? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| **Requisito Federal n.º 4:**  *Optimiza, pero no regula, la iniciativa, autonomía e independencia individuales al hacer elecciones de vida, incluidas, entre otras, las actividades diarias, el entorno físico y con quién interactuar.* | | Orientación:   * ¿El proveedor ofrece actividades diarias que se basan en las necesidades y preferencias de las personas? * ¿El proveedor estructura su apoyo  para que la persona pueda interactuar con las personas con las que decida interactuar tanto en el entorno del hogar como en el de la comunidad? * ¿El proveedor estructura su apoyo  para que la persona pueda participar  en las actividades que le interesen  y que correspondan con las metas  de su IPP? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |
| **Requisito Federal n.º 5:**  *Facilita la elección individual respecto a los servicios y apoyos, y quién los brinda.* | | Orientación:   * ¿El proveedor ayuda a las personas  a elegir qué personal les brinda atención en la medida en que el personal alternativo esté disponible? * ¿Las personas tienen la oportunidad de modificar sus servicios o expresar sus inquietudes fuera de la revisión programada de los servicios? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | | |

Solo los proveedores de servicios en **entornos residenciales bajo propiedad o control del proveedor** deben contestar el resto de esta evaluación. En **entornos residenciales bajo propiedad o control del proveedor**, además de los requisitos anteriores, también se deben cumplir los siguientes requisitos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito Federal n.º 6:**  *La unidad o vivienda es un lugar físico específico que puede ser propiedad, rentado u ocupado en virtud de un acuerdo legalmente ejecutable por la persona que recibe los servicios, y la persona tiene, como mínimo, las mismas responsabilidades y protecciones contra el desalojo que los inquilinos tienen en la ley para propietarios o inquilinos del estado, condado, ciudad u otra entidad designada. Para los entornos en los que no se aplican las leyes para propietarios o inquilinos, el estado debe garantizar que exista un contrato de arrendamiento, residencia u otra forma de acuerdo escrito para cada participante y que el documento proporcione protecciones que aborden los procesos de desalojo y apelaciones comparables a las provistas en la ley para propietarios o inquilinos de la jurisdicción.* | Orientación:   * Según corresponda, ¿tiene cada persona un contrato de arrendamiento, un acuerdo de residencia, de admisión u otra forma de acuerdo de residencia por escrito? * ¿Las personas están informadas sobre cómo reubicarse y solicitar una nueva vivienda? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |
| **Requisito Federal n.º 7:**  *Cada persona tiene privacidad en su unidad para dormir o vivir:*   1. *Las unidades tienen puertas de entrada que la persona puede cerrar con llave y solo el personal apropiado tiene las llaves de las puertas según sea necesario.* 2. *Las personas que comparten unidades tienen opciones de compañeros de habitación en ese entorno.* 3. *Las personas tienen la libertad de amueblar y decorar sus unidades para dormir o vivir en apego al contrato de arrendamiento u otro acuerdo.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen opciones de compañeros de habitación o alojamientos privados? * ¿Las personas tienen la opción de amueblar y decorar sus unidades para dormir o vivir con sus propios objetos personales, de una manera que se base en sus preferencias? * ¿Las personas tienen la capacidad de cerrar con llave las puertas de sus dormitorios cuando lo deseen? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |
| **Requisito Federal n.º 8:**  *Las personas tienen la libertad y el apoyo para controlar sus propios horarios y actividades, y tienen acceso a alimentos en cualquier momento.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen acceso a alimentos en cualquier momento? * ¿El hogar permite a las personas establecer sus propios horarios diarios? * ¿Las personas tienen acceso total a  las instalaciones usuales de un hogar, como cocina, comedor, área de  lavado y asientos cómodos en  áreas compartidas? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |
| **Requisito Federal n.º 9:**  *Las personas pueden recibir visitas de su elección en cualquier momento.* | Orientación:   * ¿Los visitantes tienen la libertad de visitar el hogar en cualquier momento? * ¿Pueden las personas ir con visitantes fuera del hogar; por ejemplo, para una comida o para ir de compras, o para una visita más larga fuera del hogar, como en vacaciones o fines de semana? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |
| **Requisito Federal n.º 10:**  *El entorno es físicamente accesible para  la persona.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen la libertad de moverse dentro y fuera del hogar o están restringidos principalmente a una habitación o área? * ¿Hay barras de apoyo, asientos en los baños, rampas para sillas de ruedas, etc., disponibles para que las personas que necesitan esos apoyos puedan desplazarse por el lugar como lo prefieran? * ¿Los electrodomésticos y muebles son accesibles para todas las personas? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?**  **Sí**  **No**  Explique: Haga clic o pulse aquí para escribir. | |

