



Departamento de Servicios de Desarrollo

1215 O Street, MS 9-90

Sacramento, CA 95814

TTY: 711

(833) 421-0061

**AUDITORÍA DEL
CENTRO REGIONAL KERN
DEL AÑO FISCAL 2021-22**

8 de enero de 2024

EQUIPO DEL DDS

Pete Cervinka, director adjunto principal de Análisis de Datos y Estrategia
Ann Nakamura, jefa de la Subdivisión de Investigación, Auditoría y Evaluación
Edward Yan, director de la Sección de Auditoría
Luciah Ellen Nzima, jefa de la Unidad de Auditoría de Centros Regionales
Oscar Perez, supervisor de la Unidad de Auditoría de Centros Regionales
Personal de auditoría: Carlos Whylesmenchaca, Chanta Ham y Gordon Ho

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
USO RESTRINGIDO.....	1
RESUMEN EJECUTIVO	1
ANTECEDENTES	2
AUTORIDAD	2
CRITERIOS.....	2
OPINIONES DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES.....	3
CONCLUSIONES.....	3
HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES	4
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS	8
ANEXO A	9
APÉNDICE A	10
APÉNDICE B	20

USO RESTRINGIDO

Este informe de auditoría es exclusivamente para información y uso del DDS, CMS, Departamento de Servicios de Atención Médica y el centro regional. Esta restricción no limita la distribución de este informe de auditoría, que es de dominio público.

RESUMEN EJECUTIVO

El Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) llevó a cabo una auditoría de cumplimiento fiscal del centro regional Kern (KRC) para evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades de Desarrollo y Leyes Relacionadas/Código de Bienestar e Instituciones (W&I); la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) para Personas con Discapacidades de Desarrollo; el Código de Reglamentos de California (CCR), título 17; las Circulares A-122 y A-133 de la Oficina Federal de Administración y Presupuesto (OMB); y el contrato con el DDS. En general, la auditoría indicó que el centro regional mantiene los registros contables y la documentación justificativa de las operaciones de forma organizada.

El período de auditoría abarcó desde el 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022, con un seguimiento, en caso necesario, de los períodos anteriores y posteriores. Este informe identifica algunas áreas en las que podrían reforzarse los controles administrativos y operativos del centro regional, pero ninguno de los hallazgos es de naturaleza tal que indique problemas sistémicos o constituya una preocupación importante en relación con las operaciones del centro regional.

Se realizó una revisión de seguimiento para determinar si el centro regional ha tomado medidas correctivas para resolver los hallazgos identificados en el informe de auditoría anterior del DDS. Los resultados de la revisión de seguimiento figuran en la sección Conclusiones.

Hallazgos que deben abordarse:

- Hallazgo 1: sobrepagos debidos a la exención de salud y seguridad. KRC reembolsó a un proveedor con una tarifa superior, lo que dio lugar a sobrepagos por un total de \$4,094.06. Sin embargo, este problema ya se ha resuelto.
- Hallazgo 2: notificación de denuncias de irregularidades. No se notificó a los nuevos proveedores de KRC la política de denuncia de irregularidades.
- Hallazgo 3: auditorías y revisiones de proveedores con CPA. KRC no realizó un seguimiento de los proveedores que no presentaron/realizaron una auditoría/revisión con CPA.
- Hallazgo 4: documentación faltante. KRC no pudo localizar un formulario de Exención de Medicaid (DS 2200) para una persona, número de identificación única de cliente (UCI) [REDACTED].

ANTECEDENTES

El DDS y Kern Regional Center, Inc. celebraron el contrato estatal HD 199009, en vigor desde el 1 de julio de 2019 hasta el 20 de junio de 2026. Este contrato especifica que Kern Regional Center, Inc. gestionará una agencia conocida como el centro regional Kern para prestar servicios a personas con discapacidades de desarrollo y a sus familias. El contrato se financia con fondos estatales y federales que dependen de que el centro regional realice determinadas tareas, preste servicios a clientes elegibles y presente facturas al DDS.

La Sección de Auditoría del DDS realizó esta auditoría del 24 de abril de 2023 al 25 de mayo de 2023.

AUTORIDAD

La auditoría se llevó a cabo bajo la autoridad del Código W&I, sección 4780.5 y el contrato estatal entre el DDS y el centro regional.

