



NANCY BARGMANN  
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency  
**Department of Developmental Services**  
1215 O Street, Sacramento, CA 95814  
[www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov)



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

# AUDITORÍA DEL CENTRO REGIONAL DEL CENTRO SUR DE LOS ÁNGELES PARA LOS AÑOS FISCALES 2020-21 Y 2021-22

1 de agosto 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  
Staci Yasui, supervisora de la Unidad de Auditoría de Centros Regionales  
Personal de auditoría: Andrew Quok, Diosdado Agustin y Wilson Chau

# TABLA DE CONTENIDOS

	Página
USO RESTRINGIDO.....	1
RESUMEN EJECUTIVO .....	1
ANTECEDENTES .....	3
AUTORIDAD .....	3
CRITERIOS.....	3
OPINIONES DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES .....	4
CONCLUSIONES.....	4
HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES .....	5
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS .....	10
ANEXOS A-D .....	12
APÉNDICE A .....	13
APÉNDICE B.....	23

## 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 del Desarrollo (DDS) llevó a cabo una auditoría de cumplimiento fiscal del Centro Regional del Centro Sur de Los Ángeles (SCLARC) para evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades del Desarrollo y Leyes Relacionadas/Código de Bienestar e Instituciones (“Welfare and Institutions, en lo sucesivo, “W&I”, por sus siglas en inglés); la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS); 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 2020 hasta el 30 de junio de 2022, con un seguimiento, en caso necesario, de los períodos anteriores y posteriores. Este informe identifica algunas áreas donde los controles administrativos y operativos del centro regional podrían fortalecerse. La auditoría tomó una muestra aleatoria de presentaciones de declaraciones de conflictos de intereses y no identificó problemas dentro de la muestra. Sin embargo, esta auditoría no mitiga las numerosas preocupaciones expresadas por el Departamento a la Junta del SCLARC en agosto de 2023, en relación con el cumplimiento de las leyes y los reglamentos, incluidas las disposiciones sobre presentaciones de declaraciones de conflictos de intereses y su revisión, contratación y evaluación de empleados, proporciones de casos y otras cuestiones.

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

### Hallazgos que deben abordarse:

- Hallazgo 1: Reclamos sobrevalorados: el SCLARC sobrevaloró reclamos para dos proveedores, por un total de \$2,242.85.
- Hallazgo 2: Cuentas individuales de fideicomiso
  - A. Saldos remanentes en cuentas de fideicomiso de personas fallecidas: el SCLARC tiene 15 personas fallecidas con saldos remanentes en cuentas de fideicomiso.
  - B. Pagos realizados después de la fecha de fallecimiento: el SCLARC pagó a dos proveedores fondos personales e incidentales para dos personas después de su fecha de fallecimiento.

Hallazgo 3: Acuerdo de empleo del director ejecutivo. El Comité Ejecutivo de la Junta del SCLARC no completó las evaluaciones de desempeño del director ejecutivo antes del 31 de mayo de cada año.

Hallazgo 4: Gestión de casos específicos (TCM). El SCLARC no informó sus compras de equipos en las planillas de la Encuesta administrativa - Compra de equipos (Anexo C) y dos empleados tenían 16 horas registradas en los formularios de registro de horario de servicios de TCM (DS 1916) que no se correspondían con sus hojas de horas.

**Hallazgo que se ha abordado y corregido:**

Hallazgo 5: Sobrepagos/pagos insuficientes debido a tarifas incorrectas. El SCLARC realizó sobrepagos o pagos insuficientes a nueve proveedores debido a la aplicación incorrecta del modelo de reforma de tarifas recién implementado. Como resultado, se realizaron sobrepagos por un total de \$41,121.92 y pagos insuficientes por un total de \$412,112.19.

## **ANTECEDENTES**

DDS y South Central Los Angeles Regional Center for Developmentally Disabled Persons, Inc. celebraron el contrato estatal HD199019, vigente desde el 1 de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2026. Este contrato especifica que South Central Los Angeles Regional Center for Developmentally Disabled Persons, Inc. gestionará una agencia conocida como Centro Regional del Centro Sur de Los Ángeles para prestar servicios a personas con discapacidades de desarrollo (DD) 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 personas elegibles y presente facturas al DDS.

