Las reglas de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, 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 de Servicios para el Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS) 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: <http://www.dds.ca.gov/HCBS/>. Las preguntas pueden dirigirse a [HCBSregs@dds.ca.gov](mailto:HCBSregs@dds.ca.gov).

Fecha(s) de evaluación: Click or tap here to enter text.

Realizada por: Click or tap here to enter text.

Nombre, dirección y contacto del proveedor: Click or tap here to enter text.

Número de proveedor: Click or tap here to enter text.

Tipo y código de servicio: Click or tap here to enter text.

|  |  |
| --- | --- |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |

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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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: Click or tap here to enter text. | |
| **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 (por ejemplo, la lavadora y secadora son de carga frontal para personas que usan sillas de ruedas)? |
| **¿El servicio o programa cumple este requisito?** **Sí No**  Explique: Click or tap here to enter text. | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO

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

ACEPTACIÓN

Al marcar la casilla siguiente, acepto que solicitar financiamiento de cumplimiento es el único propósito de contestar esta evaluación y no reemplaza las futuras evaluaciones de proveedores que el DDS 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 página siguiente, 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 proveedor, se puede enviar un formulario de evaluación y concepto, siempre y cuando el plan se aplique a todos los números de proveedor enumerados.
* El texto debe vincular al requisito federal que no se está cumpliendo. Los resultados de la evaluación deben establecerse claramente en el texto. El texto debe describir cómo el financiamiento logrará el cumplimiento.
* 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.
* 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.

Se puede encontrar más información sobre las reglas de HCBS y este formulario en: <http://www.dds.ca.gov/HCBS/>

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proveedor | Click or tap here to enter text |
| Número(s) del proveedor: | Click or tap here to enter text |
| Centro regional principal | Click or tap here to enter text |
| Tipo(s) de servicio | Click or tap here to enter text |
| Código(s) de servicio | Click or tap here to enter text |
| Número de consumidores a los que actualmente se prestan servicios | Click or tap here to enter text |
| 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? | Click or tap here to enter text |
| ¿El concepto aborda las necesidades de servicios no satisfechas o las disparidades en el servicio? Si es así, ¿cómo? | Click or tap here to enter text |
| Barreras para el cumplimiento de las reglas de HCBS o la implementación del proyecto | Click or tap here to enter text |
| Narración y descripción del proyecto Identifique qué requisitos federales de HCBS no se están cumpliendo; incluya una justificación para la solicitud de financiamiento | Click or tap here to enter text |
| Presupuesto estimado; identifique todos los costos principales y puntos de referencia; es válido adjuntar documentos | Click or tap here to enter text |
| Financiamiento solicitado para 2017-18 | Click or tap here to enter text |
| Cronograma estimado para el proyecto | Click or tap here to enter text |

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 <http://www.nasddds.org/person-centered-practices/> [↑](#footnote-ref-1)