CRITERIOS

Para esta auditoría, se utilizaron los siguientes criterios:

- Código W&I;
- "la Solicitud aprobada para la Exención de HCBS para Personas con Discapacidades de Desarrollo";
- el título 17 del CCR;
- las Circulares A-122 y A-133 de la OMB; y
- el contrato estatal entre el DDS y el centro regional, el cual está en vigencia desde el 1 de julio de 2019.

OPINIONES DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES

El DDS emitió el borrador del informe de auditoría el 31 de octubre de 2023. Los hallazgos del borrador del informe de auditoría se discutieron en una conferencia formal de cierre el 2 de noviembre de 2023. Las opiniones de los funcionarios responsables se incluyen en este informe final de auditoría.

CONCLUSIONES

Sobre la base de los procedimientos de auditoría realizados, el DDS determinó que, a excepción de los puntos identificados en la sección Hallazgos y recomendaciones, el centro regional cumplía los criterios de auditoría aplicables.

Los costos declarados durante el período auditado correspondían a los fines del programa y estaban adecuadamente justificados.

A partir de nuestra revisión de los 12 hallazgos de auditoría anteriores del DDS, se determinó que el centro regional tomó las medidas correctivas adecuadas para resolver todos los hallazgos anteriores.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Hallazgos que deben abordarse:

Hallazgo 1: Sobrepagos debidos a la exención de salud y seguridad

Se revisó la lista de exenciones de Salud y Seguridad (H&S) aprobadas por el DDS para garantizar que solo los clientes aprobados por el DDS utilizaban la tarifa de exención de H&S. Sin embargo, la revisión reveló que KRC reembolsó a Inyo-Mono Association for the Handicapped (IMAH), proveedor n.º PK3377, código de servicio 063 por un cliente, número de UCI [REDACTED], que no estaba incluido en la carta de tarifas de exención de H&S aprobada por el DDS. Esto dio lugar a que al proveedor se le reembolsara la tarifa de exención de H&S de \$42.15 en lugar de las tarifas aprobadas por el DDS de \$31.53 y \$38.87, respectivamente. Esto dio lugar a sobrepagos por un total de \$4,094.06, desde septiembre de 2022 hasta julio de 2023. KRC indicó que se trataba de un descuido por su parte, ya que aplicó la tarifa a un cliente que no estaba cubierto por la carta de tarifas de exención de H&S emitida a IMAH. (Consulte el Anexo A)

KRC proporcionó información adicional con su respuesta e indicó que el DDS aprobó retroactivamente la tarifa de exención de H&S para los clientes. Por lo tanto, esta cuestión se considera resuelta.

La sección 4691.9 (A)(1) del Código W&I indica lo siguiente:

"Un centro regional no deberá pagar a un proveedor de servicios actual, por servicios donde las tarifas se establezcan a través de la negociación entre el centro regional y el proveedor, una tarifa superior a la tarifa vigente al 30 de junio de 2008, a menos que se requiera el aumento por un contrato entre el centro regional y el proveedor que esté vigente el 30 de junio de 2008, o que el centro regional demuestre que se necesita la aprobación para proteger la salud o la seguridad del cliente y que el Departamento conceda una autorización previa por escrito".

La exención de H&S de KRC para IMHO, con fecha del 9 de agosto de 2022, establece en una parte lo siguiente:

"La tarifa aprobada se aplica únicamente a los clientes identificados. Las tarifas de H&S no se aplicarán a clientes adicionales sin la autorización por escrito del Departamento. Es responsabilidad de KRC supervisar e informar anualmente al Departamento de la necesidad del aumento de tarifas, con fundamento en los servicios y apoyos requeridos por los clientes".

Recomendación:

KRC debe garantizar que las tarifas de exención de H&S se apliquen únicamente a los clientes autorizados aprobados por el DDS.

Hallazgo 2: Los nuevos proveedores no son informados de los procedimientos de denuncia de irregularidades

La revisión de los procedimientos de denuncia de irregularidades de KRC reveló que KRC no está notificando a los nuevos proveedores sobre su política de denuncia de irregularidades. KRC indicó que esto fue debido a un cambio de personal al cual no se informó del requisito.

KRC proporcionó información adicional con su respuesta e indicó que ha diseñado nuevos procedimientos para garantizar que se notifique a los nuevos proveedores sobre la política de denuncia de irregularidades.

