Las normas de los Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) garantizan que las personas que tengan discapacidades accedan y gocen completamente de los beneficios de vivir en comunidad mediante servicios a largo plazo y asistencia en la mayoría de entornos entregados de su elección. Con el fin de prestar asistencia en la determinación de la aptitud del cumplimiento de requisitos para recibir financiamiento, los proveedores deben realizar esta evaluación. Las respuestas afirmativas y negativas deben explicarse. Una respuesta negativa podría implicar un entorno de servicio que no cumple las normas de HCBS y es potencialmente apto para recibir financiamiento para llevar a cabo las modificaciones necesarias. Una vez que se realice esta evaluación, debería ser una guía para llenar la Propuesta de concepto de financiamiento por cumplimiento del proveedor, que es obligatoria para todo proveedor para que pueda reunir los requisitos de cumplimiento para recibir financiamiento. **La realización de esta evaluación tiene como único fin solicitar el cumplimiento de los requisitos de financiación y no reemplaza evaluaciones de futuros proveedores que el DDS podría requerir para determinar el cumplimiento de las normas de los entornos de HCBS del proveedor. Solo los proveedores que soliciten el cumplimiento de los requisitos de financiación deben realizar esta evaluación.**

Los requisitos federales del 1 al 5 se aplican a proveedores de todos los servicios, inclusive de entornos residenciales y no residenciales. Los requisitos federales del 6 a 10 son requisitos adicionales que se aplican únicamente a entornos que son propiedad del proveedor o entornos residenciales controlados.

La columna denominada “Orientación” contiene una serie de preguntas destinada a ayudar a identificar el cumplimiento o la falta de cumplimiento de cada requisitos ya que se relaciona con las normas de HCBS. Si bien las respuestas a estas preguntas pueden ayudar en la determinación de si se cumple o no un requisito en particular, estas respuestas no podrán ser el único factor en esta decisión.

Puede encontrar más información sobre las normas HCBS y este formulario en: <http://www.dds.ca.gov/HCBS/>. Las preguntas podrán dirigirse a la dirección HCBSregs@dds.ca.gov.

Fecha(s) de evaluación: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto.

Realizado por: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto.

Nombre, dirección y contacto del proveedor: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto.