La Sección de Auditoría del DDS realizó esta auditoría del 16 de mayo de 2023 al 29 de junio 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:

- el Código W&I;
- la “Solicitud aprobada para la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)”;
- 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 18 de junio de 2024. Los hallazgos del borrador del informe de auditoría se discutieron en una conferencia formal de cierre el 21 de junio de 2024. 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 con 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 cuatro hallazgos de auditoría anteriores del DDS, se determinó que el centro regional tomó las medidas correctivas adecuadas para resolver esos hallazgos.

## HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Hallazgos que deben abordarse.

### Hallazgo 1: Reclamos sobrevalorados

La revisión de los informes de indicadores operativos reveló dos casos en los que el SCLARC pagó en exceso a dos proveedores un total de \$2,242.85. El motivo de los sobrepagos fue la existencia de pagos duplicados y autorizaciones superpuestas. (Consulte el Anexo A)

La sección 57300(c)(2), título 17, del CCR establece lo siguiente:

“(c) Los centros regionales no reembolsarán a los proveedores:

(2) Por servicios por un monto superior a la tarifa establecida en conformidad con este reglamento”.

### Recomendación:

El SCLARC debe reembolsar al DDS el resto de los reclamos sobrevalorados por un total de \$2,242.85. Además, el SCLARC debe asegurarse de que su personal supervise los informes de indicadores operativos en busca de errores que puedan haberse producido al hacer negocios con sus proveedores.

### Hallazgo 2: Cuentas de fideicomiso individuales

#### A. Saldos restantes en las cuentas de fideicomiso para las personas fallecidas

La revisión de las cuentas de fideicomiso individuales reveló que el SCLARC no ha tomado medidas para cerrar las cuentas de fideicomiso individuales para 15 personas fallecidas. Las 15 cuentas de personas fallecidas tenían un saldo restante que ascendía a \$64,701.83. Estos saldos restantes deberían haberse transferido al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS), si así lo hubiese solicitado Medicaid, enviado a los beneficiarios de las personas o revertido al estado si hubiesen permanecido sin reclamar por más de tres años. El SCLARC no indicó un motivo que justificase los saldos restantes.  
(Consulte el Anexo B)

El artículo 2, sección 1518(a)(1) del Código de Procedimiento Civil de California (CCP), establece lo siguiente:

“Todos los bienes personales intangibles, incluidos aquellos mantenidos en un depósito o en una cuenta, y los ingresos o incrementos sobre los bienes tangibles o intangibles

mantenidos en fideicomiso para beneficio de otra persona se revertirán al estado si el propietario no ha tomado alguna de las siguientes medidas luego de transcurridos tres años desde que se hayan tornado pagaderos o distribuibles:

- (A) Aumentar o reducir el capital.
- (B) Aceptar el pago del capital o los ingresos.
- (C) Enviar correspondencia escrita relacionada con los bienes.
- (D) Indicar de otra forma un derecho sobre los bienes, evidenciado por un memorando u otro registro en archivo dentro del fideicomiso”.

**Recomendación:**

El SCLARC debe hacer un seguimiento para establecer si el DHCS cobrará los \$64,701.83 de las cuentas de fideicomiso de las personas fallecidas. Si el DHCS no pretende recuperar el dinero de las personas fallecidas, se deben enviar los fondos a los beneficiarios de estas personas o se deben revertir al estado.

**B. Pagos realizados después de la fecha de fallecimiento**

La revisión de las cuentas de fideicomiso individuales reveló que el SCLARC pagó a dos proveedores fondos personales e incidentales por dos personas después de su fecha de fallecimiento. El monto total pagado en exceso a los dos proveedores ascendió a \$209. (Consulte el Anexo C)

El título 17, sección 50612 (e)(1)(c) del CCR establece, en una parte, lo siguiente:

“La autorización de adquisición de servicios del centro regional contendrá los requisitos para cancelar los pagos a los proveedores de servicios...

1. Las circunstancias por las que los centros regionales pueden cancelar los pagos incluyen la siguiente:

c. El fallecimiento del cliente”.

**Recomendación:**

El SCLARC debe recuperar los pagos inadecuados realizados a los proveedores, reintegrar los fondos a la cuenta de fideicomiso de las personas y disponer de los fondos de las personas fallecidas de la forma adecuada para cerrar la cuenta.