La sección 18(b)(6) del artículo I del Contrato Estatal establece lo siguiente:

"Incluir un proceso para notificar anualmente a los empleados y a los miembros del consejo tanto las políticas de denuncia de irregularidades de los centros regionales como las del estado, y para publicar y mantener la política de denuncia de irregularidades del centro regional en un lugar destacado de su sitio web. Como parte de sus procesos de determinación de elegibilidad y contratación de proveedores, el centro regional también informará a todos los nuevos clientes/familias y nuevos proveedores de las políticas de denuncia de irregularidades de los centros regionales y del estado".

La Política de denuncia de irregularidades de KRC también establece lo siguiente:

"La comunidad de proveedores recibirá una notificación en el momento de la contratación y, posteriormente, una vez al año sobre cómo pueden acceder a la política".

Recomendación:

KRC debe asegurarse de que su nuevo personal conozca el requisito de notificar a los nuevos proveedores sobre la política de denuncia de irregularidades del centro regional. Asimismo, el KRC debe asegurarse de que todos los nuevos proveedores sean informados de la política de denuncia de irregularidades en el momento de la contratación y, posteriormente, una vez al año.

Hallazgo 3: Informes/revisiones de auditoría de proveedores con CPA, seguimiento no realizado

Se revisaron proveedores que debían presentar un informe/revisión de auditoría con CPA y se descubrió que cuatro proveedores (HK6333, HK6591, MK6124 y HK5104) no los presentaron. Además, KRC no realizó un seguimiento ni solicitó a los proveedores que presentaran los informes requeridos. El hecho de no recibir estos informes limita la capacidad de KRC para detectar problemas de los proveedores que puedan afectar negativamente a los servicios prestados a los clientes. KRC indicó que no hizo un seguimiento con los proveedores, ya que entendía que la carta inicial enviada a los proveedores bastaría como recordatorio de que era necesario un informe/revisión de auditoría con CPA.

KRC proporcionó información adicional con su respuesta e indicó que ha diseñado nuevos procedimientos para garantizar que se realiza un seguimiento de los proveedores que no han presentado los informes de auditoría requeridos.

La sección 4652.5(b) del Código W&I establece lo siguiente:

"Una entidad sujeta a la subdivisión (a) deberá presentar copias de la auditoría independiente o del informe de revisión independiente requerido por la subdivisión (a), junto con las cartas de gestión que los acompañen, al centro regional para el que presta servicios como proveedor dentro de los nueve meses posteriores al cierre del año fiscal de la entidad".

Recomendación:

KRC debe seguir sus procedimientos recién implementados y asegurarse de que realiza un seguimiento de los proveedores que deben presentar informes de auditoría o revisiones, pero que no lo han hecho.

Hallazgo 4: Documentación faltante

Se revisaron cinco expedientes individuales y se descubrió que no se conservó un formulario de exención de Medicaid (DS 2200) para una persona, número de UCI [REDACTED]. KRC indicó que fue un descuido por su parte no haber conservado el formulario.

La sección 3(c) del artículo IV del Contrato Estatal establece, en su parte pertinente, lo siguiente:

"El contratista conservará los registros relativos a las determinaciones y redeterminaciones de elegibilidad de los clientes para el Programa de Exención de Medicaid durante un mínimo de cinco años a partir de la fecha de una determinación o redeterminación de elegibilidad".

Recomendación:

KRC debe asegurarse de que conserva copias de todos los formularios DS 2200.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS

Como parte del proceso del informe de auditoría, se facilitó al centro regional un borrador del informe de auditoría y se le pidió que diera una respuesta a los hallazgos. Su respuesta figura en el Apéndice B. La Sección de Auditoría del DDS evaluó la respuesta y confirmará que se han adoptado las medidas correctoras adecuadas durante la próxima auditoría programada.

Hallazgo 1: Sobrepagos debidos a la exención de salud y seguridad

KRC acepta que reembolsó a un cliente con la tarifa de exención de H&S que no estaba incluida en la carta de tarifas de exención de H&S aprobada por el DDS. KRC proporcionó documentación posterior con su respuesta e indicó que el DDS aprobó retroactivamente la tarifa de exención de H&S del cliente. Por lo tanto, esta cuestión se considera resuelta.