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto: |  |
| Número de teléfono  del contacto: |  |
| Dirección de  correo electrónico: |  |

**ACEPTACIÓN**

Al marcar la siguiente casilla, acepto que solicitar financiamiento de cumplimiento es el único propósito de contestar esta evaluación y no reemplaza las futuras evaluaciones de proveedores que el Departamento pueda exigir para determinar si el proveedor cumple las reglas de entornos de HCBS

ESTOY DE ACUERDO

Los proveedores existentes del centro regional pueden recibir financiamiento para realizar cambios en los entornos de servicio o programas para ayudarles a cumplir las reglas de HCBS. Para ser considerados para el financiamiento, los proveedores deben contestar y enviar este formulario y el formulario de evaluación de cumplimiento del proveedor en un solo paquete al centro regional con el que tengan sus operaciones principales.

**Instrucciones:**

* Se debe usar el formulario de concepto de la siguiente página, el cual no puede exceder las tres páginas y debe mantenerse en letra Arial de 12 puntos. Envíe el formulario en Microsoft Word.
* Para los proveedores que operan programas con varios números de proveedores, se puede enviar un formulario de evaluación y concepto, siempre y cuando el plan se aplique a todos los números de proveedores enumerados.
* Los resultados de la evaluación deben establecerse claramente en la sección referente a la identificación de los requisitos federales que actualmente no se cumplen y que el concepto abordará.
* Describa cómo la implementación del concepto logrará el cumplimiento, incluidos los resultados esperados.
* Los conceptos deben desarrollarse con un enfoque centrado en la persona y   
  los cambios y actividades propuestos se deben centrar en las necesidades y preferencias de quienes reciben los servicios.
* Explique cómo el financiamiento ayudará a alcanzar resultados constantes   
  de cumplimiento.
* El presupuesto y el cronograma estimados no se necesitan detallar en este punto, pero deben incluir todos los costos y puntos de referencia principales.

**Ejemplos de conceptos financiados previamente:**

* Se identificó la necesidad y se propuso un plan para proporcionar difusión e información sobre las reglas de HCBS a los consumidores y miembros de sus equipos de apoyo.
* Se analizó la necesidad de financiamiento adicional para apoyar efectivamente a los consumidores de una manera más individualizada para superar las barreras para la integración comunitaria y el empleo, según corresponda.
* Se priorizaron las preferencias de los consumidores y se usaron sus comentarios en el desarrollo del concepto.
* Certificación presencial de capacitación para capacitadores enfocada en la planificación/pensamiento y capacitación referente a las reglas de HCBS.

Se puede encontrar más información sobre las reglas de HCBS y este formulario en: [www.dds.ca.gov/HCBS](http://www.dds.ca.gov/HCBS).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proveedor | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Número(s) del proveedor | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Centro regional principal | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Tipo(s) de servicio | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Código(s) de servicio | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Número de consumidores a los que se atiende actualmente y proporción actual entre el personal y los consumidores. | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| ¿Usted o la organización para la que trabajan ya han recibido financiamiento de HCBS? | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Proporcione una breve descripción del servicio/ entorno que incluya en qué consiste un día normal y cómo los servicios se proporcionan actualmente; incluya las barreras para el cumplimiento de las reglas de HCBS. | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Identifique los requisitos federales de HCBS que este concepto aborda y que actualmente no se cumplen. | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Proporcione una narración/ descripción del concepto; incluya la justificación de la solicitud de financiamiento y explique cómo el concepto lograría los resultados propuestos. | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Describa su enfoque centrado en la persona[[1]](#footnote-1) en el proceso de desarrollo del concepto: ¿cómo logró que las personas a las que les brindan servicios participaran? | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| ¿El concepto aborda las necesidades de servicios  no satisfechas o las disparidades en el servicio?  Si es así, ¿cómo? | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Presupuesto y cronograma estimados; identifique todos los costos principales y puntos de referencia; es válido adjuntar documentos. | Haga clic o pulse aquí para escribir |
| Monto total solicitado. | $ Haga clic o pulse aquí para escribir |
| ¿Cuál es su plan para mantener los beneficios, el valor y el éxito de su proyecto al término del financiamiento de HCBS para 2018-2019? | Haga clic o pulse aquí para escribir |

1. Un enfoque centrado en la persona enfatiza lo que es importante para la persona que recibe los servicios y se centra en las preferencias personales, la satisfacción y la elección de los apoyos para acceder a los beneficios completos de la vida comunitaria. Para obtener más información sobre las prácticas centradas en la persona,   
   visite [www.nasddds.org/resource-library/person-centered-practices](http://www.nasddds.org/resource-library/person-centered-practices/). [↑](#footnote-ref-1)