### **Hallazgo 3: Acuerdo de empleo del director ejecutivo**

La revisión del acuerdo de empleo del director ejecutivo reveló que el Comité Ejecutivo de la Junta del SCLARC no completó a tiempo las evaluaciones de desempeño del director ejecutivo antes del 31 de mayo de cada año. Las evaluaciones de desempeño del director ejecutivo para los años fiscales 2020-21 y 2021-22 se completaron el 10 de noviembre de 2021 y el 13 de octubre de 2022, respectivamente.

El acuerdo de empleo como director ejecutivo entre el SCLARC y Dexter Henderson establece, en una parte, lo siguiente:

“**10. Evaluación.** El Comité Ejecutivo de la Junta completará una evaluación de desempeño de Henderson antes o el 31 de mayo de cada año mientras dure la vigencia de este acuerdo. Henderson acuerda notificar a la Junta el 28 de febrero del año correspondiente que la fecha límite para realizar la evaluación de desempeño es el 31 de mayo de dicho año”.

### **Recomendación:**

El SCLARC debe asegurarse de que el Comité Ejecutivo de la Junta realice una evaluación de desempeño del director ejecutivo antes o el 31 de mayo de cada año para garantizar el cumplimiento de los términos del contrato de empleo del director ejecutivo.

### **Hallazgo 4: Gestión de casos específicos (TCM)**

#### **A. Registro de tarifas de TCM**

La revisión de las planillas del registro de tarifas de TCM para mayo de 2021 y mayo de 2022 reveló que el SCLARC no informó sus compras de equipos en las planillas de la Encuesta administrativa - Compra de equipos (Anexo C) para ambos años. El SCLARC no indicó un motivo que justificase la falta de inclusión de las compras de equipos.

El proceso y las instrucciones del registro de tarifas de TCM establecen lo siguiente:

“ . . . Para seguir recibiendo fondos federales, cada centro regional debe proporcionar información real sobre los costos de los servicios administrativos que respaldan los programas federales delineados en la Exención y el Plan estatal... a los efectos de la auditoría, toda la información proporcionada en estos anexos debe coincidir con el libro mayor general y los registros de nómina del centro”.

Las instrucciones del registro de tarifas de servicios administrativos de TCM, Anexo C, establecen lo siguiente:

“Las compras de equipos por un monto superior a \$5,000 deben consignar una descripción del activo, el costo y la fecha de compra...”

### **Recomendación:**

El SCLARC debe seguir las instrucciones del registro de tarifas de TCM y garantizar que los gastos consignados en las planillas se correspondan con el libro mayor general de fin de ejercicio y que las compras de equipos por un monto superior a \$5,000 se registren de forma adecuada en el Anexo C del registro de tarifas de TCM.

### **B. Registro de horario de servicios de TCM**

La revisión de una muestra de formularios DS 1916 de 24 empleados reveló que dos empleados tenían 16 horas registradas en los formularios DS 1916 que no se correspondían con sus hojas de horas. Esto sucedió porque los supervisores de los coordinadores de servicios no hicieron una revisión adecuada de los formularios DS 1916.

El proceso y las instrucciones del registro de tarifas de TCM establecen lo siguiente:

“Todo el personal de gestión de casos del centro regional (categoría CM) completará el DS 1916 durante el registro de tarifas. Debe indicarse el total de horas trabajadas durante la jornada, incluidas las horas extras”.

En la página 2 del proceso y las instrucciones del registro de tarifas de TCM se establece lo siguiente:

“Por cada día de trabajo realizado, introduzca el número de horas dedicadas a cada función indicada en la hoja de horas... Los centros regionales pueden utilizar otros formatos de hojas de horas para registrar el tiempo durante los registros de tarifas; sin embargo, en última instancia, se debe completar un formulario DS 1916, firmarlo y presentarlo para cada puesto de trabajo que deba completar una hoja de horas”.

En las instrucciones generales del proceso y las instrucciones del registro de tarifas de TCM se establece lo siguiente:

“8. Debe indicarse el total de horas trabajadas durante la jornada, incluidas las horas extras”.