Hallazgo 2: Notificación de denuncias de irregularidades; no se notificó a los nuevos proveedores

KRC admite que no notificó a los nuevos proveedores sobre la política de denuncia de irregularidades. KRC indicó que notificará a todos los nuevos proveedores sobre la política de denuncia de irregularidades, y la incluirá en todos sus nuevos contratos con proveedores.

Hallazgo 3: Informes/revisiones de auditoría de proveedores con CPA, seguimiento no realizado

KRC está de acuerdo con la constatación y afirma que ha implementado nuevos procedimientos para garantizar el seguimiento de los proveedores que no presentaron los informes requeridos.

Hallazgo 4: Documentación faltante

KRC está de acuerdo con el hallazgo e indica que no pudo resolver el problema, ya que el cliente falleció antes de que se firmara el formulario DS 2200. KRC debe conservar estos formularios para todas las personas que los tengan.

ANEXO A

CENTRO REGIONAL KERN

Para solicitar una copia de los anexos de este informe de auditoría, póngase en contacto con la Sección de Auditoría del DDS llamando al (916) 654-3695.

APÉNDICE A

ALCANCE, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El DDS es responsable, en virtud del Código W&I, de garantizar que las personas con discapacidad intelectual y de desarrollo reciban los servicios y apoyos que necesitan para llevar una vida más independiente, productiva e integrada. Para garantizar estos servicios y ayudas, el DDS contrata a 21 agencias/organizaciones comunitarias privadas sin fines de lucro que ofrecen puntos de contacto fijos en la comunidad para atender a las personas elegibles y a sus familias en California. Estos puntos fijos de contacto se denominan centros regionales. Los centros regionales son responsables, en virtud de la legislación estatal, de ayudar a garantizar que estas personas reciban acceso a los programas y servicios más adecuados para ellas a lo largo de su vida.

El DDS también es responsable de garantizar al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que se prestan aquellos servicios facturados en el marco del programa de Exención de HCBS de California y que se cumplen los criterios establecidos para recibir fondos. Como parte de la prestación de esta garantía, la Sección de Auditoría realiza auditorías de cumplimiento fiscal de cada centro regional al menos cada dos años y lleva a cabo revisiones de seguimiento en años alternos.

Además de la auditoría de cumplimiento fiscal, la Sección de Operaciones de Programas Federales del DDS supervisa cada centro regional para evaluar que el programa cumple los requisitos de la Exención de HCBS. La revisión de la supervisión del cumplimiento de la Exención de HCBS tiene sus propios criterios y procesos. Estas auditorías y revisiones de programas son una parte esencial de un sistema general de supervisión del DDS que proporciona información sobre las operaciones fiscales, administrativas y de programas de los centros regionales.

Esta auditoría se llevó a cabo como parte del sistema general de supervisión del DDS que proporciona información sobre las operaciones fiscales, administrativas y de programas de los centros regionales. Los objetivos de esta auditoría fueron los siguientes:

- Determinar el cumplimiento del Código W&I;
- determinar el cumplimiento de las disposiciones del Programa de Exención de HCBS para personas con discapacidades de desarrollo;
- determinar el cumplimiento de los reglamentos del título 17 del CCR;
- determinar el cumplimiento de las Circulares A-122 y A-133 de la OMB; y
- determinar que los costos reclamados cumplieran con las cláusulas del contrato estatal entre el DDS y el centro regional.

La auditoría se llevó a cabo de conformidad con las Normas de Auditoría Gubernamental Generalmente Aceptadas emitidas por el Auditor General de los

Estados Unidos. Sin embargo, los procedimientos no constituyen una auditoría de los estados financieros del centro regional. El DDS limitó el alcance a la planificación y ejecución de los procedimientos de auditoría necesarios para obtener garantías razonables de que el centro regional cumplía los objetivos identificados anteriormente. La revisión por parte del DDS de la estructura de control interno del centro regional se llevó a cabo para comprender el flujo de transacciones y las políticas y procedimientos, según fuera necesario, para desarrollar procedimientos de auditoría adecuados.

El DDS revisó los informes anuales de auditoría disponibles, realizados por una empresa independiente con contadores públicos. Esta revisión se llevó a cabo para determinar el impacto, si lo hubiera, sobre la auditoría del DDS y, de ser necesario, desarrollar los procedimientos de auditoría adecuados.