Tipo y código de servicio: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito federal n.º 1:**  *El entorno está integrado y brinda asistencia para el acceso completo de personas que reciben los Servicios HCB de Medicaid para la gran comunidad, que incluye oportunidades de buscar empleo y trabajo en entornos competitivos integrados, participar en la vida comunitaria, recursos de control personal y recibir servicios en la comunidad en el mismo nivel de acceso que las personas que no reciben Servicios HCB de Medicaid.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen opciones para la integración comunitaria y el uso de los servicios comunitarios en lugar de los servicios in situ? * ¿Las personas pueden acceder con regularidad a la gran comunidad y pueden describir de qué forman acceden a la misma, quiénes les prestan asistencia para facilitar las actividades y a dónde se dirigen? * ¿Las personas obtienen apoyo para acceder a la comunidad? * ¿Son personas que desean trabajar con las oportunidades ofrecidas con el fin de buscar un empleo competitivo integrado? * ¿Las personas tienen la opción de controla sus recursos personales? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 2:**  *El entorno está seleccionado por la persona de opciones de entornos, lo que incluye entornos específicos no relacionados con la discapacidad y una opción de una unidad privada en un entorno residencial. Las opciones de entorno se identifican y documentan en un plan de servicios orientado a las personas y se basan en las necesidades y preferencias de la persona y, en cuando a los entornos residenciales, los recursos disponibles para recibir alojamiento y comida.* | Orientación:   * ¿Las personas prestan su consentimiento para recibir servicios en el entorno según su plan orientado a la persona? * ¿El entorno refleja las necesidades y preferencias de las personas y sus políticas garantizan la decisión fundamentada de la persona? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 3:**  *Garantiza los derechos de privacidad, dignidad y respeto de la persona y la libertad de coerción y limitación.* | Orientación:   * ¿El personal con y sin goce de sueldo recibe capacitación para nuevos empleados y clases de instrucción permanentes relacionadas con los derechos de las personas que reciben servicios como se describe en la Ley Lanterman? * ¿Se pone en conocimiento de las personas las políticas del proveedor que detallan sus derechos? * ¿Las discusiones de la información personal de las personas se limitan a las áreas en que están aseguradas la privacidad y la confidencialidad? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 4:**  *Optimiza pero no reglamenta la iniciativa, autonomía ni la independencia de las personas para tomar decisiones de vida, que incluye, entre otras cuestiones, actividades diarias, entorno físico y con quién interactúan.* | Orientación:   * ¿Se insta a las personas a participan en las actividades de su elección? * ¿Se insta a las personas a interactuar con quien quiera que decidan? * ¿Se brinda a las personas opciones para satisfacer sus necesidades y preferencias (por ej.,: comidas/refrigerios, planificación de su día, etc.). |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 5:**  *Facilita la decisión de la persona con respecto a los servicios y la asistencia y quiénes se los prestan.* | Orientación:   * ¿Las opciones de las personas tienen un respaldo de manera que los deje sentir con la facultad de tomar decisiones? * ¿Las personas tienen oportunidades permanentes de modificar sus servicios y expresan sus inquietudes o hacen preguntas con respecto a los servicios que reciben? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito federal n.º 6:**  *La unidad o vivienda es un lugar físico específico que puede ser propiedad, ser alquilado u ocupado en virtud de un acuerdo con fuerza legal por la persona que recibe los servicios y, como mínimo, la persona tiene las mismas responsabilidades y protecciones en relación con el desalojo que los inquilinos tienen en virtud de la Ley de arrendatarios y arrendadores. Para los entornos en los cuales esta ley no se aplique, el Estado debe garantizar que el acuerdo de alquiler, de residencia u otra forma de acuerdo escrito estará en curso para cada participante y que el documento proporciona las protecciones que abordan los procesos de desalojo y apelaciones comparables con las provistas en la ley de arrendatarios y arrendadores de la jurisdicción.* | Orientación:   * ¿Cada persona tiene un acuerdo de residencia legalmente aplicable? * ¿Las personas saben cómo reubicar y solicita una nueva vivienda? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 7:**  *Cada persona tiene privacidad en su unidad para dormir o hacer su vida:*   1. *Las unidades tienen puertas de entradas que la persona puede cerrar y solo el personal correspondiente tiene las llaves de las puertas, según corresponda.* 2. *Las personas que comparten las unidades tienen la posibilidad de elegir compañeros de vivienda en ese entorno.* 3. *Las personas tienen la libertad para amueblar y decorar sus unidades para dormir o hacer su vida en un acuerdo de alquiler o de otra naturaleza.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen la capacidad de cerrar con llave las puertas de las habitaciones cuando lo decidan? * ¿Las personas tienen habitaciones privadas o la decisión de con quiénes compartirlas? * ¿Las personas tienen la opción de amoblar y decorar sus unidades para dormir o hacer su vida con sus propios efectos personales? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 8:**  *Las personas tienen la libertad y el respaldo para controlar sus propios horarios y actividades y tienen acceso en cualquier momento a la comida.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen acceso total a las instalaciones habituales que hay en una casa como cocina, comedor, lavadero y lugares con asientos cómodos en áreas comunes? * ¿Las personas tienen acceso a la comida en cualquier momento? * ¿Las personas en el entorno tienen garantizado el acceso al transporte público y, donde no haya transporte público, tienen otros recursos por los cuales acceder a una comunidad con amplitud de opciones? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 9:**  *Las personas pueden recibir los visitantes que decidan en cualquier momento.* | Orientación:   * ¿Las personas tienen restricciones de algún tipo para recibir huéspedes cuando lo decidan? * ¿Las personas pueden instar a sus huéspedes a que visiten el entorno? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |
| **Requisito federal n.º 10:**  *El entorno es físicamente accesible para la persona.* | Orientación:   * ¿Se impide que las personas entren y salgan de determinadas áreas del entorno por entradas, puertas con llaves u otros obstáculos? * ¿Los electrodomésticos y muebles están al alcance de todos? * ¿Están disponibles las barras de agarre, asientos en los baños, rampas para silla de ruedas y demás elementos para que las personas que necesiten ese tipo de asistencia puedan trasladarse en el entorno como lo decidan? |
| **¿El servicio y/o programa cumplen este requisito?** ☐**Sí ☐No**  Explique: Haga clic aquí o toque para ingresar el texto. | |

INFORMACIÓN DE CONTACTO

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

RECONOCIMIENTO

Al marcar la casilla a continuación, reconozco que la realización de esta evaluación tiene como único fin solicitar el cumplimiento de los requisitos de financiación y no reemplaza evaluaciones de futuros proveedores que el DDS podría requerir para determinar el cumplimiento de las normas de los entornos de HCBS del proveedor.

☐ ACEPTO