**Recomendación:**

El SCLARC debe reevaluar sus procedimientos actuales y determinar si es necesario implementar controles adicionales para garantizar que los supervisores de los coordinadores de servicios revisen y reconcilien los formularios DS 1916 con las hojas de horas antes de presentarlos al DDS.

**Hallazgo que se ha abordado y corregido:****Hallazgo 5: Sobrepagos o pagos insuficientes debido a tarifas incorrectas**

La revisión de una muestra de 98 archivos de proveedores de POS reveló que nueve proveedores habían recibido reembolsos sobre la base de tarifas incorrectas. El SCLARC realizó sobrepagos a dos proveedores por un total de \$41,121.92 por servicios prestados a personas. Además, el SCLARC realizó pagos insuficientes a siete proveedores por un total de \$412,112.19 por servicios prestados a personas. Los sobrepagos o los pagos insuficientes a los nueve proveedores se debieron a que el SCLARC no utilizó las nuevas tarifas implementadas, emitidas en abril de 2022. (Consulte el Anexo D).

El SCLARC presentó documentación adicional donde se indicaba que había recuperado de ambos proveedores un total de \$41,121.92 por los sobrepagos y había realizado pagos a los otros siete proveedores por un total de \$412,112.19.

La sección 57300(c)(2), título 17, del CCR establece lo siguiente:

“(c) Los centros regionales no reembolsarán a los proveedores:

- (2) Por servicios por un monto superior a la tarifa establecida en conformidad con este reglamento”.

**Recomendación:**

El SCLARC debe aplicar el modelo de reforma de tarifas adecuado para garantizar que se realicen los pagos correctos a los proveedores.

## 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, salvo que se indique lo contrario.

### **Hallazgo 1: Reclamos sobrevalorados**

El SCLARC acepta la recomendación de reembolsar al DDS \$2,242.85 por los reclamos sobrevalorados y se compromete a garantizar el control adecuado de los informes de indicadores operativos.

### **Hallazgo 2: Cuentas de fideicomiso individuales**

#### **A. Saldos restantes en las cuentas de fideicomiso para las personas fallecidas**

El SCLARC acepta la recomendación de garantizar que los fondos restantes de las cuentas de fideicomiso de las personas fallecidas se entreguen al DHCS, a los beneficiarios o se reviertan al estado. El SCLARC presentó documentación donde se indica que \$43,068.14 se revirtieron al estado el 1 de junio de 2024 y declaró que remitirá el saldo restante de \$21,633.39 en noviembre de 2024.

#### **B. Pagos realizados después de la fecha de fallecimiento**

El SCLARC acepta la recomendación y reembolsará el monto de \$209 a las cuentas de fideicomiso de las personas fallecidas.

### **Hallazgo 3: Acuerdo de empleo del director ejecutivo**

El SCLARC acepta la recomendación de garantizar que el Comité Ejecutivo de la Junta complete la evaluación de desempeño del director ejecutivo antes o el 31 de mayo de cada año.

### **Hallazgo 4: Gestión de casos específicos (TCM)**

#### **A. Registro de tarifas de TCM**

El SCLARC acepta la recomendación y se asegurará de que los gastos informados en las planillas del registro de tarifas de TCM se correspondan con el libro mayor general de fin de ejercicio y que las compras de equipos por un monto superior a \$5,000 se registren de forma adecuada.

## **B. Registro de horario de servicios de TCM**

El SCLARC acepta la recomendación de garantizar que los supervisores de los coordinadores de servicios revisen y reconcilien los formularios DS 1916 con las hojas de horas antes de enviar estos documentos al DDS.

**Hallazgo que se ha abordado y corregido:**

### **Hallazgo 5: Sobrepagos o pagos insuficientes debido a tarifas incorrectas**

El SCLARC acepta la recomendación de aplicar el aumento adecuado de las tarifas según el modelo de reforma tarifaria correspondiente para garantizar el pago correcto a los proveedores. Además, el SCLARC adoptó medidas correctivas para cobrar los sobrepagos a los dos proveedores, que ascendían a \$41,121.92, y realizó pagos a los otros siete proveedores por un total de \$412,112.19.