Los procedimientos de auditoría realizados incluyeron los siguientes:

I. Adquisición de servicios

El DDS seleccionó una muestra de reclamaciones de adquisición de servicios (POS) facturadas al DDS. La muestra incluía servicios al cliente y tarifas de proveedores. La muestra también incluía a clientes elegibles para el Programa de Exención de HCBS. Para las reclamaciones de POS, se realizaron los siguientes procedimientos:

- El DDS comprobó las muestras para determinar si los pagos efectuados a los proveedores de servicios se habían solicitado correctamente y podían justificarse con la documentación adecuada.
- El DDS seleccionó una muestra de facturas de proveedores de servicios con tarifas diarias y por hora, tarifas mensuales estándar y tarifas por kilometraje para determinar si el centro regional conservaba la documentación justificativa de la asistencia. Se revisaron las tarifas cobradas por los servicios prestados a los clientes individuales para garantizar el cumplimiento de la cláusula del Código W&I; la Exención de HCBS para Personas con Discapacidades de Desarrollo; el título 17 del CCR; las Circulares A-122 y A-133 de la OMB; y el contrato estatal entre el DDS y el centro regional.
- El DDS analizó todas las cuentas bancarias para determinar si el DDS tenía autoridad de firma, como exige el contrato estatal con el DDS.
- El DDS seleccionó una muestra de conciliaciones bancarias para las cuentas de operaciones (OPS) y las cuentas bancarias de fideicomiso del cliente para determinar si las conciliaciones se completaron correctamente en forma mensual.

II. Operaciones del centro regional

El DDS seleccionó una muestra de reclamaciones de OPS facturadas al DDS para determinar el cumplimiento del contrato estatal. La muestra incluía diversos gastos declarados en concepto de administración que se revisaron para garantizar que el personal contable introducía los datos correctamente, las transacciones se registraban a su debido tiempo y los gastos imputados a diversas áreas operativas eran válidos y razonables. Se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se seleccionó una muestra de los expedientes de personal, los registros de horas, los libros de nóminas y otros documentos justificativos para determinar si había pagos excesivos o errores en las nóminas o en las deducciones de las nóminas.
- Se comprobó una muestra de gastos de OPS, incluidos, entre otros, las compras de material de oficina, los contratos de consultoría, los gastos de seguros y los contratos de arrendamiento, para determinar su conformidad con el título 17 del CCR y el contrato estatal.
- Se seleccionó una muestra de equipos y se realizó una inspección física para determinar el cumplimiento de los requisitos del contrato estatal.
- El DDS revisó las políticas y los procedimientos del centro regional para comprobar si se cumplía la normativa sobre conflictos de intereses del DDS. Además, el DDS seleccionó una muestra de expedientes del personal para determinar si se seguían las políticas y los procedimientos.

III. Gestión de casos específicos (TCM) y estudio de tarifas de los centros regionales

El estudio de tarifas de TCM determina la tarifa de reembolso del DDS por parte del gobierno federal. En el estudio, se realizaron los siguientes procedimientos:

- El DDS examinó los dos estudios de tarifas de TCM presentados al DDS durante el período de auditoría y rastreó la información comunicada hasta los documentos fuente.
- Se realizó una revisión del reciente estudio de tiempos de gestión de casos. El DDS seleccionó una muestra de los formularios de estudio de tiempos de gestión de casos (DS 1916) para su examinación y los concilió con los correspondientes registros de horas de nómina para garantizar que los formularios estuvieran debidamente completados y respaldados.

IV. Encuesta sobre la cantidad de casos de los coordinadores de servicios

En virtud del artículo 4640.6(e) del Código W&I, los centros regionales deben facilitar al DDS datos sobre la cantidad de casos de los coordinadores de servicios. De conformidad con el artículo 4640.6(c)(1)(2)(3)(A)(B)(C) del Código W&I, se aplican las siguientes proporciones medias de coordinador de servicios y cliente:

- "(c) Los contratos entre el departamento y los centros regionales requerirán que los centros regionales tengan proporciones medias de coordinador de servicios y cliente como se indica a continuación:
 - (1) Una proporción media de coordinador de servicios por cliente de 1 a 62 para todos los clientes que no se han trasladado de los centros de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993. En ningún caso, un coordinador de servicios para estos clientes tendrá una cantidad de casos que supere los 79 clientes durante más de 60 días.
 - (2) Una proporción media de coordinador de servicios por cliente de 1 a 45 para todos los clientes que se han trasladado de un centro de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993. En ningún caso, un coordinador de servicios para estos clientes tendrá una cantidad de casos que supere los 59 clientes durante más de 60 días.
 - (3) A partir del 1 de enero de 2004, se aplicarán las siguientes proporciones coordinador/cliente:
 - (A) Todos los clientes de tres años o menos y los clientes inscritos en el Programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad para personas con discapacidades de desarrollo tendrán una proporción de coordinador de servicios por cliente de 1 a 62.
 - (B) Todos los clientes que se han trasladado de un centro de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993 y que han vivido de forma continua en la comunidad durante al menos 12 meses tendrán una proporción de coordinador de servicios por cliente de 1 a 62.
 - (C) Todos los clientes que no se hayan trasladado de los centros de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993 y que no estén descritos en el subapartado (A) tendrán una proporción de coordinador de servicios por cliente de 1 a 66".

El DDS también revisó la metodología de la Encuesta sobre la cantidad de casos de los coordinadores de servicios utilizada para calcular las proporciones de carga de trabajo a fin de determinar si eran razonables y si se mantenía la documentación de apoyo para respaldar la encuesta y las proporciones, tal como lo exige la sección 4640.6(e) del Código W&I.

V. Programa de Intervención Temprana (EIP; financiación, parte C)

Para el EIP, hay varias secciones contenidas en el Plan de Early Start. Sin embargo, solo la sección de la parte C era adecuada para esta revisión.

VI. Programa de Participación de la Familia en los Costos de Servicios (FCPP)

El FCPP se creó con el fin de evaluar los costos de consumo de los padres en función del nivel de ingresos y de las personas a su cargo. Las evaluaciones de la participación de la familia en los costos solo se aplican a los servicios de relevo, guardería y acampada incluidos en el Plan de Programa Individual (IPP)/Plan Individual de Servicios para la Familia (IFSP) del niño. Para determinar si el centro regional cumplía con el título 17 del CCR y la sección 4783 del Código W&I, el DDS realizó los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Se revisó la lista de clientes que recibieron servicios de relevo, guardería y acampada, para edades de 0 a 17 años que viven con sus padres y no son elegibles para Medi-Cal, para determinar su contribución para el FCPP.
- Se revisó la documentación relativa a los ingresos de los padres para verificar su nivel de participación en relación con el cronograma del FCPP.
- Se revisaron las copias de las cartas de notificación para comprobar que se notificó a los padres su participación en los costos evaluados en un plazo de 10 días laborables a partir de la recepción de la documentación de ingresos de los padres.
- Se revisaron los pagos a proveedores para comprobar que el centro regional pagaba únicamente la parte del costo que le correspondía.

VII. Cuota Anual del Programa Familiar (AFPF)

La AFPF se creó con el fin de evaluar una cuota anual de hasta \$200 basada en el nivel de ingresos de las familias con hijos de entre 0 y 17 años que reciben servicios elegibles a través del centro regional. No se impondrá ni cobrará la cuota de la AFPF si el niño solo recibe servicios de relevo, de guardería o de acampada del centro regional y se impuso un costo de participación a los padres en virtud del FCPP. Para determinar el cumplimiento con la sección 4785 del

Código W&I, el DDS solicitó una lista de evaluaciones de AFPF y verificó lo siguiente:

- Que el ingreso bruto ajustado familiar es igual o superior al 400% del nivel federal de pobreza en función del tamaño de la familia.
- Que el niño tiene una discapacidad de desarrollo o es elegible para recibir servicios en virtud de la Ley de Servicios de Intervención Temprana de California.
- Que el niño tiene menos de 18 años y vive con su progenitor.
- Que el niño o la familia reciben servicios que van más allá de la resolución de admisibilidad, de la evaluación de necesidades y de la coordinación de servicios.
- Que el niño no recibe servicios a través del programa Medi-Cal.
- Que el centro regional conservaba la documentación justificativa de las evaluaciones abreviadas.

