

Herramienta de evaluación de entorno

La norma final de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) federales establece que las personas con discapacidades deben tener pleno acceso a los beneficios de la vida en comunidad y que se les deben brindar servicios en entornos que estén integrados en la comunidad. Para cooperar en la determinación de la elegibilidad de las personas para recibir los servicios del Programa de Autodeterminación (SPD), debe completarse esta herramienta de evaluación de entorno de acuerdo con las indicaciones provistas.

El participante del SPD y el prestador del servicio completarán esta evaluación en conjunto. Se puede completar la evaluación al mismo tiempo para todos los participantes del SPD interesados en hacer uso del servicio. Luego de haber completado la evaluación, el participante del SPD y el prestador del servicio entregarán el formulario de evaluación al representante del centro regional y al prestador de Servicios de Gestión Financiera (FMS) del participante. El participante y su FMS revisaran conjuntamente la evaluación inicial. Si el entorno no se ajusta la norma final de los HCBS, el centro regional y el participante deberán explorar los posibles cambios con el prestador del servicio. El objetivo es que el participante, el centro regional y el prestador trabajen en conjunto para que el entorno elegido por el participante se ajuste la norma final de los HCBS, lo que permitirá que el participante invierta los fondos del SPD en ese entorno en particular.

Todas las preguntas relacionadas con cómo completar esta evaluación y con el proceso de evaluación para el SPD deben enviarse a sdp@dds.ca.gov.

Fecha de la evaluación: _____
 Nombre del prestador: _____
 Teléfono/correo electrónico de contacto: _____
 Título del servicio/actividad: _____

Requisito n.º 1	<p><i>El entorno está integrado en la comunidad en general y respalda el pleno acceso de los individuos que reciben HCBS de Medicaid a la comunidad en general de la misma forma en que los individuos que no reciben HCBS de Medicaid tienen acceso a la comunidad en general.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 2	<p><i>El entorno fue seleccionado por el individuo como opción preferida entre otras opciones de entorno, incluidos entornos que</i></p>

	<p><i>no están específicamente relacionados con discapacidades; si la elección tiene que ver con un entorno residencial, el individuo tiene la opción de elegir un alojamiento privado en un entorno residencial.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 3	<p><i>El entorno garantiza los derechos del individuo a la privacidad, la dignidad y el respeto, y la libertad respecto de toda coerción y restricción.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 4	<p><i>Optimiza la iniciativa, autonomía e independencia que tiene el individuo para tomar decisiones de vida, incluidas, entre otras, las actividades diarias, su entorno físico y la decisión de con quién interactuar.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 5	<p><i>Facilita la decisión del individuo respecto de los servicios y apoyos que recibirá y de quiénes los brindarán.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Requisitos adicionales para entornos residenciales gestionados por un prestador o que son propiedad de un prestador:

Requisito n.º 6	<p><i>El alojamiento o vivienda es un lugar físico determinado que puede ser adquirido, alquilado u ocupado por el individuo que recibe los servicios bajo un acuerdo con fuerza legal.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 7	<p><i>Cada individuo tiene privacidad dentro de su vivienda o alojamiento; esto incluye puertas que el individuo pueda cerrar, la elección del compañero de cuarto si el alojamiento es compartido y la libertad de amueblar y decorar la vivienda o alojamiento dispuesta en el contrato de alquiler o acuerdo pertinente.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 8	<p><i>Los individuos tienen la libertad y el respaldo para controlar sus propios horarios y actividades y tienen acceso a los alimentos en todo momento.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Requisito n.º 9	<p><i>Los individuos pueden recibir las visitas que quieran en cualquier momento.</i></p> <p>¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Requisito n.º 10	<i>El entorno es físicamente accesible para el individuo.</i> ¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Requisito n.º 11 (únicamente para el SDP)	<i>La unidad o vivienda puede ser compartida por un máximo de cuatro participantes exentos.</i> ¿Cumple el entorno con este requisito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RECONOCIMIENTO

Al marcar la casilla que aparece a continuación, reconozco que completo esta evaluación con el único propósito de establecer el cumplimiento de la norma final de los HCBS para la obtención del servicio del SDP para el participante que se indica abajo y que esta evaluación no reemplaza las futuras evaluaciones por parte del prestador que el Departamento de Servicios de Desarrollo pueda exigir para establecer que el entorno se ajusta a la norma final de los HCBS.

ESTOY DE ACUERDO

Firma del prestador: _____

Este entorno para este servicio del SDP cumple con la norma final de los HSCBS.

Por el momento, este entorno para este servicio del SDP no cumple con la norma final de los HSCBS.

Representante del centro regional

Nombre y título: _____

Firma y fecha: _____

Nombre del participante/tutor: _____

Firma y fecha: _____