## **ANEXOS A-D**

### **CENTRO REGIONAL DEL CENTRO SUR DE LOS ÁNGELES**

**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.
- Si corresponde a esta auditoría, el DDS seleccionó una muestra de cuentas de fideicomiso de clientes individuales para determinar si hubo actividades inusuales y si algún saldo de cuenta excedió los \$2,000, como lo prohíbe la Administración del Seguro Social. Además, el DDS determinó si algún pago retroactivo de beneficios del Seguro Social recibido excedía el límite de recursos de \$2,000 por más de nueve meses. El DDS también revisó estas cuentas para garantizar que las ganancias por intereses se distribuyeran trimestralmente, que los fondos personales e incidentales se pagaran antes del día 10 de cada mes y que se mantuviera la documentación adecuada para los gastos.
- Si corresponde a esta auditoría, se analizó la cuenta de fideicomiso del cliente, una cuenta utilizada para resguardar los fondos fiduciarios no identificados del cliente, para determinar si los fondos recibidos fueron



identificados adecuadamente para un cliente o devueltos a la Administración del Seguro Social de manera oportuna. Una entrevista con el personal del centro regional reveló que el centro regional tiene procedimientos establecidos para determinar el beneficiario correcto de los fondos fiduciarios de clientes no identificados. Si no se puede determinar el beneficiario correcto, los fondos regresarán a la Administración del Seguro Social u otras fuentes de manera oportuna.

- Si corresponde a esta auditoría, el DDS seleccionó una muestra de conciliaciones del sistema fiscal uniforme (UFS) para determinar si el balance de las cuentas no cierra o si había cuestiones pendientes que no estaban conciliadas.
- 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 realiza una revisión del reciente registro de horarios de servicios de gestión de casos (que debe presentarse cada tres años) si el registro no se revisó durante la auditoría anterior. El DDS seleccionó una muestra de los formularios de registro de horario de servicios de gestión de casos (DS 1916) para su análisis 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 hayan trasladado de los centros de desarrollo al entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993. En ningún caso, un coordinador de servicios para estos clientes deberá tener una cantidad de casos asignados que supere los 79 clientes por 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) Se deberán aplicar las siguientes proporciones de coordinadores por clientes:
    - (A) Para todos los clientes inscritos en el programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo, una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 62 clientes.

- (B) Para todos los clientes que se han trasladado de un centro de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993 y han vivido de forma continua en la comunidad por al menos 12 meses, una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 62 clientes.
  - (C) Para todos los clientes que no se han trasladado de un centro de desarrollo a un entorno comunitario desde el 14 de abril de 1993 y no se describen en el subpárrafo (A), una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 66 clientes.
- (4) Sin perjuicio de las disposiciones de los párrafos (1) a (3), inclusive, una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 40 clientes para todos los clientes de hasta cinco años de edad.
  - (5) (A) Sin perjuicio de las disposiciones de los párrafos (1) a (3), inclusive, se deberá ofrecer una coordinación mejorada de los servicios, incluida una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 40 clientes , para todos los clientes que se ha identificado que tienen gastos de servicios bajos o nulos, según la Ley de Presupuesto anual.
  - (6) (A) Sin perjuicio de las disposiciones de los párrafos (1) a (3), inclusive, una proporción promedio de 1 coordinador de servicios cada 25 clientes para todos los clientes con necesidades complejas.
  - (7) Para los efectos del párrafo (3), los coordinadores de servicios pueden tener una cantidad de casos que combine clientes de hasta tres años de edad, clientes inscritos en el programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo y otros clientes si la cantidad de casos promedio total está ponderada de forma proporcional para garantizar que se cumplan las proporciones promedio totales de coordinadores de servicios en relación con los clientes de los centros regionales, según se especifica en el párrafo (3). Para los efectos del párrafo (3), un coordinador de servicios en ningún momento deberá tener más de 84 casos asignados por más de 60 días.

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;
- Centro de Recursos Familiares;
- abuelos de acogida (FGP);
- compañeros mayores (SC);
- autodeterminación;
- Ley de Servicios de Salud Mental; y
- First Five.

## **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 irregularidad(es) de auditoría anterior(es) y revisó la documentación justificativa para determinar el grado de exhaustividad de la aplicación de las medidas correctivas.



## **APÉNDICE B**

### **RESPUESTA DEL SCLARC 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.**