VIII. Programa de Tarifas para Padres (PFP)

El PFP se creó con el fin de prescribir la responsabilidad financiera de los padres de niños menores de 18 años que reciben servicios de atención fuera del hogar las 24 horas del día a través de un centro regional o que residen en un hospital estatal o están de alta en un hospital estatal. Se exigirá a los padres que paguen una tarifa en función de su capacidad de pago, pero que no supere (1) el costo de cuidar a un niño sin discapacidad de desarrollo en casa, según determine el director del DDS, o (2) el costo de los servicios prestados, lo que sea menor. Para determinar el cumplimiento de la sección 4784 del Código W&I, el DDS solicitó una lista de las evaluaciones del PFP y realizó lo siguiente:

- Se identificaron a todos los niños con discapacidad de desarrollo que reciben los siguientes servicios:
 - (a) Todos los cuidados comunitarios las 24 horas y fuera del hogar que se brindan a través de un centro regional a niños menores de 18 años.
 - (b) Atención las 24 horas del día para esos niños menores en hospitales estatales.
 - (c) Cuando sea posible determinar que no existe capacidad de pago de los servicios que sean obligatorios en virtud de la legislación

estatal o federal, o de ambas, estos deben prestarse a los niños sin cargo alguno para sus padres.

- Se solicitó que se le proporcione un listado de nuevas colocaciones, casos terminados y fallecimientos de esos clientes. Dichos listados deberán facilitarse a más tardar el día 20 del mes siguiente al mes en que se haya producido el suceso.
- Se informó a los padres de los niños que recibirán servicios que el DDS está obligado a determinar la capacidad de pago de los padres y a evaluar, facturar y cobrar las tarifas de los padres.
- Se proporcionó a los padres un paquete que contenía una carta informativa, una Declaración Financiera Familiar (FFS) y un sobre de devolución en un plazo de 10 días laborables tras la colocación de un hijo menor.
- Se solicitó que se le proporcione una copia de cada carta informativa entregada o enviada a los padres, y que se indique el destinatario y la fecha de entrega o envío.

IX. Contrataciones

El proceso de solicitud de propuestas (RFP) se implementó para que los centros regionales describan el proceso de selección de proveedores cuando utilicen el proceso de RFP para abordar las necesidades de servicios a los clientes. A partir del 1 de enero de 2011, el DDS exige a los centros regionales que documenten sus prácticas de contratación, así como el modo en que se seleccionan los proveedores concretos para prestar servicios a los clientes. Mediante la aplicación de un proceso de contratación, los centros regionales se asegurarán de que se seleccionan los proveedores de servicios más rentables, entre proveedores de servicios comparables, tal y como exigen la Ley Lanterman y el contrato estatal. Para determinar si el centro regional aplicó el proceso de solicitud de propuestas exigido, el DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Revisó el proceso de contratación del centro regional para garantizar la existencia de una política de contratación aprobada por la Junta y verificar que el proceso de solicitud de propuestas garantiza la licitación competitiva, tal y como exige el artículo II del contrato estatal, en su versión modificada.
- Revisó la política de contratación del proceso de solicitud de propuestas para determinar si los protocolos en vigor incluían los umbrales en dólares aplicables y cumplían el artículo II del contrato estatal, en su versión modificada.

- Revisó el proceso de notificación del proceso de solicitud de propuestas para verificar que está abierto al público y se comunica claramente a todos los proveedores. Un equipo de personas analiza todas las propuestas presentadas a fin de determinar si están debidamente documentadas, registradas y autorizadas por los funcionarios competentes del centro regional. El proceso se revisó para garantizar que el proceso de selección de proveedores sea transparente e imparcial y evite la apariencia de favoritismo. Además, el DDS verificó que se conservaba la documentación justificativa del proceso de selección y que, en los casos en que se seleccionara a un proveedor con una oferta superior, se conservaba documentación escrita como justificación de dicha selección.

El DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos para determinar el cumplimiento del contrato estatal:

- Se seleccionó una muestra de contratos de operaciones, de un Plan de Colocación en la Comunidad (CPP) y de POS negociados sujetos a licitación pública para garantizar que el centro regional notificara a la comunidad de proveedores y al público las oportunidades de contratación disponibles.
- Se revisaron los contratos para asegurarse de que el centro regional disponía de documentación adecuada y detallada sobre el proceso de selección y evaluación de las propuestas de los proveedores y la justificación por escrito de las decisiones finales de selección de proveedores, y de que dichos contratos estaban debidamente firmados y ejecutados por ambas partes contratantes.

Además, el DDS realizó los siguientes procedimientos:

- Para determinar el cumplimiento con la sección 4625.5 del Código W&I: el DDS analizó que el centro regional contara con una política escrita que requiriera que la Junta revise y apruebe cualquiera de sus contratos de doscientos cincuenta mil dólares (\$250,000) o más antes de celebrar un contrato con el proveedor.
- Se revisaron los contratos de proveedores de operaciones, de empresas emergentes y POS de \$250,000 o más aprobados por la Junta del centro regional, para verificar la inclusión de una cláusula de recuperación justa y equitativa de los fondos para los proveedores que dejan de prestar servicios a los clientes; se verificó que los fondos proporcionados se utilizaron específicamente para establecer servicios nuevos o adicionales para los clientes, que el uso de los fondos es de beneficio directo para los

clientes y que los contratos están respaldados con expectativas de desempeño y resultados suficientemente detallados y medibles.

El proceso anterior se llevó a cabo con el fin de evaluar el actual proceso de RFP y la aprobación de la Junta para los contratos de \$250,000 o más, así como para determinar si el proceso en vigor satisface el Código W&I y los requisitos de los contratos estatales.

X. Tarifas medias de los centros estatales/regionales

Las tarifas medias de los centros estatales/regionales se implementaron el 1 de julio de 2008 y se modificaron el 15 de diciembre de 2011, el 1 de julio de 2016 y el 1 de abril de 2022. Los centros regionales no pueden negociar tarifas superiores a las tarifas medias establecidas para los servicios. A pesar del requisito de la tarifa media, se pueden obtener aumentos de tarifa del DDS en virtud de exenciones de salud y seguridad cuando los centros regionales demuestren que la exención es necesaria para la salud y la seguridad de los clientes.

Para determinar el cumplimiento de la Ley Lanterman, el DDS llevó a cabo los siguientes procedimientos durante la revisión de auditoría:

- Se revisaron los archivos de proveedores de muestra para determinar si el centro regional está utilizando proveedores de servicios adecuados y los códigos de servicio correctos, y si está pagando las tarifas contractuales autorizadas y cumpliendo con los requisitos de la tarifa media de la sección 4691.9 del Código W&I.
- Se revisaron los contratos de los proveedores para comprobar que el centro regional reembolsa a los proveedores utilizando las tarifas medias autorizadas en los contratos y se verificó que las tarifas pagadas representaban la menor de las tarifas medias estatales o del centro regional establecidas después del 30 de junio de 2008. Además, el DDS verificó que los proveedores contratados antes del 30 de junio de 2008 no recibían ningún aumento de tarifas no autorizado, excepto en situaciones en las que así lo exigiera la normativa o el DDS concediera exenciones por motivos de salud y seguridad.
- Se revisaron los contratos de los proveedores para verificar que el centro regional no negociara tarifas con nuevos proveedores de servicios que fueran superiores a la tarifa media del centro regional para el mismo código de servicio y unidad de servicio, o a la tarifa media estatal para el mismo código de servicio y unidad de servicio, la que fuera inferior. El DDS también verificó que las designaciones de las unidades de servicio se ajustaban a las designaciones de los centros regionales existentes o, si no existía ninguna, comprobó que las unidades de servicio se ajustaban

a una designación utilizada para calcular la tarifa media estatal para el mismo código de servicio.

XI. Otras fuentes de financiación del DDS

Los centros regionales pueden recibir otras fuentes de financiación del DDS. El DDS realizó pruebas por muestreo en fuentes identificadas de fondos procedentes del DDS para garantizar que el personal contable del centro regional introducía los datos correctamente y que las transacciones se registraban y reclamaban adecuadamente. Además, se realizaron pruebas para determinar si los gastos eran razonables y estaban justificados con documentación. Las fuentes de financiación del DDS identificadas en esta auditoría pueden incluir las siguientes:

- CPP;
- parte C: Programa Early Start; y
- autodeterminación.

XII. Revisión de seguimiento de los resultados de auditorías anteriores del DDS

Como parte esencial del sistema general de supervisión del DDS, se llevó a cabo una revisión de seguimiento de los resultados de auditorías anteriores del DDS, si correspondía. El DDS identificó una irregularidad de auditoría anterior y revisó la documentación justificativa para determinar el grado de exhaustividad de la aplicación de las medidas correctivas.

APÉNDICE B

RESPUESTA DE KRC A LA AUDITORÍA

Para solicitar una copia del anexo de este informe de auditoría, póngase en contacto con la Sección de Auditoría del DDS llamando al (916) 654-3695.